



LA NOTION DE HANDICAP :

DE L'INADAPTATION

Une notion comme celle de handicapé est aujourd'hui d'une telle évidence que s'interroger sur la réalité à laquelle elle renvoie pourrait apparaître comme un exercice quelque peu spécieux si l'appellation de handicapé ne portait en elle des indices attestant du bien fondé de la démarche. En effet, cette appellation n'est pas réservée aux populations se voyant reconnaître leur particularité à travers l'attribution d'un statut conféré par des organismes créés à cet effet par la loi du 30 juin 1975, les COTOREP et les CDES. Elle désigne également, comme l'indique le tableau ci-dessous, un ensemble de populations qui, bien qu'ayant en commun des déficiences ou des affections irréductibles, se caractérise par son hétérogénéité.

Cette hétérogénéité repose moins sur les dimensions médicales de l'atteinte organique ou sur son origine, que sur les conditions d'émergence et d'institutionnalisation d'un cadre institutionnel régissant la prise en charge. Ainsi, en agrégeant dans son estimation des populations adultes handicapées les accidentés du travail, les invalides de guerre, les maladies invalidantes aux déficiences congénitales, l'étude RCB du ministère du Travail regroupe dans son approche autant de statuts distincts renvoyant à des modes de prise en charge légaux particuliers.

Tableau n° 1 : Estimation de l'effectif des adultes handicapés en France selon l'origine (population comprise entre 20 et 60 ans)

ORIGINE	ESTIMATION AU 1.1.1974 (en milliers)	ESTIMATION AU 1.1.1980 (en milliers)	VARIATION RELATIVE 1974 1980 (en %)
Congénitale ou Juvénile dont	252	262	+ 4
* sensoriels	35,4	37	+ 4,5
* moteurs	52,2	54	+ 3,4
* intellectuels (débiles lourds)	104,9	109	+ 3,9
* épileptiques	59,5	62	+ 4,2
Accidentelle dont	174	187	+ 7,5
* dus au travail	88	85	+ 8
* dus à la circula- tion	47	60	+ 27,7
* autres	16	17	+ 6,2
* dus à la guerre	23	15	- 34,8
Pathologique tardive	580	655	+ 12,19
* psychique et mentaux	130	141	+ 8,5
* autres maladies invalidantes	450	514	+ 14,2
TOTAL GENERAL	1006	1104	+ 9,7
auquel on peut adjoindre			
* Marginaux-associaux	200		
* Invalides âgés > 60	1500		

Source ; Etude RC3. Ministère du Travail, Documentation Française)

Il appartient dès lors au sociologue de s'interroger sur le regroupement de ces différentes catégories au sein d'une même classification, c'est-à-dire sur la réalité à laquelle renvoie la notion de handicapé qui en découle, l'usage social qu'elle suppose. S'il peut à priori aller de soi qu'une personne atteinte d'une déficience soit considérée comme handicapée, il est moins évident que soient regroupées au sein d'une même nomenclature des catégories de statuts qui renvoient à autant de constructions sociales de la réalité sociale dont le contenu est un enjeu de luttes. Les différentes origines de déficience que renferme ce tableau ne sont pas uniquement des événements générateurs de handicap : elles sont autant de statuts qui s'inscrivent dans le cadre de l'organisation de la maladie, et, par voie de conséquences, autant de catégories sociales parce que construites dont la définition est, comme le montre R. Lenoir à propos des accidents ud travail, l'objet d'enjeux (1).

Le changement de perspective adopté par le législateur lors de la loi d'orientation du 30 juin 1975, qui consiste pour l'essentiel à privilégier les conséquences de la déficience plus que ses causes, en est un indicateur puisqu'il procède d'une démarche visant à dépasser les problématiques spécifiques aux populations déficientes jusqu'alors prises en charge par le régime de l'Aide Sociale et, ce faisant, considérer l'ensemble des catégories de statut indépendamment des modes de prise en charge auxquels elles renvoient. S. Veil ne précise-t-elle pas que,

"Si l'on ne considère plus l'origine du handicap mais seulement les difficultés de réinsertion sociale dont il est la cause, on se rend compte que l'institution d'un régime de protection sociale commun à tous les invalides serait non seulement possible, mais souhaitable (...). Cette préoccupation n'a pas cessé d'inspirer les solutions arrêtées par le Gouvernement. Dans tous les domaines (...) le souci constant a été de rapprocher le régime des handicapés de naissance des autres régimes." (2)

L'élargissement de la qualité de handicapé à d'autres catégories de statut semble donc moins relever d'un acte désignant par commodité toutes les personnes déficientes, que d'un acte de catégorisation visant à reconsidérer les fondements sur lesquels repose la légitimité d'une approche et d'une prise en charge particulière, et, conséquemment, à une redéfinition des populations s'inscrivant dans le champ du handicap.

Les débats parlementaires de la loi d'orientation du 30 juin 1975 rappellent en fait que l'on ne saurait analyser la notion de handicap en faisant l'économie de l'analyse du processus à travers lequel s'est constitué le champ du handicap, c'est-à-dire sans construire le système de relations selon lequel est produit ce qui apparaît être un objet préconstruit. En ce sens, la sociologie du handicap est un de ces cas où la sociologie de l'objet préconstruit est l'objet de la recherche.

1. L'AUTONOMISATION DU CHAMP DU HANDICAP

Le travail de redéfinition des populations concernées par la qualité de handicapé s'inscrit dans un processus d'autonomisation du traitement social de la déficience, sa constitution en un univers autonome qui trouve son fondement dans le développement du champ de la réadaptation. Initialement adressé aux mutilés de guerre, puis aux accidentés du travail, le cadre institutionnel relatif à la réadaptation s'est élargi à l'infirmité civile, notamment celle occasionnée par la tuberculose, sous l'impulsion du mouvement de malades et d'anciens malades qui a émergé entre les deux guerres. Considérant surtout les problèmes soulevés par les tuberculeux, ce mouvement vise généralement, à l'instar de ce qui existe en faveur des mutilés

de guerre et des accidentés du travail, la réinsertion dans la vie active (3).

Initialement préoccupé par le sort des adultes, ce mouvement s'est diversifié à l'enfance et à d'autres affections que la tuberculose. C'est ainsi que LADAPT, créée en 1929 à l'instigation de S. Fouché (atteinte de tuberculose osseuse) et de R. Huron, futur ministre sous la IV^{ème} République (dont un accident avait brisé le col du fémur), et reconnue d'utilité publique en 1934, vise en collaboration avec des physiologues, des cardiologues, des orthopédistes et des travailleurs sociaux, l'adaptation au travail de ceux et celles qui ne possèdent pas ou plus la totalité de leurs facultés physiques pour exercer une activité professionnelle, notamment les tuberculeux. Elle fonde en 1937 les premiers centres de réadaptation professionnelle à Plappeville les Metz (destiné à accueillir les hommes tuberculeux issus des sanatoriums alsaciens) et à Ivry sur Seine (accueillant les femmes sortant des sanatoriums parisiens). A la veille de la guerre, la ligue pour l'Adaptation du Diminué Physique au Travail (LADAPT) recense sept centres de réadaptation professionnelle (4).

Le développement de la rééducation fonctionnelle, dont les principaux promoteurs sont, au début des années 50, les chirurgiens, les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes, a non seulement conduit LADAPT à intégrer cette technique médicale dans son champ d'action et à créer neuf centres de rééducation fonctionnelle ayant pour vocation de favoriser la reprise de la profession exercée ou d'améliorer les facilités de choix dans le processus de réorientation en tenant compte dans la démarche adoptée des limites imposées par la déficience, mais également à étendre son champ d'intervention à l'enfance infirme. Comme le précise S. Fouché, "c'est par le biais du fonctionnel que nous allions bientôt aborder l'enfance (...). C'est un amputé des deux cuisses de 14 ans admis à Saint Cloud (...) qui nous décida. Il était passé sous un tramway à sept ans et la Sécurité Sociale avait refusé l'appareillage parce que, l'enfant grandissant, il devait être renouvelé. Il fallut des mois pour réduire la raideur de ses hanches en flexion rendant ainsi la pose de prothèses impossible (...). Alors pourquoi ne pas chercher à limiter au maximum l'infirmité juvénile dès qu'elle apparaît pour remettre l'enfant parmi ses congénères et lui éviter des mises à part. C'est de là que sont nés nos six centres de réadaptation de l'enfance infirme..." (5).

Le développement de nouvelles techniques, notamment la rééducation fonctionnelle, en autorisant une prise en charge réadaptative de l'atteinte organique plus précoce, a ainsi engendré un élargissement des populations prises en compte par cette association en direction de l'enfance.

	lois	mouvement associatif
1889 1891		création de l'association V.HAUY reconnaissance publique de cette association
1898 1917	loi sur les accidents du travail	création de l'association des aveugles de France (FAF)
1918	loi sur la rééducation professionnelle et l'Office national des mutilés et réformés de guerre	création des "equipes sociales"
1919	loi généralisée sur l'aide au reclassement professionnel des mutilés de guerre.	
	loi du 27 octobre 1919 qui étend la législation sur les accidents du travail aux maladies professionnelles.	
1921		création de la Fédération Nationale des Blessés du Poumon et Chirurgicaux (FNBPC)
		Création de la Fédération Nationale des Mutilés du Travail (FNMT):
1922	loi du 16 décembre 1922 qui étend la législation sur les accidents du travail au secteur agricole	
1923	loi du 2 aout 1923 qui étend la législation sur les accidents du travail aux gens de maison	La fondation des Etudiants de France ouvre des centres universitaires de cure et sanatoriums pour concilier études et soins ou rééducation
1924	loi du 24 avril 1924 sur l'aide au reclassement professionnel des mutilés de guerre	
	loi du 5 mai 1924 autorisant l'entrée des mutilés du travail dans les écoles de rééducation des mutilés de guerre	
1926		création du mouvement auxilia destiné à aider les malades à se réinsérer dans la vie active après leurs séjours hospitaliers.
1929		Création de la Ligue pour l'Adaptation au Travail du diminué physique (LADAPT)
1930	loi du 14 mai 1930 sur l'extension du recrutement des écoles de rééducation des mutilés de guerre aux mutilés du travail.	
	lois sur les assurances sociales	

	lois	mouvement associatif
1933		Création de l'association des Paralysés de France (APF)
1934		Reconnaissance d'utilité publique de LADAPT
1937		Création de la Fédération Nationale des Tuberculeux Civils (FNTC)
1945	décrets-lois sur la sécurité sociale. ordonnance du 31 octobre 1945 sur le reclassement professionnel des tuberculeux.	Reconnaissance d'utilité publique de l'APF Création de la Fédération Nationale des Malades (FNM)
1944		Création de la Fédération des associations de post-cure (FACERH)
1946	loi du 30 octobre 1946 sur la rééducation professionnelle des victimes d'accidents du travail.	
1949	loi du 2 août 1949, dite "loi Cordonnier"	Création de la première association des papillons blancs.
1951		création du comité d'entente des grandes fédérations d'aveugles et d'invalides civils
1953		Création de la Fédération nationale des malades infirmes et paralysés (FNMIP) anciennement FNM dans le cas d'une volonté d'élargissement du mouvement à d'autres populations.
1957	loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés	
1958		Création de l'Association Nationale des Papillons Blancs
1960	loi du 27 décembre 1960 qui harmonise la loi de 1924 concernant les mutilés de guerre et celle de 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés	Création de l'UNAPEI
1963	Loi du 31 juillet 1963 sur l'attribution de l'allocation d'éducation spéciale	
1971	loi du 13 juillet 1971	
1975	loi du 30 juin 1975.	

L'évolution des pathologies nécessitant la mise en oeuvre d'un processus de réadaptation a également contribué à ce processus de diversification. Les succès que rencontrent la lutte contre la tuberculose, grâce aux progrès de la médecine et de l'antibiothérapie, et la lutte contre la poliomyélie ont contribué à ce processus d'élargissement en conduisant l'association à se préoccuper d'autres types de déficiences, notamment les traumatismes et les infirmités motrices cérébrales (6).

C'est ainsi que, de manière générale, exception faite des centres initialement réservés aux mutilés de guerre, la plupart des établissements de rééducation professionnelle en France ont été créés en tant que sanatorium de post-cure pour tuberculeux, puis progressivement étendus aux porteurs de handicaps de toutes étiologies (7). Ainsi la poliomyélie ne représente-t-elle en 1976 que 0,4 % des causes de handicap dans le monde, la classant à l'avant dernier rang des causes de handicaps recensés par l'OMS (8). Les statistiques relatives à l'évolution des causes pathologiques des entrées en invalidité constituent un bon indicateur du déclin de la tuberculose en tant que pathologie génératrice de handicaps. En 1951, la tuberculose, sous toutes ses formes, représentait 25 % des entrées en invalidité ; cette proportion tombe à 6 % en 1967 et à 2,01 % en 1976. On remarquera par ailleurs que dès 1974 les maladies respiratoires non osseuses sont ventilées séparément de la tuberculose.

Tableau n° 2 : Evolution des causes pathologiques des entrées en invalidité entre 1951 et 1976

	TUBERCULOSE sous toutes ses formes	MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEaux SANGUINS	MALADIES NERVEUSES	TOTAL des trois affections
1951	25,0	16,0	6,0	47,0
1959	14,0	17,0	10,0	41,0
1967	0	23,0	18,0	47,0
1971	2,5	26,3	25,5	54,3
1976	2,01	25,0	26,7	53,71

(Sources : "Les invalides en France" in les cahiers de CTNERHI n° 37, juillet-septembre 1987, p. 29)

Parallèlement à ce mouvement d'extension de l'initiative privée vers d'autres publics que ceux considérés à l'origine, on assiste à une ouverture des centres de rééducation professionnelle de l'Office National des Anciens Combattants vers d'autres catégories de publics, essentiellement sous l'effet d'une baisse de la clientèle rattaché à cet organisme. Ainsi, le rapport Bloch-Lainé constate-t-il que le nombre d'écoles de rééducation professionnelle gérées ou contrôlées par l'Office est en voie de diminution rapide puisqu'il ne reste en 1967 que neuf écoles de ce type alors qu'il en existait plus de cent après le conflit de 1914-1918 (9). Ce déclin des ressortissants du ministère des anciens combattants transparait nettement dans le fait que les invalides de guerre ne représentent plus que 37 % des élèves accueillis par ces centres alors que les victimes d'accidents du travail et assurés sociaux constituent 44 % de la population bénéficiant des services de ces écoles (cf. tableau n3)

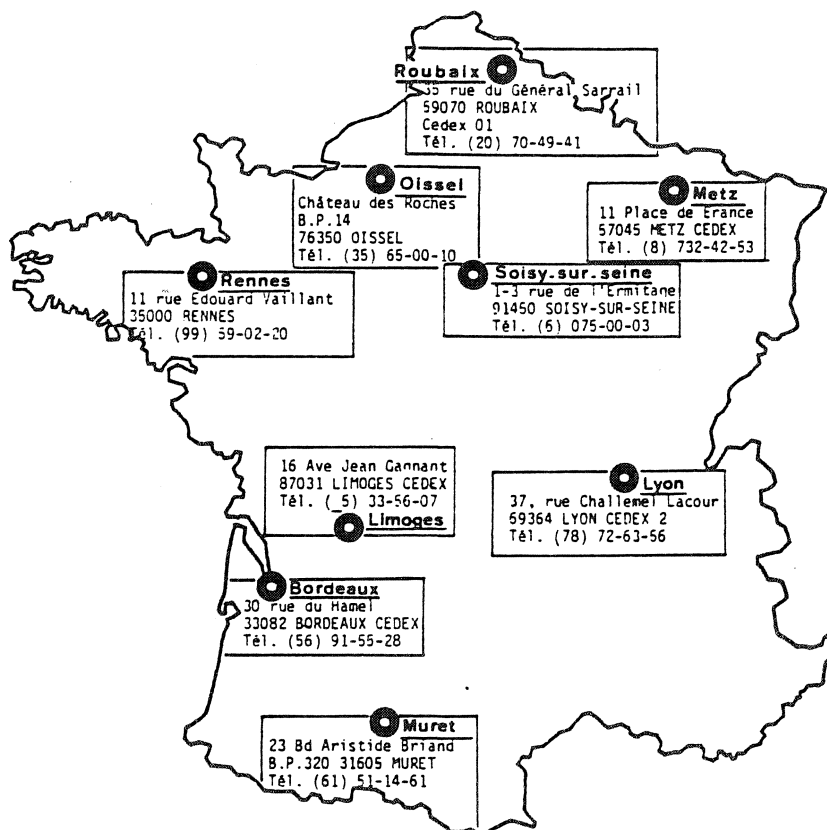
Tableau n° 3 : Répartition du public des écoles de rééducation professionnelle générés ou contrôlés par l'Office National des Anciens Combattants selon le régime de prise en charge.

	EFFECTIFS en %
mutilés et victimes de guerre	37,0
victimes d'accidents du travail et assurés sociaux	44,0
infirmes relevant de l'aide sociale	9,0
divers (agriculteurs relevant du FASASA, etc..)	10,0
TOTAL	100,0

Jusqu'alors, essentiellement organisé autour de la déficience physique, le champ d'action de l'initiative privée s'étend au début des années cinquante à la déficience mentale, notamment à travers la création de l'UNAPEI. L'action conjuguée d'associations de parents d'enfants handicapés et de spécialistes du corps médical (les neuro-psychiatres) contre l'internement en hôpital psychiatrique des populations déficientes mentales a contribué au développement d'un cadre institutionnel spécifique à l'arriération mentale à partir duquel s'est organisé le traitement social de ce type de déficience (10).

LES CENTRES DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE

DE L'OFFICE NATIONAL DES ANCIENS COMBATTANTS ET VICTIMES DE GUERRE



-Neuf centres aujourd'hui ouverts aux travailleurs handicapés adultes de toutes catégories : plus de 2.000 stagiaires en externat mixte ou internat.

.Durée des stages: de 10,5 mois à 21 mois, dont 8 semaines de stage en entreprise, et possibilité de stages préparatoires de remise à niveau de 3 à 6 mois.

. Pour plus de précision . se mettre en relation avec :



- Les Services Départementaux de l'Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre (adressés à la préfecture de votre département)
- Les Centres eux-mêmes (cf carte supra).

Tout se passe donc comme si l'extension du domaine d'intervention du champ de la réadaptation sous l'action conjuguée d'initiatives privées, d'un mouvement de spécialisation du corps médical (11), et d'un processus de diversification lié à l'évolution des affections dominantes, participait d'un processus "d'unification" du traitement social du handicap autour de préoccupations communes, la réadaptation, et cela indépendamment du type de déficience et de son origine.

L'analyse des activités exercées et des objectifs des associations de handicapés recensées en 1984 par l'ONISEP est révélatrice de cette homogénéisation du traitement social du handicap à travers la communauté de préoccupations qui s'en dégage. C'est ainsi que nombre d'entre elles gèrent des établissements contribuant à la rééducation et la réadaptation, 42 % des associations recensées déclarent gérer des établissements en sus des activités de soutien et de conseil qu'elles délivrent aux personnes dites "handicapées". Ces associations ont également en commun une vive préoccupation pour l'insertion sociale et professionnelle des populations dont elles entendent assumer la charge puisque 34 % d'entre elles affirment poursuivre un tel but.

L'extension et la diversification des domaines d'intervention du champ de la réadaptation ont ainsi contribué à organiser la gestion de la déficience autour d'une préoccupation commune, la réadaptation, et d'un objectif commun, l'insertion sociale et professionnelle des personnes dites "handicapées", et ceci indépendamment du mode de prise en charge légal.

Tableau n° 4 : Répartition des associations de handicapés recensées en 1984 selon les objectifs poursuivis

	EFFECTIFS en %
prévention	6,3
information du public	17,9
rencontres	10,5
promotion et/ou mise en oeuvre d'études et de recherches	18,9
information et action envers les familles	9,5
informaiton et/ou action envers les pouvoirs publics	18,9
fédération d'associations	6,3
aide aux malades et aux handicapés	18,9
information et éducation des malades et des handicapés	9,5
favoriser l'éducation des handicapés	5,3
favoriser la réadaptation	12,7
insertion sociale et professionnelle	34,7
défense des droits	5,3
formation	2,1
i création et gestion d'établissement	6,3
i TOTAL	100,0
i	

Tableau n° 5 : Répartition des associations de handicapés recensées en 1984 selon les activités déclarées

	EFFECTIFS en %
gestion d'établissement	42,1
documentation et information	41,1
formation du personnel	15,8
publication de revue	57,9
promotion et amélioration des aides techniques	18,4
favoriser les rencontres	8,4
relations avec les pouvoirs publics	13,7
activités de conseil et de soutien	49,5
promotion de la recherche	5,0
organisation de journées d'études	5,3
création de cartes de santé	5,3
loisirs, culture et sport	25,3
autre	2,1
effectifs correspondants	95

Les caractéristiques des demandeurs de reclassement professionnel sont révélatrices de l'effet d'aggrégation suscité par le développement du champ de la réadaptation. Les COTOREP, à qui il revient de se prononcer sur l'attribution de la qualité de handicapé ne s'adressent pas exclusivement aux infirmes, c'est-à-dire aux populations relevant jusqu'à la loi d'orientation de l'Aide sociale, mais prononcent également des orientations à propos des personnes victimes d'accidents du travail. Ainsi, selon une enquête réalisée sur les populations ayant demandé à faire l'objet d'un reclassement professionnel en 1979 auprès d'une COTOREP, les victimes d'accident du travail représentent 14 % des demandeurs de reclassement professionnel et se situent ainsi au troisième rang derrière les "maladies congénitales" et les "autres maladies". Si d'une manière générale, les victimes d'accidents ne représentent que 23 % de la population considérée, les accidentés du travail forment l'essentiel de cette population puisqu'ils constituent à eux seuls 60% des victimes d'accidents.

Tableau n° 6 : Répartition des demandeurs de reclassement selon l'origine de la déficience

ORIGINE DE LA DEFICIENCE	en %
accidents du travail	14,0
accidents de la voie publique	6,0
autres accidents	3,0
maladies professionnelles	1,0
maladies congénitales	30,0
maladies évolutives	8,5
autres maladies	43,0
TOTAL	100,0
EFFECTIFS	632

(Source ; J. Loyseau, G. Mauclert : "la désorientation : analyse des reclassements prononcés par une COTOREP", CHERHI, janvier 1985),

Tableau n° 7 : Répartition des demandeurs de reclassement par suite d'accident selon le type d'accident

ORIGINE DE LA DEFICIENCE	en %
accidents du travail	14,0
accidents de la voie publique	6,0
autres accidents	3,0
TOTAL	100,0
EFFECTIFS	147

(Source ; J. Loyseau, G. Mauclert : "la désorientation : analyse des reclassements prononcés par une COTOREP", CTNERHI, janvier 1985).

L'analyse des conditions d'institutionnalisation du champ de la réadaptation montre que l'élargissement de la qualité de handicapé à l'ensemble des catégories de statut procède d'une démarche inscrivant au sein d'une dimension identitaire commune toutes les catégories de personnes relevant du cadre institutionnel érigé par les agents intervenants dans le champ de la réadaptation et s'intégrant dans les objectifs poursuivis et jusqu'alors considérées distinctement selon l'origine de l'atteinte organique.

2. LE HANDICAP REDEFINI

Intimement lié au développement d'un cadre institutionnel de prise en charge qui s'est opéré au cours des années 60, le travail d'homogénéisation identitaire des différentes catégories de statuts repose également sur un processus de redéfinition des critères définissant la qualité de handicapé qui s'est fait jour dans les années 70. La problématique qui entoure la gestion de la déficience n'est plus limitée à une démarche réadaptative privilégiant la dimension professionnelle ou scolaire de l'insertion, mais étendue à une démarche intégrationniste qui considère l'ensemble des facteurs liés à l'environnement des "handicapés". Cette nouvelle orientation trouve sa formulation dans l'évolution des problématiques abordées par le champ de la réadaptation au cours des années 70.

L'analyse factorielle des titres d'articles publiés par la revue Réadaptation (12) entre 1972 et 1984 dégage en effet une opposition entre deux conceptions du handicap : l'une essentiellement marquée par la dimension professionnelle de l'insertion où prédomine une appréhension du handicap reposant sur la rupture entre infirmité et incapacité, voire invalidité, * l'autre qui étend la problématique entourant les handicapés à l'insertion sociale se réfère surtout à des critères renvoyant à la marginalité, à la position occupée dans la société.

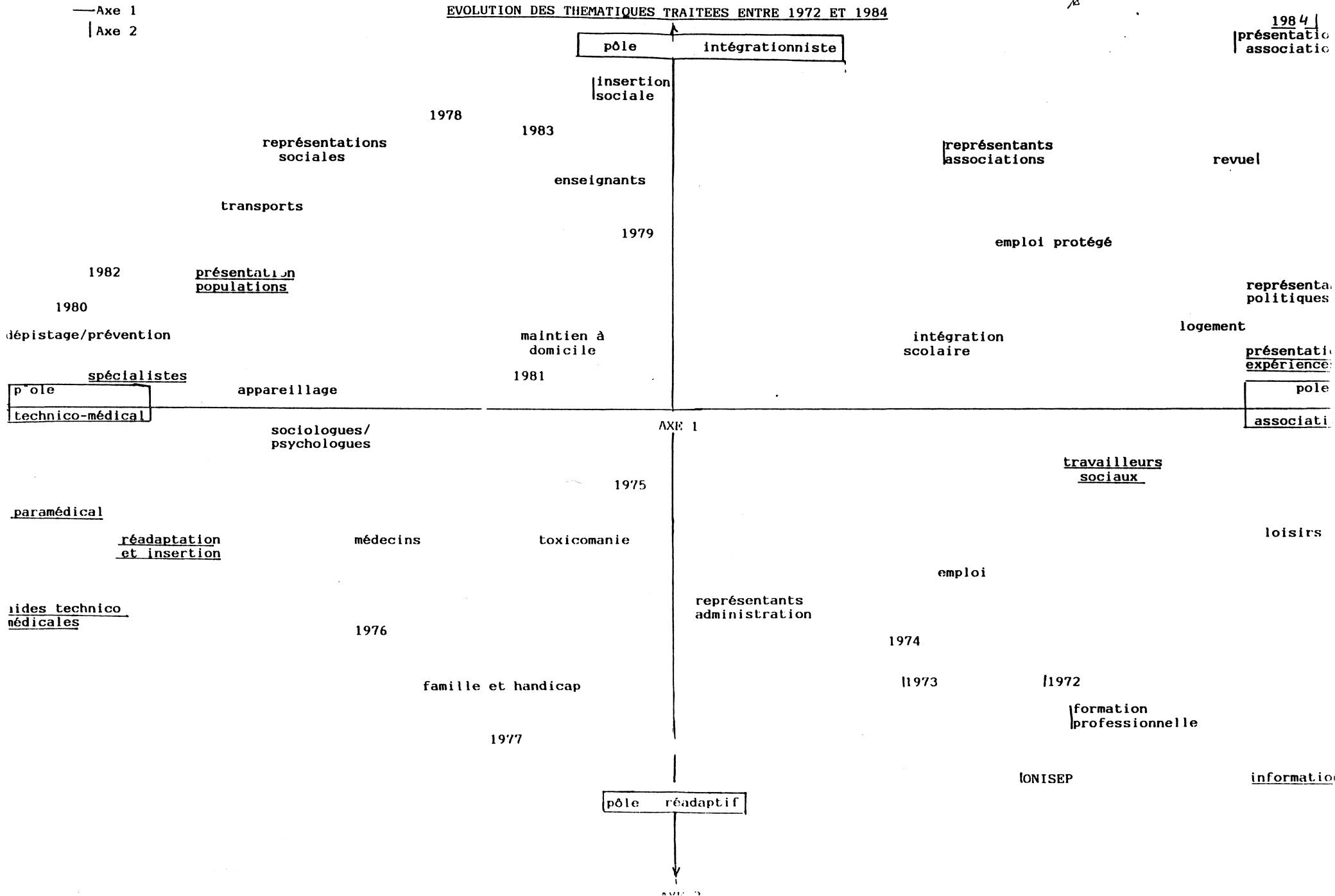
Le premier axe oppose ainsi la composante médicale du champ de la réadaptation (notamment la plus spécialisée) où figurent les considérations relatives à la réadaptation, son rôle dans le processus d'insertion, sa dimension technico-médicale, à sa composante associative principalement représentée par les travailleurs sociaux, où sont regroupés les éléments relatifs aux initiatives prises par le mouvement associatif (présentation des activités des associations et des expériences réalisées en faveur des handicapés).

Le second axe est structuré autour d'une opposition entre la conception réadaptative et la conception intégrationniste témoignant ainsi de l'évolution des enjeux entourant le champ du handicap puisque au début des années 70 se voient opposées les années 80. Le premier pôle de cet axe regroupe les indicateurs qui attestent de la prédominance, au début des années 70, des préoccupations relatives à la formation professionnelle et à l'emploi dont témoignent la forte contribution professionnelle à cet axe. Les années 80 et les thématiques reposant sur l'exclusion sociale prédominent à l'autre extrémité de l'axe : si l'on excepte le thème de l'insertion sociale à proprement dit qui est essentiellement abordé par les représentants d'associations, cette période privilégie les thématiques relatives à l'intégration scolaire et la scolarisation des handicapés, le maintien à domicile, les représentations sociales entourant les personnes dites "handicapées", c'est-à-dire autant de thèmes se référant essentiellement à l'exclusion sociale.

	1972 1975	1976 1979	1980 1984	TOTAL
prés. populations	33,6	31,2	34,8	100,0
aides techn. et médicales	49,0	22,7	28,4	100,0
dépistage-prévention	23,8	33,3	42,8	100,0
appareillage	35,2	19,7	45,1	100,0
réadap. et insertion	37,6	33,0	29,5	100,0
maintien à domicile	40,0	20,0	40,0	100,0
intégr. scolaire	28,4	16,9	54,6	100,0
scolarisation	36,3	27,2	36,4	100,0
ins. professionnelle	50,7	16,9	32,5	100,0
emploi protégé	33,3	37,5	29,2	100,0
form. professionnelle	59,2	13,1	27,7	100,0
insertion sociale	11,2	26,8	61,9	100,0
transport	16,7	11,2	72,3	100,0
loisirs	38,5	23,1	38,5	100,0
logement	42,1	21,1	36,9	100,0
prés, association	42,2	15,5	42,2	100,0
prés, expériences	38,1	25,0	36,9	100,0
informations	75,8	13,8	10,4	100,0
handicap et familles	40,5	28,0	31,5	100,0
autre	12,3	28,7	59,0	100,0
TOTAL	39,0	23,5	37,5	100,0

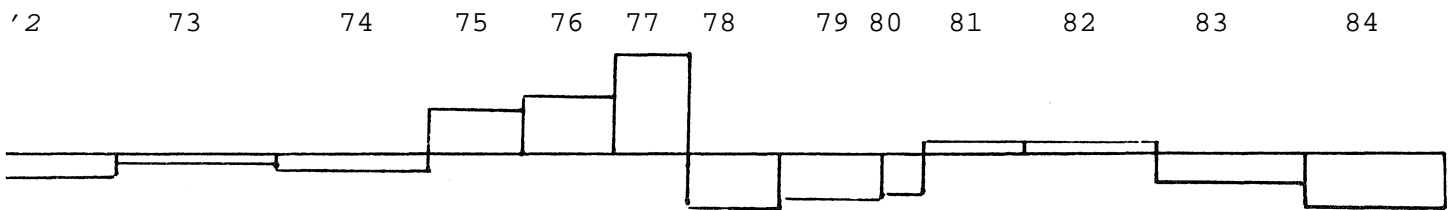
C'est ainsi que 62% des articles traitant spécifiquement de l'insertion sociale sont parus entre 1980 et 1984 ; il en est de même pour 55% des articles relatifs à l'intégration scolaire. En revanche, 60% des titres d'articles faisant référence aux aspects liés à la formation professionnelle et 51% de ceux consacrés à la seule dimension professionnelle de l'insertion sont parus entre 1972 et 1975.

EVOLUTION DES THEMATIQUES TRAITÉES ENTRE 1972 ET 1984



En opposant de la sorte ces deux conceptions du handicap, le second axe reflète une réorientation des problématiques relatives au champ du handicap. Tout se passe comme si l'enjeu qui caractérise le champ du handicap à partir de la fin des années 70 était moins conditionné par l'inadaptation des handicapés, qui renvoie à un traitement social trouvant ses modes de résolution dans les pratiques de réadaptation, que par la notion d'exclusion qui met la gestion du handicap en rapport avec la position de l'individu dans la société. Le déclin de la visée réadaptative apparaît d'autant plus caractéristique de cette nouvelle gestion des populations handicapées que le poids des publications traitant du rôle de la réadaptation et des aides techniques dans le processus d'insertion des handicapés est nettement moindre à partir de 1978.

Figure n° 1 : Evolution des articles traitant de la réadaptation et de son rôle dans l'insertion entre 1972 et 1984



Il va de soi que nos propos ne cherchent pas à nier le rôle qu'a joué la volonté d'insertion dans l'émergence et le développement d'un cadre institutionnel visant la réadaptation des handicapés, ni la part qu'occupent, dans les années 80 les pratiques de réadaptation dans la conception intégrationniste. Ce que nous voulons suggérer à travers notre analyse, c'est que ces années, notamment à partir de la loi d'orientation, se caractérisent par une réorientation des problématiques entourant le champ du handicap qui repose sur leur élargissement à l'insertion sociale, (celle-ci renvoyant essentiellement à la probabilité d'exclusion qui entoure l'affection), et par une redéfinition des enjeux entourant la définition et la condition de handicapé.

Cette évolution introduit une rupture fondamentale puisqu'elle est au principe de l'extension de la qualité de handicapé à toutes les catégories de statuts, et, plus généralement, aux affections incurables (13). Définir la condition de handicapé en fonction de la probabilité d'exclusion qui entoure ces populations revient à privilégier les conséquences de l'atteinte organique aux causes et à réunir ainsi les conditions d'une homogénéisation de l'approche entourant le traitemen

social qu'il convient d'adopter. Cette réorientation suppose en effet que les critères d'appréciation du handicap s'articulent moins autour de l'évènement causal que de la reconnaissance d'un désavantage susceptible d'entraîner une mise à l'écart des populations considérées.

L'exemple en est donné par le rapport sur l'harmonisation des régimes de compensation du handicap, qui, en référence à sa définition du handicap comme étant l'aptitude ou l'inaptitude à mener une vie sociale autonome, propose que soit défini un seuil d'appréciation du handicap qui repose sur les modifications apportées aux conditions de l'existence par la survenance de l'affection ou sur les conditions définissant une vie sociale considérée comme normale (14). En se référant ainsi dans leur appréciation de la notion de handicap aux désavantages susceptibles d'entraver l'insertion des populations concernées, les auteurs du rapport situent l'origine de l'affection en arrière plan pour ne retenir que les aspects renvoyant aux conséquences de la déficience, c'est-à-dire la probabilité d'exclusion qui entoure les personnes considérées. Le rôle que joue cette redéfinition de la qualité de handicapé dans le processus d'élargissement des conditions d'appartenance au champ du handicap apparaît d'autant plus essentiel que la définition utilisée par les auteurs de ce rapport vise le dépassement des spécificités propres à chaque mode de prise en charge légal.

D'autre part, en affirmant lors de son intervention à l'Assemblée Nationale, "qu'il faudra définir au cours de ces prochaines années, un régime d'invalidité fondé non sur la cause du handicap, mais sur l'objectif d'insertion sociale (15), R. Lenoir considère bien que le risque d'exclusion auquel il se réfère dans son approche du handicap constitue le dénominateur commun permettant de regrouper toutes les personnes atteintes d'une affection irréductible en un même régime et sous une appellation commune. En d'autres termes, il suggère que la référence aux conséquences, et ce faisant au risque d'exclusion, autorise une homogénéisation de l'approche relative au traitement social du handicap.

3. L'EVOLUTION DU CHAMP PROFESSIONNEL

Les propos de R. Lenoir et S. Veil que nous avons cités suggèrent que le passage d'une démarche réadaptive à une démarche intégrationniste que dégage l'analyse de l'évolution des thématiques abordées par la revue Réadaptation est indissociable des orientations prises par le législateur en 1975. Le déclin des thèmes relatifs à la réadaptation et son rôle dans le processus d'insertion à partir de 1978 (année durant laquelle ont été publiés les principaux décrets d'application prévus par la loi d'orientation de 1975) au profit de considérations privilégiant l'intégration scolaire des handicapés, et, plus globalement, leur insertion sociale souligne l'importance de l'effet d'homologation de la loi du 30 juin 1975 dans

1 Axe 2
- Axe 3

pôle

sociologues
psychologue

72

loisirs

travailleurs
sociaux

ONISEP

formation
professionnelle

75

pôle
réadaptatif

autre statut

Axe

73

information

insertion
professionnelle

famille et
handicap

74

toxicomanie

aides technico
médicales

médecin

réadaptation et
insertion

77

76

paramédical

représ. admin.

pôle

normatif

présent.
populations

78

pers.
enseignant

scolarité

80

intégr. scolaire

sexualité

spécialistes

dépistage
prévention

représ.
sociales

82

maintien à
domicile

79

81

empl. protégé

insertion
sociale

pôle

intégrat|ionnis

logement

représ.
association

vieillesse

prés.
assoc.

prés.
expériences

84

83

revue

représ.
politiques

appareillage

transports

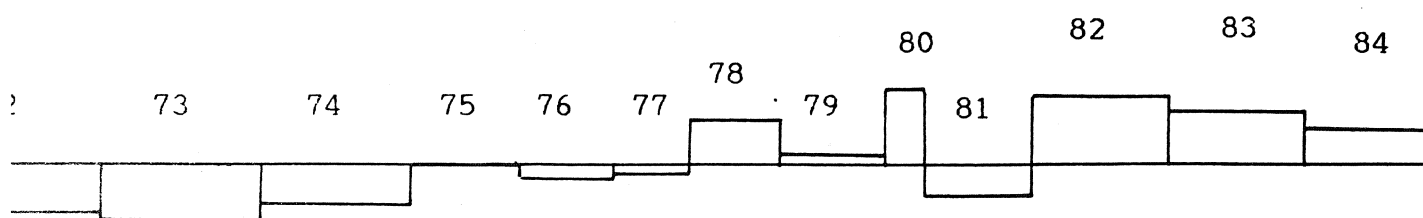
techniciste

l'évolution de la problématisation du traitement social des handicapés.

Si le second axe oppose les années 70 aux années 80, le troisième axe fait en effet apparaître que 1978 constitue une année charnière dans ce processus de réorientation puisqu'il oppose les périodes antérieures et postérieures à cette année. Le troisième axe se structure ainsi autour d'une antinomie entre la dimension "techniciste" des actions menées par le champ de la réadaptation (et qui se réfère à l'inadaptation qu'engendre l'affection), et sa dimension "normative" privilégiant, quant à elle l'exclusion que suppose l'atteinte organique.

Le premier pôle de cet axe regroupe les indicateurs qui attestent de l'importance qu'acquièrent à partir de 1978 les préoccupations relatives au refus de l'exclusion. Bien que n'abordant pas des problématiques foncièrement nouvelles, les articles parus à partir de 1978 considèrent essentiellement les aspects relatifs à la présentation des populations s'inscrivant dans le champs du handicap, à leur scolarisation, leur intégration scolaire, la prévention et le dépistage des handicaps, et, plus généralement l'insertion sociale.

Figure n° 2 : Evolution de la part accordée au thème de l'insertion sociale entre 1972 et 1984



La figure 2 montre nettement l'accroissement de l'intérêt accordé à l'insertion sociale après 1978 : si l'on excepte l'année 1981, ce thème est abordé dans une proportion nettement supérieure à la moyenne à partir de 1978, alors qu'il l'était généralement dans une proportion inférieure les années précédentes. On remarquera également que près de la moitié des articles relatifs à la scolarisation des handicapés ont été publiés entre 1978 et 1982.

A l'autre extrémité de l'axe prédominant les thèmes renvoyant aux techniques nécessaires à la réadaptation comme en témoignent la forte contribution à la détermination de cet axe des thèmes de l'appareillage et du rôle de la réadaptation dans le processus d'insertion. La forte contribution des années 1976 et 1977 à la construction de cet axe suggère que la promotion de la visée réadaptative a été particulièrement forte durant ces années qui ont précédé la promulgation des textes d'application de la loi d'orientation, reflétant ainsi l'opposition qu'a rencontré auprès des agents intervenant dans le champ de la réadaptation la loi d'orientation du 30 juin 1975 (16).

Mais au-delà de cette opposition entre la dimension technique de la réadaptation et sa dimension normative, le troisième axe nous paraît refléter l'effet d'homologation de la loi d'orientation du 30 juin 1975 dans l'évolution des thématiques. La rupture entre le début des années 70 que suggère le basculement auquel on assiste à partir de 1978, l'importance accordée au rôle de la réadaptation dans le processus d'insertion des handicapés en 1976 et 1977, incite à admettre que l'évolution de l'approche des handicapés relève moins d'une orientation délibérément prise par le champ de la réadaptation, que d'une transformation trouvant son fondement dans l'appropriation par le pouvoir d'Etat de la définition de l'état de handicapé, et, plus particulièrement dans la redéfinition des critères constitutifs de cet état (17).

Cette évolution des enjeux au sein du champ du handicap ne saurait toutefois être ramenée au seul effet d'homologation de la loi d'orientation. Bien qu'étant la forme par excellence du discours agissant, l'acte juridique ne fait pas uniquement le monde social, mais il est également fait par lui (18). C'est ainsi qu'en décrivant l'évolution des rapports de force entre les différents agents intervenants dans le champ de la réadaptation, le troisième axe lie l'évolution des enjeux entourant le champ du handicap à un mouvement de spécialisation de la composante médicale du champ de la réadaptation et à une diversification de sa composante sociale.

En effet, le pôle que nous avons appelé normatif en référence à l'approche normative qui préside à la redéfinition des conditions constitutives de l'état de handicapé regroupe des articles qui sont le fait de la composante la plus spécialisée du corps médical, d'enseignants ou encore de "nouveaux" agents tels les sociologues et les psychologues. L'autre extrémité du troisième axe, c'est à dire le pôle techniciste regroupe les membres des professions paramédicales et les médecins généralistes. Comme nous l'avons déjà souligné, ils s'attachent surtout à mettre en avant la primordialité de la réadaptation, de l'appareillage et des aides technico-médicales dans l'insertion des handicapés. En opposant de la sorte les tenants de la visée réadaptative aux tenants de la visée intégrationniste, le troisième axe dégage les effets structuraux relatifs aux transformations du champ professionnel.

La prise en considération de la qualité des représentants du corps médical ayant rédigé des articles dans la revue Réadaptation entre 1972 et 1984 montre un mouvement de spécialisation : plus de la moitié des articles (54,6 %) publiés par des spécialistes du corps médical l'ont été à partir de 1978 ; cette proportion augmente à près de 61 % si l'on distingue les professeurs agrégés, les pédiatres, les diabétologues, les chirurgiens, les orthopédistes, les neurologues et les généticiens (tous regroupés dans notre catégorie "spécialistes du corps médical) des neuropsychiatres et des psychiatres. En revanche, 58 % des articles publiés par les médecins, c'est-à-dire ceux dont le nom était précédé du titre de docteur sans d'autres précisions sur sa qualité, et 56,5 % de ceux qui sont le fait de membres des professions paramédicales sont parus dans la période antérieure à 1978.

Tableau n° 9 : Evolution de la qualité des représentants du corps médical ayant publié des articles entre 1972 et 1984

	1972 1977	1978 1984	TOTAL
médecins	58,0	42,0	100,0
professions paramédicales	56,5	43,5	100,0
spécialistes	45,9	54,1	100,0
TOTAL	49,6	50,4	100,0

Ce mouvement de spécialisation apparaît d'autant plus significatif de l'évolution qui nous préoccupe qu'il exprime une évolution des rapports de force entourant la légitimité médicale du traitement social du handicap. L'analyse factorielle considérant les axes 1 et 3 reliant l'évolution du champ professionnel à celle des dimensions dominantes dans le champ du handicap montre en effet que les médecins et les spécialistes abordent des thématiques différentes.

Exceptés les thèmes liés à la dimension techniciste, les médecins traitent le plus souvent des problèmes liés aux relations entre la famille et le handicap, ou, plus exactement, de ceux qu'occasionne la présence d'un handicapé dans la cellule familiale. Si l'on isole les articles traitant de ce thème et rédigés par un représentant du corps médical, on s'aperçoit que les médecins représentent près de 67 % des membres des professions médicales et paramédicales à avoir traité du rapport entre le handicap et la famille.

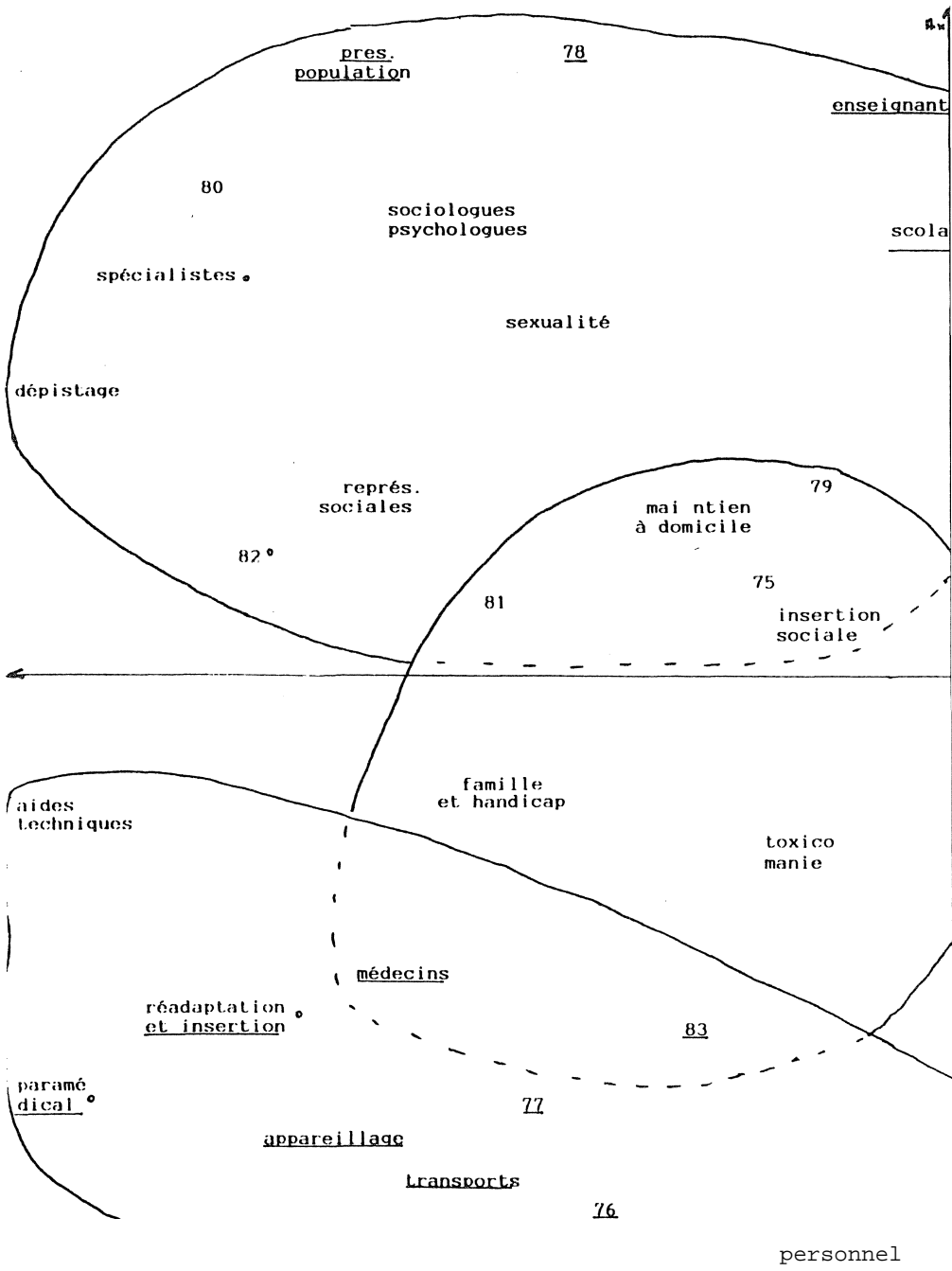
Spatialement située à l'opposé des médecins, la fraction la plus spécialisée du corps médical aborde surtout des problématiques liées au dépistage et à la prévention des handicaps ainsi qu'à la présentation des populations handicapées, c'est-à-dire à la définition des populations s'inscrivant dans le champ du handicap. C'est ainsi que les spécialistes représentent 69 % des représentants du corps médical à avoir présenté des populations et près de 62 % de ceux ayant traité des problèmes de prévention et de dépistage.

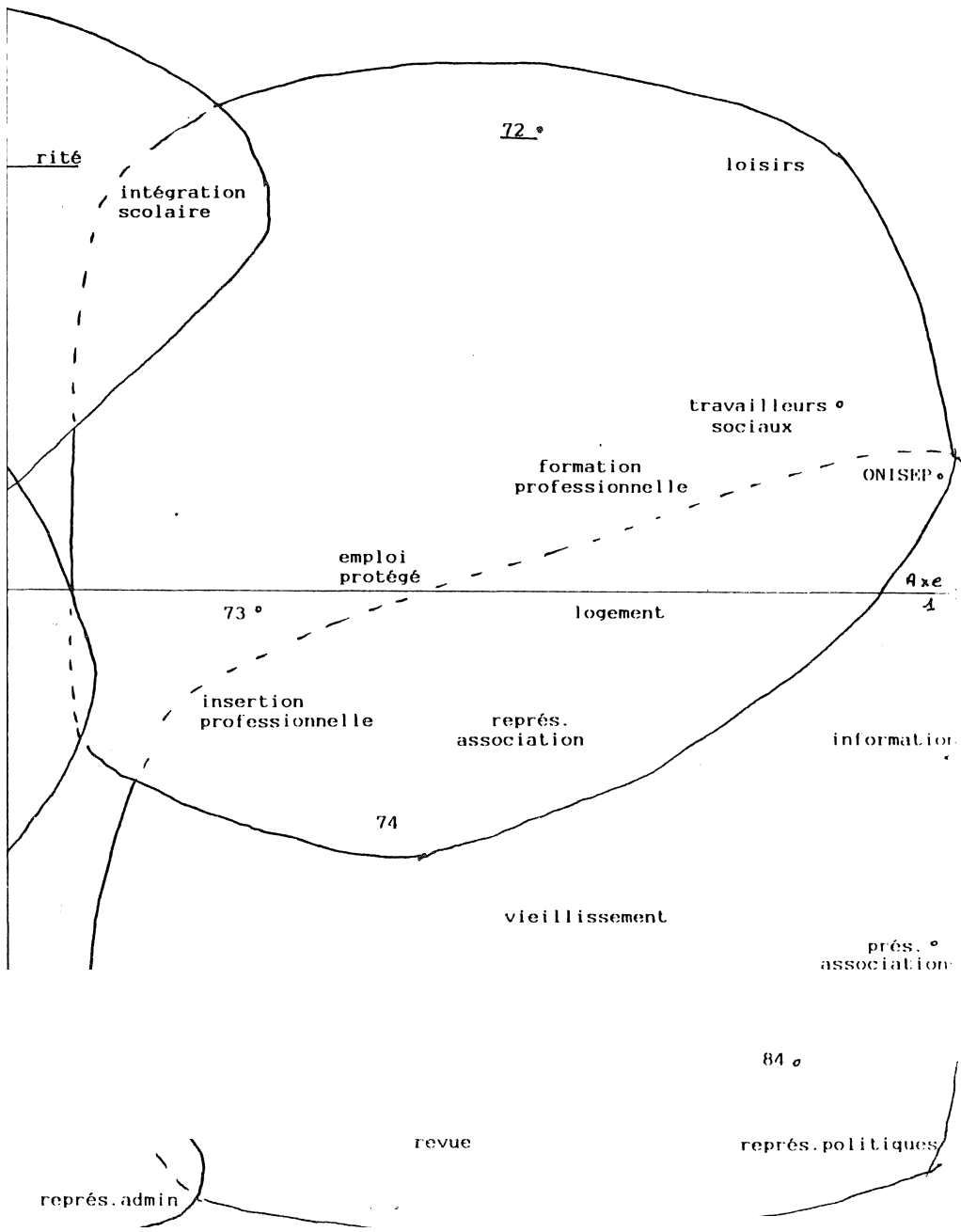
Tableau n° 10 : Répartition des articles publiés par les représentants du corps médical à propos de la famille, de la prévention et de la caractérisation des populations selon la qualité de l'auteur.

	PRES. POP.	PREVEN- TION	FAMILLE	TOTAL
médecins	17,2	23,0	66,6	29,6
professions param.	13,8	15,4	8,4	13,0
spécialistes	69,0	61,6	25,0	57,4
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Cette dissemblance dans les problématiques abordées, qui suggère que le pouvoir de définition médical de l'appartenance au champ du handicap et les aspects médicaux de la lutte contre le handicap reviennent essentiellement aux spécialistes, et l'influence croissante de ces derniers dans le champ de la réadaptation, invite à penser que l'évolution de la dimension médicale du champ de la réadaptation se caractérise par la dépossession d'une partie de l'autorité sociale que possède les fractions les moins spécialisées du champ médical en les subordonnant à celle des spécialistes. En d'autres termes, tout se passe comme si les progrès médicaux qui permettent d'étendre le domaine des interventions médicales à des affections autrefois "abandonnées à leur évolution naturelle", parce qu'ils s'accompagnent d'une multiplication des spécialités et des niveaux de spécialisation, ont pour conséquence un déclassement des professionnels les moins spécialisés.

Une telle transformation des rapports qu'entretiennent les diverses fractions du corps médical incite également à admettre que la redéfinition des enjeux à l'intérieur du champ du handicap, notamment à propos de la prévention et du dépistage ou encore l'inclusion de nouvelles populations tels les myopathes, les malades rénaux, est intimement liée à ce mouvement de spécialisation.





L'évolution du champ professionnel se caractérise par ailleurs par une diversification de la composante sociale du champ de la réadaptation. La période postérieure à l'année 1978 se spécifie en effet par l'émergence de "nouveaux" agents, notamment dans le domaine des sciences sociales et de l'enseignement. C'est ainsi que 63 % des articles publiés par des sociologues ou des psychologues l'ont été à partir de 1978 ; de même les enseignants ont rédigé durant cette période 62 % des articles qu'ils ont publié entre 1972 et 1984.

Tableau n° 11 : Evolution des publications d'articles rédigés par des sociologues ou des psychologues et des travailleurs sociaux entre 1972 et 1984.

	1972 1977	1978 1984	TOTAL
psychologues-sociologues	37,0	63,0	100,0
enseignants	38,1	61,9	100,0
travailleurs sociaux	55,0	45,0	100,0
TOTAL	49,6	50,4	100,0

Si la montée des enseignants traduit l'intérêt croissant porté au cours des années 70 aux dimensions liées à la scolarisation et à l'intégration scolaire, celle des représentants des sciences sociales révèle plus un changement structural qu'une évolution conjoncturelle. L'analyse factorielle montre en effet que ces agents occupent une position proche de celle de la fraction la plus spécialisée du corps médical. Au même titre que les spécialistes ils contribuent à la délimitation du champ du handicap en caractérisant les populations qui s'y inscrivent et se préoccupent des aspects ayant trait à la prévention et au dépistage.

Figure n° 3 : Répartition des articles caractérisant les populations handicapés selon la qualité de l'auteur

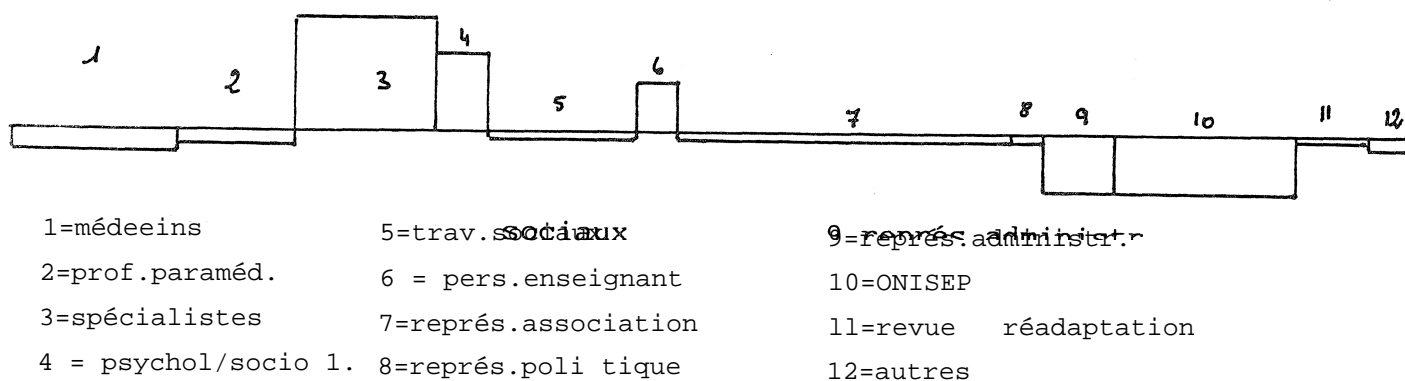
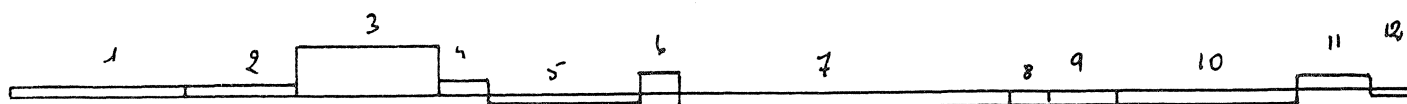


Figure n° 4 : Répartition des articles ayant trait au dépistage et à la prévention selon la qualité de l'auteur

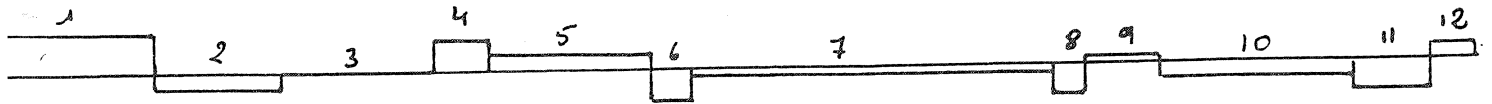


Le rôle de spécialiste que suggère la place qu'occupent les représentants des sciences sociales apparaît d'autant plus caractéristique de la position qu'ils occupent dans le champ de la réadaptation qu'ils n'investissent pas uniquement les problématiques dont on pourrait penser à priori qu'elles sont spécifiques au champ médical ; ils partagent également les préoccupations des autres agents intervenant dans le traitement social du handicap.

C'est ainsi qu'ils ont en commun avec les médecins et les travailleurs sociaux d'aborder les problèmes que soulèvent la présence d'un handicapé dans la famille : la figure 8 montre que les médecins, les psychologues ou les sociologues, les travailleurs sociaux, et dans une moindre mesure, les représentants d'administrations abordent le thème de la famille et du handicap dans une proportion supérieure à la moyenne de l'ensemble des auteurs ayant traité de ce thème.

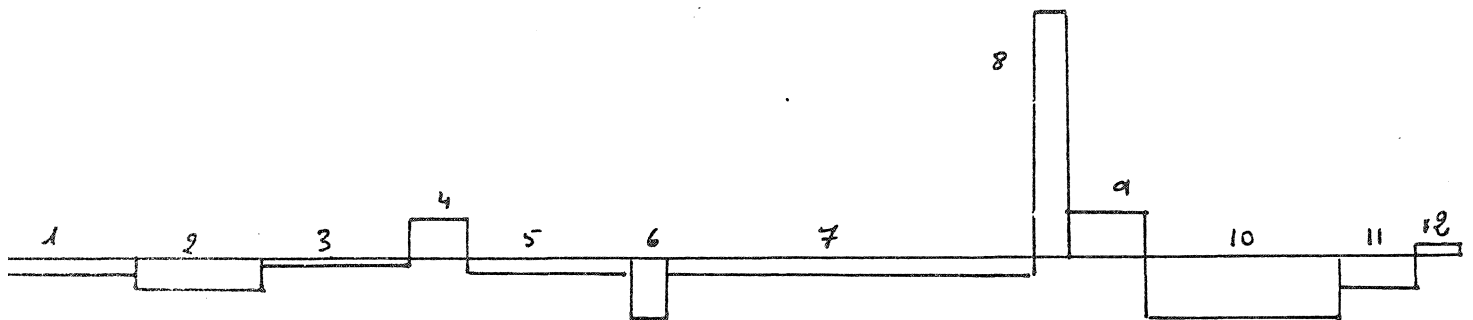
Elguxe-jaU5

Répartition du thème relatif à la famille et au handicap selon la qualité de l'auteur.



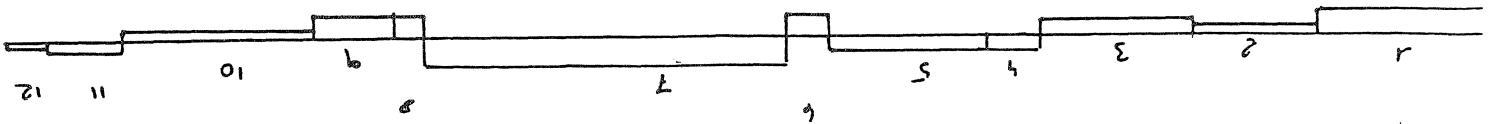
D'autre part, ils considèrent aussi dans une proportion supérieure à la moyenne les éléments relatifs à l'insertion professionnelle, ce qui les rapproche des représentants politiques et administratifs, comme en témoigne la figure 9 puisque si l'on excepte la catégorie "autre", ces agents sont les seuls à se situer au dessus de la moyenne.

Figure n° 6 : Répartition des articles relatifs à l'insertion professionnelle selon la qualité de l'auteur



On remarquera enfin, qu'ils partagent également les préoccupations des représentants d'associations et des travailleurs sociaux. Bien que les aspects relatifs au travail protégé soient traités pour près de 60 % d'entre eux par les représentants d'associations et la revue Réadaptation, la figure 10 montre que les sociologues ou les psychologues abordent aussi ce thème dans une proportion supérieure à la moyenne de l'ensemble des auteurs l'ayant abordé suggérant ainsi que cette dimension fait également partie des thèmes que privilégient les spécialistes des sciences sociales.

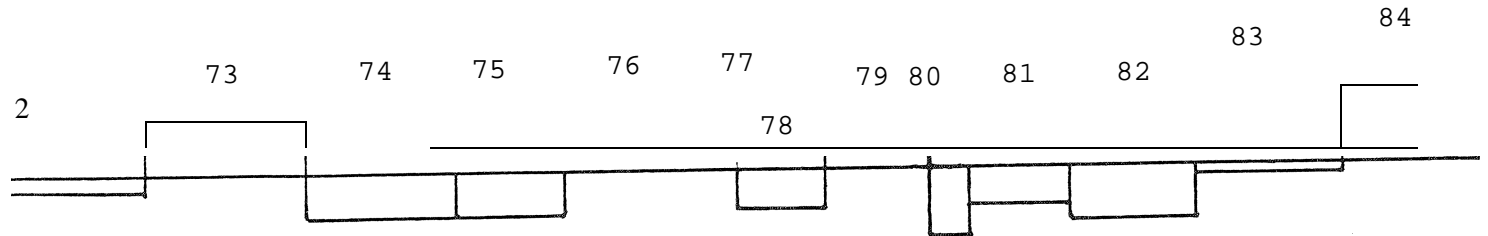
Figure n° 7 : Répartition des articles relatifs à l'emploi protégé selon la qualité de l'auteur



On voit donc que le mouvement de diversification de la composante sociale (c'est-à-dire non médicale) du champ de la réadaptation correspond à un mouvement de spécialisation lié à la montée d'agents, dont le rôle de spécialiste est illustré par la proximité de leur position par rapport à celle de la fraction la plus spécialisée du corps médical, qui sont amenés à occuper une position centrale dans le champ de la réadaptation par le fait qu'ils intègrent dans leur champ d'action les préoccupations des divers agents intervenant dans le traitement social du handicap.

Ce mouvement de spécialisation invite par ailleurs à penser que l'évolution de la dimension sociale du champ de la réadaptation est marquée par la dépossession de l'autorité sociale des fractions les moins spécialisées du champ social (notamment les travailleurs sociaux) en les subordonnant à celle des spécialistes des sciences sociales. L'analyse factorielle des axes 1 et 3 montre que les travailleurs sociaux privilégient dans les articles qu'ils rédigent dans la première moitié des années 70 des thèmes renvoyant à la visée réadaptative alors qu'il revient aux spécialistes des sciences sociales d'aborder des problématiques occupant une position dominante dans la visée intégrationniste, à savoir la définition des populations s'inscrivant dans le champ du handicap, le dépistage et la prévention des handicaps. D'autre part, si le regain d'intérêt envers la présentation des expériences menées par les diverses associations qui transparait à travers la figure nil suppose une intensification de l'action menée par les associations en direction des pouvoirs publics. Il est toutefois intéressant de constater qu'exceptée la revue Réadaptation, les articles y afférent sont essentiellement le fait de travailleurs sociaux (cf. figure 1). L'intérêt de cette constatation repose sur le fait qu'elle paraît révélatrice de la position dominée qu'occupe ces agents au sein de la composante sociale du champ de la réadaptation, voire même de l'intériorisation d'une limitation de leurs compétences au rôle de présentateur, de faire valoir des expériences menées par les associations qui les emploient.

Figure n° 8 Evolution de l'importance accordée à la présentation des expériences entre 1972 et 1984



Le rôle croissant des spécialistes en sciences sociales, à propos desquels il est utile de préciser qu'ils considèrent moins le traitement social du handicap sous sa dimension technique, que sous sa dimension normative, c'est-à-dire en référence aux situations d'exclusion que rencontrent les handicapés, invite à admettre que la redéfinition des enjeux à l'intérieur du champ du handicap, notamment à propos du changement de signification attribuée à la condition de handicapé, est intimement liée à cette diversification de la dimension sociale du champ de la réadaptation et particulièrement, à ce mouvement de spécialisation.

L'examen des conditions présidant à l'extension de la qualité de handicapé à l'ensemble des catégories de statut régissant la gestion de la déficience montre que la catégorie de handicapé se définit moins par la dimension médicale qui la compose qu'à travers les conditions sociales qui l'ont produites. Loin d'être une simple donnée qui opposerait les "normaux" aux "handicapés", elle relève d'une construction sociale qui repose sur l'émergence de nouvelles techniques de prise en charge élaborées dans la lutte qui oppose les différentes catégories d'agents intervenant dans le champ de la réadaptation.

Intimement lié au développement du champ de la réadaptation, le qualificatif de handicapé renvoie aux aptitudes qu'il convient de développer et non à des déficiences irréductibles, ancrant ainsi profondément l'acceptation de la condition de handicapé dans la mise en oeuvre d'un processus de réadaptation. Le handicapé se démarque de "l'inadapté social", du malade et de la personne âgée par la liaison étroite qui unit la notion de handicap et la référence à des techniques médicales particulières promues par cette forme de médecine sociale qui rompt avec l'alternative curable/incurable au profit de la réadaptation. L'élargissement de la qualité de handicapé aux autres catégories de statut correspond à la diversification du champ de la réadaptation qui a peu à peu intégré dans sa sphère

d'intervention un large éventail d'affections indépendamment des spécificités statutaires, médicales ou sociales des populations prises en charge. Comme le précise C. Veil, "en matière de réadaptation, la spécificité des catégories de personnes, si importante soit-elle, compte moins que leur communauté de destin, scellée par le regard d'autrui" (19).

Cet élargissement de la qualité de handicapé s'appuie également sur un travail de redéfinition des critères d'appréciation des conditions constitutives de l'état de handicapé, et, plus généralement de la notion de handicap. Le passage d'une démarche à visée réadaptative à une approche à visée intégrationniste qui caractérise l'évolution du traitement social des populations concernées dans les années 70 sous l'impulsion d'une volonté politique et d'un mouvement de spécialisation entourant les agents intervenant dans le champ de la réadaptation inscrit la problématique du handicap dans une nouvelle dimension où le degré de marginalité que suppose le désavantage qu'engendre l'affection est privilégié à l'inadaptation. Cette généralisation de la problématique entourant le handicap participe d'une redéfinition des critères constitutifs de l'état de handicapé. En considérant moins les moyens qu'il importe de mettre en oeuvre pour assurer un mode de vie adapté à un état de fait que ceux nécessaires pour mener une vie "normale", l'approche du handicap s'attache non seulement à prendre en compte l'étendue des aspects intervenant dans la marginalisation des handicapés, mais fait également abstraction de toute considération ayant trait à l'origine de la déficience ou de l'affection.

1. R. LENOIR : "La notion d'accidents de travail : un enjeu de luttes", in Actes de la recherche en Sciences Sociales, n 32-33, avril/juin 1979, p. 84.
2. Source : débats parlementaires du Sénat, in Journal Officiel, séance du 3 avril 1975, p. 291.
3. Sur ce point cf. J.F. Montes : "La Fédération Nationale des Malades Infirmes et Paralysés : un mouvement de malades pour un syndicalisme de malades". 1984, mémoire, Institut d'Etudes Sociales, 203 f., dactyl.
4. S. Fouché : "Cinquante ans de vie" in Réadaptation N265, décembre 1979, pp 4-8.
5. Ibid, p. 9
6. Ibid.
7. I. Komarover : "Les handicapés physiques adultes", in Vivre dans la différence, sous la direction de C. Veil, Privat, Paris, 1981, p. 52.
8. APAJH, "Eléments statistiques relatifs aux personnes handicapées", 2ème édition, décembre 1986.
9. F. Bloch-Lainé, "Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées", annexe E, p. 43.
10. Sur ce point, voir M. Zafiropoulos : "Les arriérés de l'asile à l'usine". Ed. Payot, Paris, 1981.
11. A ce propos, voir A. Chauvenet : "Médecines au choix, médecines de classes". PUF, col. Politiques, Paris, 1978.
12. Organe de presse du CNIR et de l'ONISEP créé en 1953 avec l'appui du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale et celui de l'Education nationale, cette revue se consacre à l'étude des problèmes posés par la réinsertion sociale et économique des handicapés. Les articles publiés sont rédigés par des représentants du corps médical, des représentants politiques, d'associations, des travailleurs sociaux, embrassant ainsi l'ensemble des dimensions liées à l'insertion des handicapés. Son comité de rédaction regroupe les représentants des principales associations de handicapés- et de parents de handicapés qui gèrent par ailleurs dans une large majorité des établissements de rééducation et de réadaptation. Ses objectifs, ses populations cibles, sa volonté d'être le porte parole de l'ensemble des intervenants dans le champ de la réadaptation confèrent à cette revue une certaine représentativité du champ de la réadaptation.
13. Sur l'organisation du traitement social du handicap autour de l'incurabilité, cf. la thèse en cours de S. Ebersold, Université des Sciences Humaines de Strasbourg, Sous la direction de C. de Montlibert.
14. M.A. Frigent : "L'harmonisation des régimes de compensation du handicap", in Les publications du CTNERHI, 3ème tria. 1979, p. 73.
15. Source : débats parlementaires de l'Assemblée Nationale, in Journal Officiel, 13 décembre 1974, 1ère séance, p 7828.
16. cf. R. Castel : "La gestion des risques", ed. Minuit, Paris, 1981, notamment le chapitre 3.
17. Sur ce point, cf. J.P. Tricart : "Initiative Privée et étatisation parallèle : le secteur dit de l'enfance inadaptée", in Revue Française de Sociologie, XXII, 1981, pp 575-607.
18. P. Bourdieu, "La force du droit", in Actes Recherches en Sciences Sociales, N 64, p. 13.
19. C. Veil : "Vivre dans la différence", Privat, Paris, 1981, p. 245.