

## DE L'ENFERMEMENT A LA NORMALISATION : LE "SAVOIR ETRE HANDICAPE"

Contrairement à ce que suggère le langage courant, la notion de handicap ne peut être appréhendée comme une simple donnée qui oppose le normal au pathologique et distingue les "normaux" des "handicapés". Ainsi que le montre E. Goffman (1), il n'est pas nécessaire d'être atteint d'une déficience pour être "handicapé", c'est-à-dire confronté à un désavantage et, plus généralement, à des situations d'exclusions. Le lien étroit qui unit l'attribution d'une caractéristique particulière à l'identité d'un individu porteur d'un stigmate altère à jamais son identité sociale : le malade mental qui est guéri n'est pas tout bonnement quelqu'un d'autre, mais un ancien malade mental. Par ailleurs, ne parle-t-on pas, dans le langage courant, d'une personne "handicapée" lorsque l'on désigne quelqu'un qui est désavantagé par rapport à quelqu'un d'autre ? En d'autres termes, l'indétermination qui entoure la notion de handicap rend le recours au terme de handicap tout à fait impropre à l'opposition entre le normal et le pathologique puisqu'il n'est pas nécessaire d'être informé pour être handicapé.

L'examen des conditions sociales d'émergence de la notion de handicap montre que sa consécration correspond à l'affirmation d'un nouveau mode de gestion de l'altérité. Ainsi le lien sémantique qui unit la notion de handicap à celle de réadaptation que dégage l'analyse d'H.J. Stiker (2) est révélateur du fait que l'institutionnalisation de la notion de handicap s'est organisée autour de

nouvelles techniques réadaptatives. En d'autres termes, la notion de handicap, loin d'être une simple donnée, procède d'une construction sociale qui trouve son fondement dans des enjeux politiques et sociaux.

Il appartient dès lors au sociologue de se pencher sur les logiques qui régissent ce nouveau mode de gestion de l'altérité, et, plus particulièrement, le processus de réadaptation poursuivi par les techniques réadaptatives. En effet, interpellé ces logiques revient à vouloir appréhender les actes sociaux qui sont au principe de la définition sociale du handicap et au fondement de la légitimité de la prise en charge des populations dites handicapées et à cerner les règles et les critères qui définissent la qualité de handicapé et, ce faisant, les possibilités sociales de se conduire en handicapé (3). En nous proposant d'analyser de la sorte les significations sociales du handicap, nous entendons moins nous préoccuper de la place qu'occupe la personne handicapée dans la société qu'à cerner les logiques performatives des énoncés légitimant la qualité de handicapé.

### 1) La gestion de la différence : de l'affirmation à la négation.

Ainsi que le souligne M. Zafirooulos, le cadre institutionnel régissant la prise en charge de l'arriération mentale qui s'est développé ces dernières décennies consacre l'émergence d'une nouvelle technologie de contrôle politique des arriérés mentaux qui substitue les techniques de normalisation à celles de

1. E. Goffman : "Stigmates : les usages sociaux des handicaps", Paris, éd. Minit, 1975, 175 p.

2. H.J. Stiker : "Corps infirmes et sociétés", Montaigne, éd. Aubier, 1984, p. 164.

3. E. Freidson : "La profession médicale", Paris, éd. Payot, 1984, p. 211.

l'enfermement (4). Résultant de l'analyse de l'institutionnalisation de la prise en charge de la déficience mentale, cette conclusion peut sans doute être élargie à l'ensemble du dispositif institutionnel régissant l'altérité. Malgré la multiplicité de ces facettes où les dimensions médicales, paramédicales et sociales se côtoient, le processus de réadaptation procède, quel que soit le type d'affection, d'une volonté de normalisation. Réadapter revient en effet à combler un déficit, ce qui entraîne à rééduquer, ce qui entraîne à reclasser, ce qui entraîne à réintégrer (5). L'enchaînement ainsi décrit par H.J. Stiker souligne bien l'objectif poursuivi par la réadaptation : permettre aux populations considérées le retour à la vie ordinaire.

La volonté de normalisation sous-jacente à la constitution du champ du handicap transparait explicitement dans la description que fait R. Buron en 1969, de l'évolution des rapports entre infirmes et sociétés. Lors de son allocution à la soirée du quarantenaire de LADAPT, dont il est membre fondateur, l'ex-ministre décompose l'évolution de la gestion de la déficience selon trois âges (6).

Le premier âge est celui de "l'élimination". Il caractérise les sociétés antiques qui interprétaient la naissance d'enfants malformés comme annonciatrice de possibilités de malheur (crainte de la stérilité collective, peur de l'extinction de l'espèce ou de sa déviation) et signe de la colère des dieux. La pratique de l'exposition sur décision d'un conseil des sages qui découlait de cette perception de la naissance d'un enfant difforme procédait d'une pratique remettant l'anormalité entre les mains des dieux et ceci tant à Sparte qu'à

Athènes et que dans la Rome ancienne (7).

Le second âge est celui de la "léproserie" qui cumule, selon R. Buron, prise en charge sociétale et ségrégation. Cet âge s'étend, selon lui, des sociétés moyenâgeuses jusqu'à la première moitié de ce siècle. Il le caractérise en tant que période de ségrégation sociale mais surtout de ségrégation psychologique. L'enfermement confinait l'infirmes dans l'irresponsabilité et ne lui octroyait de place que parmi ses semblables. C'est en opposition à cette conception de l'infirmes irresponsable de lui-même que R. Buron inscrit l'action de LADAPT et des autres associations de malades et d'anciens malades au début des années trente et qui s'organise autour de la fondation de centres de réadaptation professionnelle.

Enfin, le troisième âge de l'évolution des rapports entre infirmes et sociétés est celui de la "réintégration sociale". R. Buron caractérise cette période comme étant celle du volontarisme (la réintégration sociale n'est plus demandée par une minorité, mais par la majorité des "handicapés"), la reconnaissance du "handicapé" en tant que force de recours pour la société grâce à la réadaptation qui lui permet de montrer *«qu'il est un travailleur à prédisposition psychique particulière pour l'assiduité et le désir de se réaliser dans le travail»* (8). L'âge de la réintégration sociale est celui où l'équilibre entre l'infirmes et la société est celui où l'infirmes a fait la preuve qu'il *«était capable de payer son impôt de travail à la société et que, comme contribuable fiscal, il valait à lui seul plusieurs bien portant»* (9). Cet article est révélateur de l'évolution qui a

4. M. Zafiroopoulos : "Les arriérés : de l'asile à l'usine", Paris, éd. Payot, 1984, p. 264.

5. H.J. Stiker : opus cité, p. 145.

6. R. Buron : "Valeur du travail et de la réintégration sociale pour l'infirmes", in Réadaptation, n° 163, oct-nov 1969, p. 4.

7. Sur ce point voir M. Delcourt : "Stérilité mystérieuse et naissance maléfique dans l'antiquité classique". Faculté de Philosophie et de Lettres de Liège, Paris, éd. Droz, 1938.

8. R. Buron : ibid., p. 6.

9. Ibid.

parcouru les logiques régissant la prise en charge des populations dites handicapées et le rôle qu'y a joué le développement du champ de la réadaptation. En organisant leur lutte contre l'enfermement autour du refus de cette ségrégation psychologique qui déniait aux informés tout droit et toute possibilité, excepté celle de rester parmi ses semblables, les associations de handicapées et de parents de handicapés ont inscrit leur action dans une logique de normalisation en substitution d'une logique d'enfermement jugée dépassée et injuste. Ainsi que le précise R. Buron dans son article, «*il n'est pas possible d'accepter qu'un homme, quels que soient ses handicaps de départ, n'obtienne pas le maximum de chances pour pouvoir "jouer sa chance"*» (10).

Ainsi S. Fouché, membre fondatrice de LADAPT, précise-t-elle que «*dans mon premier article, je revendiquais au nom de mes camarades, les allongés de Berck, le droit d'accéder à l'indépendance économique. Car, en France, c'est de nous, malades et infirmes, qu'est parti ce mouvement qui nous rassemble aujourd'hui. Et déjà nous ne réclamions ni assistance, ni privilège : nous voulions gagner notre vie, c'est-à-dire être libres de mener une existence normale de travail et d'effort alors qu'on nous rejetait volontiers vers les secours et les hospices*» (11).

La volonté de rompre avec les techniques de l'enfermement au profit de techniques normalisatrices se structurant autour des notions de formation, rééducation, adaptation a donc été au centre des préoccupations des associations de handicapés et de parents de handicapés lors de leur création. En substituant ainsi une logique normalisatrice à une logique de l'enfermement, leur action a marqué une rupture essentielle dans le traitement social de la dé-

ficiance. Contrairement aux modes de gestion mis en oeuvre par les époques ou les sociétés autres ou antérieures qui visaient pour l'essentiel à situer l'infirme et l'infirmité à défaut de pouvoir le traiter, l'objet poursuivi par la logique normalisatrice consiste à les replacer dans les rouages productifs, consommaires, ludiques, le traitement social sous-jacent à la réadaptation ne s'organise plus autour d'une démarche ségrégative reposant sur une logique d'affirmation de la différence, mais au contraire autour d'une démarche normalisatrice qui se propose de rendre l'altérité ordinaire, de faire retourner à la personne déficiente à la vie ordinaire, au travail ordinaire. On pourrait dire que pour être un bon "handicapé", il faut désirer de ne plus l'être.

"Climat désertique, et plutôt Tibesti que Sahara : ignorance glaciaire de la part de la société plutôt qu'ensoleillement excessif, inexistence des personnes handicapées, honte de leur famille qui les cachait, ou les "plaçait" à l'hospice-mouroir de la région. Une enfant de douze ans cloîtrée dans un sixième étage urbain fut révélée au voisinage grâce aux tickets d'alimentation nécessaires, pendant la guerre, pour avoir à manger. Un gars de vingt ans, paraplégique par accident du travail, affolait ses parents, tous deux ouvriers et dans l'impossibilité de le soigner quand il sortirait de l'hôpital. "Te v'ia casé", lui dis sa mère avec soulagement en l'accompagnant à l'asile des "incurables", au milieu de vieillards agonisants et des jeunes idiots, pêle-mêle dans un dortoir de trente lits.

Des gens aisés, cultivés, encombrés d'un fils ou d'une fille IMC, n'imaginaient pas d'autres tenues à l'alternative que les suivants : ou l'expédier, à vie, au fond d'un couvent normand, ou le calfeutrer dans un réduit de leur logis. Ils se justifiaient en nous expliquant : "Si on le voyait, cela pourrait empêcher le mariage de ses frères et soeurs".

Il a fallu que la poliomyélite, la "paralysie infantile", qui jusque-là frappait les enfants, s'attaque aux adolescents, aux hommes pour que des adultes, un beau jour paralysés, découvrent le désarroi de l'entourage, l'impuissance des

10. Ibid.

11. Ibid.

grands maîtres de la médecine, la mise à l'écart irrémédiable - qu'imposait la société aux victimes du handicap physique. Pas d'école. Pas de métier. Pas de travail. Pas de loisirs. Au ban de la vie sociale : tel était le sort des infirmes il y a un demi siècle.

Il a fallu qu'à Lausanne un chirurgien précurseur de la "médecine physique" s'acharne à mobiliser bras et jambes chez les polios, I.M.C., arthritiques, etc..., les sortant de leur immobilisme moral et psychique. Les plus heureux se retrouvèrent chez lui en quête d'une guérison, et y prirent ensemble conscience du sort inique, stupide, qui les frappait. Line amicale, bientôt transformée en association 1901 jaillit du sursaut collectif de dignité qui leur fit décider de redevenir des hommes.

En 1939, lors de la déclaration de la guerre, nous étions plusieurs centaines, constituant un dynamique mouvement d'entraide. Les moyens restaient dérisoires (ni téléphone, ni voiture), mais nous savions pouvoir compter les uns sur les autres et ce n'est pas fréquent dans la vie. Plus nous découvrions de camarades malheureux, à commencer par ceux des hospices, de mères et de pères désespérés, plus nous étions résolus à les aider efficacement : un sympathisant de Marseille venait à ses frais à Saumur voir un architecte frappé de polio et lui offrait le matériel nécessaire à la reprise de son métier. Une Parisienne finançait intégralement le premier séjour de vacances organisé par l'APF à l'initiative d'une polio de Saint-Fargeau. Six années de bénévolat, d'imagination, d'initiative - répétons ce mot clé - ont dégagé par la connaissance progressive du champ d'opération, les grands axes de cette action : soins et appareillage, scolarité, formation professionnelle, conquête d'un poste de travail. Nous ne pensions pas encore au droit à une famille... Ce n'était pas le moment de rêver" (12).

---

12. Extraits de l'Article "A.P.F. hier, aujourd'hui, demain" : A. Trannoy et P. Boulmier, in Réadaptation, n° 315, décembre 1983, pp. 3-9.

## 2) La normalisation par l'inversion des signes.

La démarche normalisatrice engagée dans les années trente repose en fait sur une inversion des signes : contrairement à la logique régissant l'enfermement, celle déployée par la normalisation place l'individu au centre des techniques utilisées. Ainsi le volontarisme avancé par R. Buron pour qualifier le troisième âge et qui constitue "le ressort essentiel de la réintégration sociale du diminué physique" n'est autre que la participation active de l'individu à l'amélioration de son état comme le précise cet extrait :

"Tout cela pouvait s'extrapoler (les progrès de la chirurgie et de la chimie), et bien d'autres thérapeutiques, mais, ce qui n'était pas du domaine de l'extrapolation, mais du domaine de la prospective, c'était les progrès pratiques mis en oeuvre, au simple niveau organisationnel de la vie de l'infirmes et qui, reposant sur la participation active du malade à sa propre amélioration, permettraient sa réintégration sociale en stimulant et en mobilisant au maximum non pas les sciences, non pas les techniques, si admirables soient-elles, mais cette chose essentielle qui est la volonté de l'infirmes, la volonté de l'homme (...) Les progrès de la productivité, de la productivité de l'homme par rapport à la machine, nous les anticipions, non parce que Suzanne (...) dominait à l'époque la connaissance des sciences de l'homme : psychologie et biologie, mais parce qu'elle croyait aux possibilités presque sans limite de l'homme. Nous étions sûrs de nous et notre prospective, en 1929, qui a entraîné la création de la Ligue pour l'Adaptation du Diminué Physique au Travail, reposait avant tout sur notre confiance dans la lutte que l'homme, quel que soit son handicap physique au départ, serait capable de mener pour conquérir sa dignité (...) J'ai retrouvé des notes prises alors, et puis affirmer que nous n'avions pas attendu Mao Tsé Toung, Suzanne et Moi, en 1928, pour définir ce que devait être le volontarisme et que le volontarisme constituait la base essentielle de toute notre stratégie" (13).

---

13. R. Buron : ibid., p. 5.

Cette longue citation ne fait aucun doute sur la centralité de l'individu dans la lutte contre l'enfermement. C'est lui et lui seul qui a pouvoir de rompre avec cette "ségrégation psychologique" en luttant contre cette déresponsabilisation de soi-même, cet "immobilisme moral et physique" dans lequel se trouvaient confinés les informés. C'est son volontarisme, c'est-à-dire sa volonté de ne pas être soumis à un sort inique, sa volonté de pouvoir faire preuve de son aptitude à surmonter son sort afin de ne plus être au ban de la société qui est au principe de l'action entreprise en ces années trente par les associations de handicapés.

L'intérêt accordé au volontarisme rappelle sans doute que le travail de représentation dont se trouvent investis ces pères fondateurs a, entre autres, pour objet de montrer que les populations qu'ils représentent sont dignes d'intérêt. Mais il suggère également qu'il s'agit là d'une caractéristique centrale des personnes "handicapées". Au-delà de ces aptitudes, du type de ou du degré de déficience, de son origine, de ses possibilités d'acquérir les techniques lui permettant de faciliter son adaptation à l'environnement, son intégration sociale, le "handicapé" se caractérise par une volonté marquée de ne pas accepter son sort. N. Schild-Chipiloff, Vice-Présidente du CNIR, ne le représente-t-elle pas comme une personne entièrement dominée par sa volonté de dépasser son handicap, toute orientée vers l'intégration : *«Mais qu'est ce que le handicapé ? Sinon un homme à la sensibilité approfondie, à la volonté tendue de dépasser son handicap ?»* (14).

Les propos apologétiques tenus par certains élus lors des débats parlementaires relatifs à la loi d'orientation du 30 juin 1975 sont également révélateurs de l'importance que revêt le volonta-

risme dans le processus de définition du "handicapé".

*«Or, le handicapé ressent un profond besoin d'être utile, ne serait-ce que pour se prouver à lui-même qu'il est capable de surmonter son handicap et qu'il n'est pas une charge pour ses semblables. Je connais certains handicapés qui, à force de volonté et de courage, malgré des infirmités extrêmement importantes, réussissent à mener une vie quasi normale»* (15).

Sans ignorer la part de rhétorique qui la compose, cette citation est révélatrice de l'impact idéologique de cette organisation du discours autour du volontarisme. Ces propos suggèrent qu'indépendamment de la déficience, de son degré de gravité, de ses conséquences sur les aptitudes professionnelles, l'intégration des personnes dites handicapées repose sur leur volonté de ne pas se réfugier derrière leur sort, en d'autres termes sur leur aptitude morale à "dépasser leur handicap". Ce volontarisme constitue un nouveau support idéologique du traitement social de la déficience : ce sont les qualités morales qu'il suggère et qui font des "handicapés" qui justifient aux yeux de bien des élus les mesures de réadaptation ou, plus généralement, leur insertion.

*«Un ancien poliomyélitique fera, après une réadaptation fonctionnelle, un horloger de premier ordre et un aveugle deviendra un téléphoniste standardiste aussi expert que tout autre, car une volonté farouche, un moral "du tonnerre" comme disent nos jeunes écoliers, anime presque toujours les handicapés en compensant - et au-delà -*

14. N. Schild-Chipiloff : "R. Buron : témoignages", in *Réadaptation*, n° 300, mai 1983, p. 10.

15. Intervention de L. Richard lors de la discussion relative à la loi du 30 juin 1975, *J.O., déb., Ass. Nationale*, 1ère séance du 13 décembre 1974, p. 7841.

*l'handicap physique que peut avoir causé la maladie ou la blessure» (16).*

La démarche normalisatrice engagée dans les années trente repose donc sur une inversion des signes : contrairement à la logique régissant l'enfermement, celle déployée par la normalisation au centre des techniques utilisées. C'est désormais l'individu, et lui seul, qui détient les clés de son sort, de son intégration sociale. Les techniques de normalisation telles que la rééducation fonctionnelle, la réadaptation professionnelle, constituent sans doute une dimension fondamentale de l'approche normalisatrice, mais il ne s'agit là que de techniques qui, comme nous le verrons plus loin, sont soumises au volontarisme des personnes auxquelles elles s'adressent.

### 3) Le savoir être handicapé.

Au-delà de l'inculcation de savoir-faire, les techniques de normalisation procèdent de l'inculcation d'un savoir être. Réadapter le "handicapé" consiste à bâtir un pont entre santé et travail et, ainsi que le précise S. Fouché *«d'adapter l'homme au travail, d'adapter le travail à l'homme» (17).*

Si l'adaptation du travail à l'homme renvoie à des décisions politiques susceptibles de favoriser l'insertion professionnelle, l'adaptation de l'homme au travail participe moins d'une démarche technique visant l'acquisition de savoir-faire (formation scolaire et professionnelle) que d'une démarche morale centrée sur l'intériorisation des valeurs "inhérentes" à la qualité de handicapé.

Ainsi, *«permettre à l'homme de s'adapter au travail, c'est lui donner le*

*moyen d'accéder à cette indépendance, à cette réussite de sa vie auxquelles il aspire. Et je dirais d'abord : ne pas le laisser douter de lui-même et croire que la maladie doit réduire ses ambitions : elle les transpose mais ne les rabaisse pas. Qu'il sache qu'il doit avec sagesse intégrer sa déficience physique et la tenir en respect par un persévérant effort de prudence consenties. Car son corps est un noeud de relations, un médiateur pour la communication, c'est par lui qu'il rejoint les autres et son milieu de vie. La remise en état de son corps par la rééducation fonctionnelle peut souvent, à elle seule, permettre la reprise de l'emploi. S'il reste invalide, qu'il sache que la loi des compensations est la règle d'or et que c'est toutes ses valeurs intactes - d'esprit et de coeur - qu'il a personnellement la charge de développer» (18).*

Cette longue citation souligne à quel point le travail de normalisation poursuivi par la réadaptation repose sur l'acquisition de valeurs morales qui permettent à l'individu de s'adapter à sa déficience, à ses contraintes, et, plus généralement à ce que l'on pourrait appeler la qualité de handicapé. Le processus de normalisation, loin de reposer uniquement sur des techniques autorisant l'acquisition d'une autonomie concrète, s'appuie sur des techniques plaçant la relation qu'entretient l'individu vis-à-vis de sa déficience en leur centre et faisant largement appel à la psychologie. La prépondérance des facteurs psychologiques et leurs implications dans la définition de la qualité de handicapé transparait dans l'article de C. Chambet, médecin, inspecteur du travail, sur l'adaptation au handicap (19).

Considérant que l'adaptation au handicap constitue une dimension essentielle de l'acquisition d'une autonomie maxima susceptible de favoriser

---

16. Intervention de J. Villard lors de la discussion relative à la loi du 27 novembre 1957, *J.O., déb., Ass. Nationale*, séance du 10 octobre 1956, p. 4104.

17. S. Fouché : "Les objectifs de la réadaptation", *art. cité*, p. 10.

---

18. *Ibid.*

19. C. Chambet : "Adaptation au handicap", in *Réadaptation*, n° 289, avril 1982, pp. 13-15.

l'insertion des personnes "handicapées", l'auteur dégage, à la suite d'une analyse menée par un psychosociologue, trois types de réactions qui influent directement sur les possibilités de rééducation et de réadaptation "concrètes".

La première réaction est caractérisée par le "refus du handicap". La refus de la personne de se voir et s'assumer vis-à-vis de sa déficience engendre une situation conflictuelle au niveau intrapsychique qui favorise le développement de comportements d'agressivité, de blocage ou de régression affective. L'attente d'un traitement nouveau, voire d'une opération, modifiant ce handicap qu'elle est dans l'impossibilité d'accepter, alors même qu'il n'existe aucun espoir justifiant une telle démarche, conforte chez cette personne ce refus du handicap. L'auteur caractérise cette réaction comme étant à l'opposé de l'adaptation et rend les possibilités de rééducation extrêmement limitées;

Contrairement à l'attitude de refus, "l'accommodation résignée" se spécifie par une certaine acceptation du handicap, quoique de manière restrictive. La limitation des activités fonctionnelles s'accompagne d'une réduction du champ existentiel, d'un affaiblissement du tonus mental et du potentiel volontaire. L'attente de l'individu est plus orientée vers l'adaptation du milieu à sa personne que son adaptation au milieu extérieur. Ce faisant, les relations sociales sont souvent réduites et tendent à se limiter à celles s'instaurant dans des milieux protégés regroupant le même type de déficience. L'auteur attribue à cette réaction une faible motivation vis-à-vis de la rééducation fonctionnelle et une volonté d'apprentissage se cantonnant à l'apprentissage de techniques destinées à faciliter l'existence en milieu protégé. Cette attitude ne renvoie pas à un véritable désir d'autonomie et d'intégration.

Le troisième type d'attitude est "l'acceptation dynamique". Elle se distingue de la réaction de refus par le fait

qu'elles se caractérise par une acceptation réaliste du handicap. La volonté de dépasser son handicap la démarque de la seconde réaction citée plus haut : l'individu n'intègre pas uniquement son handicap dans une perspective restrictive, mais en fonction d'un dynamisme personnel et expansif. Il s'agit là de personnes désireuses d'être intégrées dans la société et manifestant un désir de progression personnelle et de promotion sociale. Cette attitude est optimale pour l'acquisition d'une autonomie puisque sous-tendue par une très forte motivation réunissant ainsi toutes les conditions favorisant "l'adaptation au handicap".

Sans pour autant considérer l'adaptation au handicap comme un processus unilatéral (puisqu'il précise qu'il s'agit d'une notion qui implique tant la personne "handicapée" que ceux au milieu desquels elle aspire à trouver sa place), l'auteur n'en souligne pas moins le rôle central qu'y joue l'individu. L'aptitude à surmonter les conséquences psychologiques de la déficience est au centre du processus de réadaptation : en conditionnant la réussite des techniques de normalisation "concrètes" (rééducation fonctionnelle, réadaptation professionnelle, etc...), elle est l'expression des qualités morales de l'individu, c'est-à-dire de sa volonté à s'intégrer dans la société, à adhérer à la démarche normalisatrice. Les effets de la normalisation que suggère cette approche dépassent donc le simple cadre des dimensions techniques pour intégrer la dimension psychologique : le travail de normalisation doit s'étendre à la personnalité du "handicapé", se doit de procéder à un travail de normalisation de l'individu à travers l'inculcation d'un savoir-être.

Vouloir compenser, par le biais de la réadaptation, la déficience physique dont est atteint l'individu par une plus grande valeur professionnelle et hu-

maine (20), procède d'une démarche toute orientée vers l'accès à "l'acceptation dynamique de son handicap", et essentiellement organisée autour de la personnalité de l'individu. Ainsi que le précise S. Fouché dans l'article cité ci-après, il importe d'amener la personne à découvrir "les valeurs foncières nées de l'épreuve physique", de lui faire "prendre conscience de son aspiration à faire mieux et plus qu'avant" afin de lutter contre le sentiment d'infériorité. Il convient également de lui "suggérer" les attitudes adaptées à sa déficience, aux aptitudes que procure la rééducation fonctionnelle et de veiller à ce quelle ne fasse pas preuve de modestie déplacée la confinant dans une vision restrictive du choix des possibles, mais qu'elle soit animée du désir de se surpasser et d'être membre à part entière de la société.

Entièrement structurée autour de la personnalité, de l'acquisition de valeurs morales, le travail de normalisation décrit par S. Fouché rappelle sans doute que l'attitude des normaux vis-à-vis des stigmatisés est ambiguë puisque la tolérance procède d'un marché soumettant le stigmatisé à l'apprentissage d'un savoir-être alliant soumission à un système de domination et négation de la différence ; l'article de S. Fouché montre également que le processus de normalisation n'est concevable qu'à travers l'acquisition d'un savoir-être qu'il importe d'inculquer à la personne déficiente et que l'action de réadaptation participe tant d'une démarche morale que technique.

A la lumière de cette analyse il apparaît donc que, loin d'être un simple fondement idéologique, l'individu est la clef de voûte de la démarche normalisatrice. Les techniques de normalisation auxquelles elle se réfère situent la personnalité de l'individu en leur centre, puissent leur efficace dans l'inculcation d'un

savoir-être. Ce dernier s'inscrit sans doute dans ce processus de socialisation destiné à amener la personne à intérioriser les règles qui régissent "l'acceptation fantôme" et qui préside à la tolérance des "normaux" vis-à-vis des stigmatisés et, ce faisant à intérioriser la position qu'elle occupe dans l'espace social. Mais la centralité de ce savoir-être est aussi, et peut-être surtout, révélatrice du travail de moralisation et normalisation de l'individu sous-jacent à la démarche réadaptive qui, sous le couvert thérapeutique d'une lutte contre les conséquences psychologiques de la déficience, a pour objet de l'orienter vers "l'acceptation dynamique de son handicap", c'est-à-dire vers l'acceptation de son "rôle de handicapé" où prédomine la nécessité de faire preuve de sa volonté d'intégration et de s'en donner les moyens.

Est-il passif, découragé, sans espoir et cela peut être dû :

A une intelligence en friche,  
A une capitulation psychique incriminant le manque de chance, la persécution,  
A une famille surprotégée, étouffante, dans le fond même complexée,  
A l'inverse, aux abandons dans l'anonymat des hospices, même dorés.

Mais aussi :

A une scolarité irrégulière par le fait de l'impotence et des hospitalisations,  
A la mise au travail sans orientation valable, et à l'échec dans l'emploi inadapté.

De ces mêmes causes, une attitude inverse peut naître : celle de la révolte.

Plus vigoureux, l'homme incrimine l'injustice du sort, les structures sociales, il veut secouer le joug. Il revendique son droit à la vie. Si son abord est difficile, il y a en lui une puissance de réaction qui est une valeur fondamentale. A nous de canaliser le torrent pour l'empêcher de dévaster ce qu'il peut féconder.

**L'HOMME QUI S'ADRESSE A NOUS VEUT TRAVAILLER**

En fait, et c'est là notre chance, l'homme qui s'adresse à vous veut travailler et c'est une mo-

---

20. S. Fouché : "Psychologie des handicapés et insertion professionnelle", in Réadaptation, n° 177, janvier 1973, p. 13. Les termes entre guillemets sont ceux utilisés par l'auteur.



tivation positive que nous devons lui faire apprécier comme telle. Il veut gagner sa vie plus ou moins consciemment : donner sa mesure, rentrer de plein pied dans les rangs des travailleurs.

A nous maintenant d'entrer dans le jeu et de rechercher la meilleure voie qui doit conduire à l'indépendance économique et, par là, à l'estime de soi et des autres. Et d'abord, laissons-le exprimer ses désirs, voire ses rêves, même irréalistes.

Orientons-les vers la découverte des valeurs foncières nées de l'épreuve physique : patience, endurance, sens de la relativité des valeurs, compréhension des difficultés et des souffrances des autres.

Qu'il se sache enrichi, même si le prix en fut très lourd ; qu'il prenne conscience de son aspiration à faire mieux et plus qu'avant et le sentiment d'infériorité qui menace toujours s'en trouvera sapé à la base.

En toute objectivité, il est temps alors de faire le point :

Le secret partagé nous permet d'en savoir assez sur le handicap pour connaître ses exigences de prudence et les possibilités qu'il laisse : suivant qu'il est définitif ou temporaire, évolutif ou stabilisé, suivant que tout a été mis en oeuvre pour une récupération physique maxima (rééducation fonctionnelle et appareillage), nous aurons à suggérer l'acceptation clairvoyante des précautions ou la libération des contraintes.

Avec l'intéressé, nous chercherons le mode de vie qui convient à ses goûts et à ses possibilités : sédentarité, emploi assorti du logement, possibilités de déplacements, accès à l'habitat et au poste de travail.

Trop jeune ou déjà chargé de famille, devons-nous à tout prix préserver son cadre de vie ou peut-il et veut-il se déraciner, serait-ce pour fuir les témoins de son accident ?

A-t-il bien profité des possibilités que lui offrait la législation sur le reclassement professionnel ?

Sait-il qu'il pouvait apprendre rapidement un métier, en touchant un salaire ?

Il n'est pas trop tard pour le persuader de faire cet effort qui valoriserait son avenir.

Mais s'il avait un bon métier, et qui lui convienne, dissuadons-le de renoncer à ce capital de connaissances et d'habitudes qu'il représente. Essayons au moins de le maintenir dans sa famille professionnelle. Les agents du

bâtiment aiment à rester du bâtiment même comme comptables ou magasiniers. L'accidenté du travail en veut parfois à la machine qui l'a blessé et dont en fait il a peur. Il faudrait tenter de le réapprivoiser prudemment à une tâche qui lui convenait par un réentraînement au travail solidement soutenu.

Prenons garde en tous cas de ne pas proposer à l'homme de réduire ses ambitions à une petite "planque" bien tranquille qui ne réclamerait de lui aucun effort. Même si nous jugeons devoir être modestes, il faut qu'il sente l'estime que nous lui portons, l'espoir que nous mettons en son avenir, que nous lui proposons le maximum du possible actuellement accessible et que nous le poussions à un désir de se dépasser par une formation continue qui peut l'amener au surclassement.

Compenser sa déficience physique par une plus grande valeur professionnelle et humaine, c'est l'objectif que nous devons mettre devant son regard, comme but à atteindre, auquel nous croyons pour lui.

Et j'emprunte à Victor Frankl, le chef de la troisième école de Vienne après Freud et Adler, une pensée qui peut être ma conclusion : *«Ce n'est pas l'homo faber - l'homme de la réussite - qu'il nous faut aider à s'accomplir mais l'homo patiens qui peut s'accomplir dans l'échec ; non celui qui fuit ou accepte la souffrance, mais celui qui, par son attitude en face de la souffrance, sait lui trouver un sens et se libère en devenant responsable»*. (21).

#### **4) Etre handicapé pour ne pas être infirme.**

On mesure donc l'évolution qui a parcouru le traitement social de la déficience ces dernières décennies à travers l'institutionnalisation des techniques de normalisation. Trouvant sa légitimité dans le champ médical, le handicap se voit attribué une signification sociale comparable à celle entourant la maladie : comme pour cette dernière on considère (grâce au travail d'objectivation des causes de déficience qu'ont autorisé les progrès médicaux)

---

21. S. Fouché : "Psychologie des handicapés et insertion professionnelle", in *Réadaptation*, n° 177, février 1971, p. 13.

que l'affection ne dépend pas d'un choix fait délibérément, et qu'elle est pour l'essentiel involontaire et non motivée. De toute sanction économique ou physique apparaît dès lors inappropriée. Bien que la notion de handicap semble bien fonctionner de manière à décourager les réactions punitives, elle ne décourage pas pour autant, à l'inverse de la maladie, les réactions qui condamnent. Si cette condamnation s'organise moins autour de l'individu (puisque la personne est plus volontiers traitée avec "sympathie" que punie), il n'en reste pas moins que l'on attend du "handicapé" qu'il mette tout en oeuvre pour atténuer les conséquences physiques et sociales de sa déficience ; en d'autres termes d'acquiescer, autant que faire se peut, les signes de la normalité. En somme, la substitution de la démarche normalisatrice à l'enfermement s'est accompagnée d'un déplacement du référent autour duquel se structure la signification sociale du handicap : celle-ci ne repose plus tant sur la cause que sur la personne dite handicapée vis-à-vis des techniques de normalisation.

L'organisation de la démarche normalisatrice autour des qualités morales des populations considérées et l'importance accordée aux facteurs psychologiques en constituent une dimension essentielle. Le recours à la psychologie, loin d'être uniquement révélateur d'un travail de moralisation et de normalisation ou significatif d'une emprise symbolique s'exerçant à partir d'une situation de manipulation et de réorientation continue des aspirations, des besoins et des attitudes <sup>(22)</sup>, procède d'un mécanisme qui renvoie à l'individu les conditions de son exclusion et masque de la sorte les conditions sociales et politiques qui président à la situation d'exclusion que rencontrent les personnes "handicapées".

---

22. C. de Montlibert : "Le contrôle de la vie privée", éd. Delval, 1988, Cousset (Fribourg), Suisse.

L'analyse d'articles publiés par la revue *Réadaptation*, au sein desquels sont abordés les facteurs conditionnant l'échec du processus de réadaptation et, plus généralement celui de l'insertion est significative à cet égard (23).

Principaux facteurs d'échecs des techniques de normalisation et conditionnant l'absence d'intégration des "handicapés", cités dans la revue *"Réadaptation"* :

Facteurs	%
Individu	96,0
Environnement sociétal	64,0
Environnement familial	54,0
Insuffisances du dispositif de prise en charge	52,0
Déficience	48,0

Si la proportion d'articles insistant sur la part de responsabilité accordée à l'individu souligne d'ores et déjà la primauté de ce facteur, il importe d'analyser plus finement les raisons invoquées.

Les articles qui renvoient à la déficience invoquent le plus souvent son degré de gravité ou encore son degré d'évolutivité, voire le type d'affection (mentale, sensorielle ou physique) selon le type d'affection abordé.

#### **Les insuffisances du dispositif de prise en charge :**

Ceux qui insistent sur l'environnement sociétal mettent le plus souvent l'accent sur les insuffisances des modes de prise

---

23. Cette analyse repose sur 50 articles publiés par la revue *Réadaptation* entre 1972 et 1984. Le choix des articles s'est structuré autour de l'évocation des conditions contribuant à l'échec des techniques de normalisation dans le processus de normalisation. Le lecteur trouvera une présentation détaillée de la démarche méthodologique dans le volume 2 de la thèse dont est extrait cet article.

en charge. Ces insuffisances peuvent être distinguées selon trois thématiques : le manque de moyens financiers et techniques, les pratiques de certains membres du corps médical et l'inadéquation des logiques régissant les modes de prise en charge.

Les critiques dirigées vers le corps médical s'adressent majoritairement aux médecins traitants. Elles stigmatisent notamment les effets engendrés par la méconnaissance des nécessités de la démarche normalisatrice : *«Quant au médecin traitant, dans l'immense majorité des cas, toujours tenu au courant, il comprend notre démarche et y participe activement. Certains, peut-être 10%, hélas sont désarmants, sans doute plus par ignorance que par malice. Les médecins les plus redoutables nous paraissent être ceux dont l'attitude, et quelquefois simplement le langage, amènent un blessé à penser qu'il a été dupé par la sécurisation apportée au Centre, que celle-ci a pu de notre part être un rejet ou un mépris de la gravité de son accident. Lorsque nous les avons relevés, ces types d'interventions négatives ont toujours été au point de départ des réactions sinistrosiques tenaces»* <sup><24></sup>.

L'adoption de pratiques centrées sur l'affection, son degré de gravité sont perçues par les agents du champ de la réadaptation comme autant de pratiques antinomiques au volontarisme nécessaire à la démarche normalisatrice parce que source de démoralisation.

Si l'incrimination du manque de moyens techniques et financiers renvoie à la dimension politique du traitement social de la déficience, il est d'autres critiques, plus spécifiques, qui stigmatisent l'inadéquation entre les logiques politiques qui président à la prise en charge des populations considérées et les nécessités des techniques de normalisa-

tion. Un quart des articles traitant des insuffisances des modes de prise en charge insistent sur l'opposition entre l'attribution d'allocations assurant un minimum de ressources aux "handicapés" et les exigences de la réadaptation : *«En quoi doit consister la politique nécessaire à mettre en oeuvre en faveur des personnes handicapées ? Tout d'abord démarginaliser le groupe social des handicapés en ayant à son endroit une autre démarche que celle qui consiste à augmenter les allocations d'assistance. Non que nous soyons contre les principes de l'aide aux personnes en difficultés, mais il convient que cette aide n'induisse pas des comportements psychologiques de leur part, qui les conduiraient à s'enfermer dans une attitude d'assistés. L'assistance, l'aide, doivent être stimulatrices, incitatrices à la recherche d'une autonomie sociale et professionnelle. Elle doit avoir pour conséquence la mobilisation des énergies, même si celles-ci sont parfois réduites»* <sup>(25)</sup>.

Comme précédemment l'argumentaire qui fonde l'opposition qui distingue la logique politique mise en oeuvre de la logique réadaptive repose sur la prééminence de la dimension psychologique et la nécessité de maintenir en éveil la volonté d'acquiescer les signes de normalité.

Quoique stigmatisant les insuffisances du dispositif de prise en charge, ces critiques s'organisent pour l'essentiel autour des facteurs psychologiques. En dénonçant les pratiques de certains médecins traitants et en insistant sur l'opposition entre la logique politique et la logique réadaptive, les auteurs accordent aux pratiques plaçant la déficience et ses séquelles en leur centre des vertus démoralisantes qui vont à l'encontre de la nécessité de voir le handicapé s'attacher à tout mettre en oeuvre pour s'insérer dans son environnement.

24. E. Richer, J. Ricaud : "Résultats de la réadaptation des traumatisés crâniens", in Réadaptation, n° 199, avril 1973, p. 31.

25. J.L. Louvière : "Assistance ou intégration", in Réadaptation, n° 300, mai 1983, p. 13.

### L'environnement familial :

Aux insuffisances des modes de prise en charge s'ajoute un autre facteur, l'environnement familial : 54% des articles imputent à la famille une part de responsabilité dans les difficultés que rencontrent les personnes "handicapées" à s'adapter à leur situation et à s'intégrer dans leur environnement. Comme le précise cet auteur, quoique plurifactorielles, les causes d'échecs résident essentiellement dans le manque d'adhésion des familles face aux exigences des techniques de normalisation : *«CAUSES DÉCHECS : Il apparaît que la plus importante est la famille ; de son attitude va découler la bonne ou mauvaise adaptation de l'adolescent à son nouveau mode de vie (...) Tout placement entrepris alors que les parents laissent sous-entendre un désaccord, est voué à un échec, même s'il correspond aux aspirations du jeune. L'influence de la famille est prépondérante ; si elle n'attache pas d'importance aux "performances" du jeune travailleur, l'intérêt de ce dernier va rapidement décroître. Si elle estime que le placement proposé ne correspond pas aux possibilités de l'enfant, son insatisfaction, son mécontentement rejaillira sur lui ; le jeune finira par trouver son travail ingrat, le salaire insuffisant et désirera une meilleure promotion (...) Dans les échecs d'autres facteurs interviennent mais dans un pourcentage beaucoup plus faible» (26).*

Le volontarisme est à nouveau au centre des relations qu'entretiennent les familles et les agents chargés de la prise en charge des "handicapés". L'opposition des familles, leur différence... sont autant de facteurs qui rejaillissent sur la personne prise en charge et remettent en cause son adhésion aux processus de normalisation entrepris. Si les attitudes de surprotection et de rejet

sont le plus souvent invoqués pour interpréter ces résistances, il est d'autres facteurs mis en avant qui insistent plus particulièrement sur les propriétés sociales, mais surtout psychologiques des familles.

Principaux facteurs explicatifs du rejet de l'entourage familial, cités dans la revue "Réadaptation" :

Facteurs explicatifs	effectifs en %
Surprotection	64,3
Personnalité d'un ou des membres de la famille	50,0
Rejet	42,8
Origine socio-culturelle	35,7
Environnement familial défavorable	21,4

Au-delà des facteurs liés au particularités sociales des familles, notamment l'existence d'un climat familial détérioré par suite de divorce, l'appartenance à un milieu social se singularisant par un manque d'ambition pour les enfants ou les parents déficients, le désintérêt face à la démarche de normalisation, les critères explicatifs avancés à propos des résistances des familles trouvent leur fondement dans la personnalité des parents.

Ainsi le Dr E. Raverdy-Nozal précise-t-il à propos de l'acceptation du handicap que *«les familles qui arrivent à une acceptation complète de leur enfant et de son anomalie sont parmi celles où les personnalités antérieures étaient so-*

26. Equipe de l'ARERAM : "L'insertion professionnelle des jeunes du centre d'entraînement au travail de l'ARERAM à St Maur", in Réadaptation, n° 163, sept-oct. 1969, p. 34.

*lides» (27) ; le Dr T.W. Harding admet, quant à lui, que l'acceptation du handicap, l'aptitude à surmonter les difficultés que posent la survenance d'une déficience, dépendent du degré "d'immunisation psychologique" dont disposent les parents : «les familles qui se sont montrées capables, par le passé de surmonter des épreuves graves telles que deuils, maladies sérieuses, séparations, graves problèmes d'argent ou d'autres agressions psycho-sociales sévères semblent mieux armées pour affronter les problèmes posés par le handicap. Tout se passe comme s'il existait un processus d'immunisation psychologique" faisant que les mécanismes de défense créés lors de la situation agressogène restent disponibles quand survient la nouvelle crise» (28).*

Loin d'être uniquement soumise à un travail d'information, d'explication des médecins, des travailleurs sociaux, etc..., l'acceptation du handicap, la prédisposition à la collaboration qui est demandée aux familles repose sur les particularités psychologiques des familles. Les attitudes de rejet ou, à l'inverse de surprotection, si souvent invoquées pour caractériser les résistances opposées par les familles ne sont pas uniquement interprétées en tant que résultante du refus du handicap, mais également comme l'expression d'un manque de maturité psychologique, d'une personnalité fragile.

La personnalité des parents des personnes "handicapées" est également au centre des facteurs explicatifs avancés pour justifier de l'échec de certaines tentatives de réadaptation. Les critères retenus par E. Richer et J. Richard dans leur étude sur la réadaptation des trau-

*matisés crâniens pour caractériser les membres de l'entourage familial sont significatifs à cet égard : «M. Go... âgé de soixante ans, déjà victime d'un traumatisme crânien auparavant (...) présente un état anxieux très vif centré sur un syndrome labyrinthique post-traumatique authentique. Ce blessé insatisfait de son travail et qui présente déjà des tendances dépressives évolue vers un syndrome subjectif post-traumatique avec la complicité de sa femme également anxieuse et revendicatrice. M. Conn... âgé de dix-sept ans, a été opéré d'un hématome extra-dural sans gravité. Malgré tous nos efforts, son père, soutenu par le médecin traitant, développe à la place de son fils un comportement sinistrosique et revendicateur que le garçon suit passivement» (29).*

La part de responsabilité qui incombe aux familles est exprimée selon des considérations psychologiques qui incriminent la personnalité de l'individu. L'anxiété, le comportement sinistrosique sont autant d'attitudes contraires aux exigences de la démarche normalisatrice et révélatrice d'une personnalité fragile rendant toute acceptation du handicap difficile, voire impossible. Les difficultés psychologiques que rencontrent les personnes à leur sortie du centre de réadaptation (difficultés d'ailleurs interprétées comme étant l'expression de l'échec de l'entreprise de réadaptation) trouvent leur fondement dans les carences psychologiques de leur entourage familial. Comme le précisent les auteurs de l'article, il s'agit là de personnes "victimes de leur entourage" (30).

Comme précédemment, les critères psychologiques constituent le fil directeur du discours sur les familles et la part de responsabilité qui leur incombe dans les difficultés d'insertion que rencontrent les personnes dites handica-

---

27. E. Raverdy-Nozal : "La naissance d'un enfant malformé des membres", in Réadaptation, n° 196, janvier 1973, p. 8.

28. T.W. Harding : "Les affections viscérales et les aides à la survie : aspects psychologiques", in Réadaptation, n° 238, mars 1977, p. 31.

---

29. E. Richer, J. Ricaud : art. cité, p. 31.

30. Ibid.

pées. En reposant sur les carences psychologiques des familles, l'appréciation des facteurs d'échec à l'intégration place la responsabilité des populations prises en charge au centre de l'approche entourant la problématique de l'insertion des personnes "handicapées".

### La personne handicapée :

L'analyse des facteurs considérant le rôle joué par les populations concernées dans l'échec du processus de normalisation conforte cette hypothèse : la quasi-totalité des articles retenus leur imputent en effet une part de responsabilité (Cf; tableau ci-après). Si l'on excepte ceux liés au manque de formation, la plupart des facteurs invoqués s'organisent autour des résistances qu'opposent les "handicapés" aux exigences de la démarche entreprise.

Ainsi, le problème de l'âge à l'apparition de la déficience, soulevé par 13% des articles, se comprend-il surtout en rapport aux attitudes des individus vis-à-vis de leur environnement. Les critères retenus par l'étude sur la scolarité des para- et tétraplégiques admis dans un Institut d'Education Motrice et scolarisés en milieu normal pour interpréter les effets de l'âge à l'apparition de la déficience nous paraissent éloquentes lorsqu'ils privilégient des aspects insistant en premier lieu sur les propriétés morales des individus et les comportements qui en découlent.

*«D'une manière générale, lorsque le handicap apparaît précocement, la durée du séjour en établissement est importante, et les répercussions sur l'épanouissement de la personnalité plus sensibles à l'adolescence. Les critères : opposition, révolte face à l'adulte, passivité par rapport à une prise en charge personnelle, immaturité, difficultés d'adaptation sociale (...) Parallèlement, les difficultés scolaires rencontrées à l'adolescence sont liés à*

*la précocité du handicap. Les enseignants observent un manque d'habitude au travail, des niveaux non homogènes et insuffisants, une absence de combativité» (1)*

Principaux facteurs d'échecs à l'intégration trouvant leur fondement dans la personne handicapée, cités dans la revue "Réadaptation" :

Facteurs retenus	effectifs des articles en %
Fragilité de la personnalité	60,9
Absence d'adaptation au handicap	39,1
Comportement sinistrosique	39,1
Passivité - Révolte	30,7
Manque de formation	21,7
Absence de motivation	21,7
Manque d'ambition	17,4
Ethylisme chronique	17,4
Age à l'apparition de la déficience	13,0

Opposition, révolte, passivité envers le processus d'adaptation, manque d'habitude au travail... autant de facteurs qui inscrivent la problématique de l'insérabilité au niveau des populations prises en charge, donc des "handicapés".

Ces critères ne sont en fait que l'expression de l'importance accordée aux carences morales dans l'appréciation des facteurs d'échecs. Le manque d'ambition, de motivation,

1. R. Dartois, P. Ebrard, F. Combet, D. Dartois : "La scolarité des para- et tétraplégiques en milieu normal au niveau des études secondaires", in *Réadaptation*, n° 291, juin 1982, pp. 19-20.

l'éthylisme chronique, les comportements sinistrosiques sont autant d'arguments mis en avant par les auteurs des articles (comme l'indique le tableau ci-dessus) qui stigmatisent des carences morales qui font obstacles à l'intégration parce qu'opposées aux présumés qui régissent la prise en charge.

Les propos incriminant les comportements sinistrosiques sont assez significatifs à cet égard. La propension à préférer les rentes ou les allocations aux possibilités de réadaptation offertes est interprétée comme un facteur d'aggravation du handicap des personnes prises en charge. Elle est également perçue comme un manquement aux règles qui régissent la légitimité de la prise en charge. Si C. Hamonet se limite à constater que le «*désir de réparation peut être un véritable obstacle à la guérison chez certaines victimes d'accidents du travail*» (1), A. Trannoy est nettement plus virulent dans la condamnation de telles attitudes lorsqu'il déclare que : «*On voit maintenant parmi les jeunes handicapés, handicapés congénitaux notamment (et moins chez ceux qui sont devenus handicapés étant adultes) certains se dire : "Pourquoi se casser la tête à travailler ? On peut peut-être vivre sans travailler". Dans les statistiques que je me suis procurées, nous constatons qu'en gros 75% des jeunes qui sortent de nos centres travaillent ; 10% nous échappent, on ne sait ce qu'ils sont devenus ; et 15% sont chômeurs. Mais s'ils sont chômeurs c'est qu'ils le veulent bien. Ils préfèrent se débrouiller avec l'Aide Sociale, au besoin commencer à travailler un petit peu pour avoir la Sécurité Sociale, pour avoir droit en temps utile à une pension d'invalidité et faire un peu de travail au noir, etc... Ils vivent avec la mentalité que l'on avait déplorée autrefois chez les mutilés de guerre : "Maintenant ça va, je suis pensionné et je vais vivre bien tranquillement". On constate un renouveau de cette*

*"pensionnité" en opposition avec la monotonie, à l'ennui engendré par certains travaux et surtout en harmonie avec l'idée que l'intégration ne passe pas nécessairement par le travail, au contraire de ce qu'on pensait voici quinze ou vingt ans. Position fort périlleuse car on tombe vite dans l'esprit d'"assisté", de parasite, contraire à la dignité humaine pour laquelle nous nous battons» (1<sup>2</sup>).*

Bien qu'énoncés avant la crise économique, ces propos sont révélateurs de la dimension morale qui préside à la stigmatisation des comportements sinistrosiques. Privilégier la composante pécuniaire de la prise en charge est condamnable parce que contraire aux fondements moraux qui fondent la démarche normalisatrice. Cette pratique consiste en effet à mettre en avant son incapacité, à s'identifier à sa déficience ; en d'autres termes à se référer aux caractéristiques qui font de la personne déficiente un infirme et non un "handicapé". Se réfugier dans la déficience, adopter les signes extérieurs de l'infirmité ne sont pas uniquement des attitudes archaïques, mais illustrent également, aux yeux des agents intervenant dans le champ de la réadaptation, une prédisposition à s'exclure de la société, à s'installer dans un état qui, quoique irréductible par certains points et reconnu par la société, n'en reste pas moins anormal. S'installer dans la "sinistrose", c'est s'installer dans un rôle de "victime", refuser de s'en sortir et se rendre réellement inapte à toute inactivité (3).

Parallèlement aux obstacles liés aux carences morales des populations prises en charge, les auteurs des articles analysés insistent sur l'influence des éléments d'ordre psychologique. Ainsi,

1. C. Hamonet : "Existe-t-il des handicapés légers" , art. cité.

2. A. Trannoy : "Table ronde sur l'emploi des travailleurs handicapés", in Réadaptation, n° 194, nov. 1972, p. 8.

3. P. Surville : "Le rôle du service social en réadaptation", in Réadaptation, n° 199, avril 1973, p. 28.

L. Lefevre définit-il les causes de retards et d'échecs scolaires chez les handicapés physiques à partir des causes à dominante intellectuelle (définies en fonction des déficiences intellectuelles qui accompagnent la déficience physique et des troubles de maturation intellectuelles) et celles à dominantes caractérielles, affectives et relationnelles. Visant à l'appréciation des facteurs d'instabilité préjudiciables au travail scolaire et responsables de lacunes partielles dans la fixation des connaissances, ces dernières sont composées de facteurs à dominante exogène et relationnelle (séparation précoce de la mère, surprotection magistrale ou parentale, rejet, etc...), de facteurs à dominante biologique (fatigabilité et carences d'attention consécutives) et, enfin, d'éléments directement liés à la personnalité de l'individu, notamment : *«l'émotivité (...), la grande influençabilité, la dispersion d'esprit, les crises d'irascibilité temporaires ou durables, l'introversion, le choc psychophysologique qui provoque souvent des réactions de frustration même si elles sont masquées par une bonne humeur apparente. A cela s'ajoutent souvent des manifestations d'introversion, une sentimentalité excessive, avec des préoccupations sexuelles cachées. Tout cela provoque un manque de soin, une cyclothymie apparente ou réelle dans le comportement qui se traduisent par une grande irrégularité des résultats scolaires»* (4).

Facteurs explicatifs des échecs et retards scolaires, les facteurs d'ordre psychologiques fournissent également les éléments d'interprétation de certains comportements, en particulier ceux liés à l'inaptitude à s'adapter à son handicap et ceux renvoyant aux résistances opposées par les populations considérées aux exigences de la démarche normalisatrice.

C. Chambet souligne dans son article sur l'adaptation au handicap déjà cité que *«certains échecs de l'insertion en milieu ordinaire sont indiscutablement liés à ce que la personne n'est pas psychologiquement prête à cet effort, qu'elle est encore au stade du refus du handicap, ou même celui d'une accommodation résignée...»* (5). Ces propos rejoignent ceux de C. Hamonet lorsqu'il incrimine la "fixation" qu'opèrent certaines personnes sur un trouble fonctionnel mineur en tant que facteur d'aggravation des situations de handicap auxquelles sont confrontées les "handicapés".

E. Richer et J. Ricaud associent, quant à eux, cette "fixation" sur la déficience et les attitudes revendicatrices de certaines personnes qui ont été à l'origine de l'échec du processus de normalisation mis en oeuvre à des troubles psychopathologiques :

*«M. Bel..., âgé de trente-cinq ans, est un paranoïaque connu très actif dans les milieux syndicaux. Dès son arrivée, il considère notre travail comme une "entreprise de récupération des travailleurs". Présence de séquelles cochléo-vestibulaires droites importantes, lésions stomatologique, baisse de l'acuité visuelle, une lésion de l'épaule. Il est bien décidé à faire payer à la société l'état misérable où son traitement l'a réduit. Ce blessé, dangereux pour le groupe, n'aurait jamais dû être admis dans le centre.*

*M. Bou..., âgé de vingt-neuf ans est un éthylique solitaire travaillant irrégulièrement coupé de tout lien familial. Son accident est vécu comme un échec supplémentaire qui ne peut qu'accélérer une déchéance déjà consentie. Il s'agit d'une névrose grave qu'on ne saurait aborder utilement dans le cadre du Centre.*

*M. Del..., présente une histoire comparable, personnalité névrotique ancienne avec inadaptation professionnelle complète. Ce blessé se fixe sur les séquelles esthétiques importantes liées à une dis-*

4. L. Lefèvre : "Retards et échecs scolaires chez les handicapés physiques", in Réadaptation, n° 197, février 1973, p. 11.

5. C. Chambet, déjà cité.



*jonction crânio-faciale. Malgré un séjour de trois mois et demi, la situation n'évolue pas» (6).*

Les schèmes d'interprétation mis en oeuvre pour expliquer les résistances des populations prises en charge ou les difficultés qu'elles rencontrent à s'adapter à leur environnement, s'appuient en dernière analyse sur des facteurs d'ordre psychologiques. Les attitudes revendicatrices ou de passivité sont interprétées comme des indicateurs d'une immaturité psychologique, d'une personnalité fragile, voire de troubles psychopathologiques. Le refus de conquérir ou de reconquérir un rôle confèrent à la personne "handicapée" un statut au sein de la société est perçu comme le symptôme d'une décompensation névrotique. Cette psychologisation de l'échec inscrit de ce fait l'analyse des obstacles à l'intégration des populations considérées autour de la personnalité même du sujet, sa prédisposition à accepter et à intérioriser les conditions faisant de lui un "handicapé" et non un informé. En d'autres termes, son aptitude à mettre en arrière plan toute considération renvoyant à la déficience pour ne privilégier que celle qui l'amène à "s'adapter", se "situer", "s'autonomiser".

L'examen des facteurs entravant l'insertion des personnes dites handicapées mis en avant par les tenants des techniques de normalisation montre que les schèmes d'interprétation s'organisent principalement autour de critères qui reposent sur l'état d'esprit nécessaire à "l'acceptation dynamique du handicap". Les critiques dirigées à l'encontre de certains membres du corps médical ou de logiques politiques qui président à l'attribution d'allocations ou d'aides s'appuient essentiellement sur les vertus "démoralisantes" de pratiques insistant sur la déficience et ses séquelles au détriment des aptitudes restantes ; le manque d'adhésion de l'entourage, les attitudes de rejet ou de surprotection,

sont autant d'attitudes contraires aux exigences du processus de normalisation parce que mettant en avant la déficience. C'est le refus ou l'incapacité à assumer le "rôle de handicapé", à se diriger "l'acceptation dynamique du handicap", où le refus de l'inaptitude est conjugué avec la volonté d'acquiescer les signes de la normalité, qui est au principe des critiques émises en direction des populations prises en charge.

On saisit mieux dès lors la logique qui conduit les auteurs des articles à n'attacher à la déficience qu'une importance toute relative dans leur analyse des facteurs entravant l'insertion des personnes "handicapées". Privilégier cette dimension revient à remettre en cause le principe même sur lequel repose le processus de normalisation qui exige que toute référence à la déficience, à l'incapacité qui en découle, soit surmontée au bénéfice des aptitudes restantes. Le handicap réside moins dans la déficience que dans les risques de désadaptation qu'elle engendre auprès du sujet. C'est ainsi que le bilan effectué par un centre de réadaptation a pour objectif de déterminer les conditions qui vont amener le traumatisé crânien à être "handicapé pour l'avenir" et à détecter les facteurs engendrant les "risques de désadaptation" qu'elle engendre auprès du sujet afin de définir ce que l'auteur appelle le "vrai handicap" et qu'il définit comme suit : *«dans la perspective globale de la trajectoire de vie d'un sujet donné, les différents "paramètres" prennent une importance toute relative : la diplopie du comptable, l'aphasie de l'étudiant ne sont ni plus ni moins handicapant que le traumatisme crânien anodin chez un manoeuvre émigrant ou que la petite cicatrice faciale de cet adolescent aux antécédents névrotiques. Une fois bien définis, le ou les problèmes principaux, l'orientation de la prise en charge se*

---

6. E. Richer, J. Ricaud : *art. cité*, pp. 30-31.

*fera tout naturellement et d'une façon adaptée à la réalité de chacun» (7).*

Le handicap qu'il convient de pallier est en conséquence moins défini par la dimension médicale qu'en fonction des aspects soulevés par le bilan effectué. Or, quoique reposant sur des critères médico-psychologiques (examen clinique, analyse de la plainte et du vécu de l'accident...), celui-ci s'appuie également sur une enquête sur la personnalité (menée par des psychologues), sur l'insertion sociale et professionnelle (effectuée par une assistante sociale), sur le comportement dans le groupe, sur le type de relations avec les différents membres de l'équipe, sur les attitudes de la famille et de l'entourage (»). Bref, autant de dimensions inscrivant le handicap, compris comme étant le risque de désadaptation, dans les propriétés sociales et psychologiques de l'individu.

En ce sens, l'organisation de la gestion de la déficience autour des techniques de normalisation a contribué à un déplacement des catégories stigmatisées relatives aux "handicapés". Celles-ci ne résident plus tant dans le rapport thérapeutique. Ce sont les attitudes qui dérogent à la figure du bon ouvrier (stable, non revendicateur) érigée en objectif thérapeutique par les techniques de normalisation, qui se trouvent stigmatisées. Si la personne dite handicapée ne saurait être tenue pour responsable des situations d'exclusions auxquelles elle est confrontée du fait de l'origine de l'atteinte organique, son refus de se plier aux exigences de la démarche normalisatrice la rend suspecte et retire toute légitimité à son état. Tout se passe donc comme si l'on était handicapé à condition de refuser d'être infirme.

L'organisation des modes de prise en charge autour d'éléments d'ordre psy-

chologique est, quant à elle, révélatrice des logiques qui régissent la signification sociale qui entoure la condition de handicapé, et, plus généralement, de l'approche qui fonde la gestion de ces populations. Fil conducteur rendant intelligible les non-rôles sociaux auxquels sont identifiés les "handicapés", la psychologisation opère un déplacement idéologique qui situe au sein de la personne les raisons de son exclusion. En évitant de la sorte d'interroger les conditions productrices d'inégalité, de questionner le système qui a produit les exclusions, les agents intervenant dans le processus de normalisation, en plaçant les raisons dans les déficiences psychologiques des individus, justifient les situations d'exclusion en "blâmant la victime".

---

7. L.H. Hubert : "La prise en charge des traumatisés crâniens", in *Réadaptation*, n° 199, avril 1973, p. 10.

8. Ibid.