



HAL
open science

Être handicapé : une question de point de vue

Laure Gayraud

► **To cite this version:**

Laure Gayraud. Être handicapé : une question de point de vue. Relief - Rapports et Échanges sur les liens Emploi Formation, 2006, Discriminations dans les mondes de l'éducation et de la formation : regards croisés, 17, pp.35-43. halshs-00119046

HAL Id: halshs-00119046

<https://shs.hal.science/halshs-00119046v1>

Submitted on 1 Oct 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NoDerivatives 4.0 International License

Être handicapé : une question de point de vue

Laure Gayraud

Être handicapé est un statut qui n'a pas d'antériorité dans l'histoire avant le XX^e siècle. Si le terme handicap est récent, les personnes porteuses de déficiences motrices, sensorielles et mentales ont toujours existé. Ce que l'on peut dire sans entrer plus avant dans les détails c'est que le rapport à l'infirmité (à prendre dans un sens générique) évolue dans les usages comme dans les représentations en fonction des moments de l'histoire et varie selon les cultures et les groupes sociaux. Ce qu'il est important de relever c'est que la place accordée à l'infirmité dans les différentes sociétés tient compte de la nature et de l'origine de l'infirmité.

L'intervention proposée ici n'a pas pour but de retracer l'évolution historique des différents rapports que la société française a eu vis-à-vis de celles que nous nommons aujourd'hui personnes handicapées. Elle vise à resituer les débats qui se sont déroulés depuis les années 1960 concernant la définition du handicap et qui se sont traduits par l'évolution des logiques sous-tendant les politiques publiques à leur destination.

1. Rappel de quelques éléments de contexte

Issu du langage courant, le terme « handicap » va connaître une trajectoire qui va en faire, au cours du XX^e siècle, le terme générique permettant de regrouper les anciens termes d'invalides, d'infirmités, etc., et de créer une catégorie de public destinataire de politiques publiques ciblées.

1.1. Repère étymologique

Si l'origine étymologique du terme handicap est celle d'un jeu de hasard, son sens actuel est cependant à situer dans le champ sportif dans lequel il désigne une course avec égalisation des chances entre des participants plus ou moins avantagés, afin que l'on puisse reconnaître le mérite, la valeur strictement personnels des concurrents. H.-J. Stiker (2002) associe l'apparition du terme handicap en France au début du XX^e siècle à quatre grands événements :

- la reconnaissance, à travers la législation sur les accidents du travail, de la nécessité de réparer et redonner une place économique aux accidentés et mutilés du travail ;
- les conséquences de la Première Guerre mondiale, qui entraînent un phénomène de massification du handicap, une dette de la Nation à l'égard de ces combattants mutilés, associée à un impératif économique (récupérer de la main-d'œuvre) et à l'existence récente d'une médecine de réadaptation capable de réparer certains dommages physiques (apparition des premiers textes organisant la rééducation et la réinsertion professionnelle) ;
- la voix des associations et particulièrement celle des tuberculeux, eux aussi en nombre, revendiquant leur accès à l'instruction et à la réinsertion professionnelle. À cette voix s'ajoutent celles des nombreuses associations¹ qui revendiquent pour leurs adhérents un retour dans la société (indépendance économique, éducation, apprentissage d'un métier, etc.) ;
- les conséquences de l'école obligatoire qui, à travers l'utilisation des tests élaborés par Binet et Simon, décèle les élèves qui ne s'adaptent pas à l'école standard et dont la question de la réintégration scolaire est évoquée.

Sous la pression de ces événements, un nouveau vocabulaire apparaît exprimant la philosophie sociale du risque, de la responsabilité, de l'assurance, de la compensation et de réparation, du rattrapage (Stiker 1996, p. 331). On voit apparaître les mots du re-tour (re-classement, ré-adaptation, ré-intégration, ré-insertion, parfois ré-habilitation, ré-éducation, etc.). Avec la naissance de la réadaptation et de la rééducation fonctionnelle, un vocabulaire centré sur les aptitudes restantes se développe et se différencie du vocabulaire médical centré sur le manque.

¹ Fédération des mutilés du travail, la Ligue pour l'adaptation du diminué physique au travail, l'Association Auxilia, la cité Clairvivre, l'Association des paralysés de France, les Croix marines, etc.

1.2. Handicap : un terme opératoire pour élaborer des politiques publiques...

C'est dans son rapport au travail que le terme handicap apparaît pour la première fois dans la législation française dans le cadre de la loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés. Dans ce texte, le terme handicap n'est pas utilisé seul mais dans l'expression « travailleur handicapé » qui fait l'objet d'une définition succincte : « *Est considéré comme travailleur handicapé pour bénéficier de la présente loi, toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales* »². Le terme travailleur handicapé permet de fusionner sous une même appellation les termes plus anciens d'invalides, mutilés et infirmes en mettant l'accent sur la capacité productive de ces travailleurs pas tout à fait comme les autres. L'élargissement de ce terme pour qualifier de nouvelles situations va permettre d'aborder la question du handicap de façon plus extensive et d'aboutir au vote de la loi du 30 juin 1975. Cette loi, en n'énonçant pas de définition de la notion de handicap ou de personne handicapée, va laisser le champ libre pour une application souple et des possibilités d'évolutions. Dans le même temps, l'absence d'une définition du handicap va générer le risque d'appréciations hétérogènes et par conséquent celui d'une mise en œuvre ne répondant pas au principe d'égalité de traitement.

Si le terme handicap et ses dérivés sont appropriés pour désigner une population cible en vue d'apporter les réponses à des besoins identifiés, le terme s'avère peu performant dès qu'il s'agit de mettre précisément en œuvre les orientations préconisées. Telle la boîte de Pandore, la notion de handicap recèle des situations très différentes qui nécessitent alors de se reporter à de nouvelles définitions permettant de l'évaluer dans toute sa complexité. Mais en 1975 ces définitions ne sont pas encore formulées, seuls quelques guides barèmes permettent d'affecter des taux d'invalidité.

2. Deux modèles en quête de reconnaissance

L'apparition du terme handicap, en substitution du langage de l'infirmité, et son utilisation dans le champ des politiques sociales va poser deux questions. La première tient à l'absence de définition scientifique de ce terme issu du langage courant et à l'absence d'outil pour mesurer et évaluer correctement les incidences durables des maladies³. Traditionnellement inscrits dans le champ médical, les premiers travaux tentant d'apporter une définition du handicap vont s'inscrire « naturellement » dans le cadre des réflexions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La seconde est de nature philosophique : qu'est-ce qu'être handicapé ? Comment le devient-on ? Cette réflexion va s'inscrire dans le champ de la sociologie à travers l'interrogation de la construction des identités modernes, et va rapidement glisser sur la scène publique pour interroger le modèle d'intégration pour les personnes handicapées, dont chaque société souhaite se doter.

Les tensions qui vont naître de la présence de ces deux modèles vont faire l'objet d'un débat au niveau international qui va contribuer à transformer les représentations habituellement associées au handicap. La recherche d'un modèle permettant de cerner et d'expliquer le handicap va aboutir à une complète remise en question des cadres implicites sous-tendant l'orientation des politiques publiques.

2.1. La prédominance historique du modèle biomédical

Historiquement, le modèle scientifique dominant pour approcher la maladie est le *modèle biomédical* centré sur la pathologie et la guérison. C'est le modèle qui prévaut dans le domaine des handicaps jusque dans les années 1960-1970. Il est basé sur la prise en charge des maladies aiguës et constitue le fondement de la Classification internationale des maladies (CIM)⁴, principale référence terminologique officielle au niveau international en médecine et en épidémiologie. Mais la CIM n'est pas applicable dans le cas de stabilisation de l'état de la personne avec des séquelles : elle ne permet pas de *mesurer* les conséquences chroniques qui perdurent après que la personne ait été stabilisée grâce à des soins médicaux.

² Article 1^{er} de la loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés.

³ Entendues ici au sens large, elles regroupent aussi les accidents et les traumatismes moraux ou physiques.

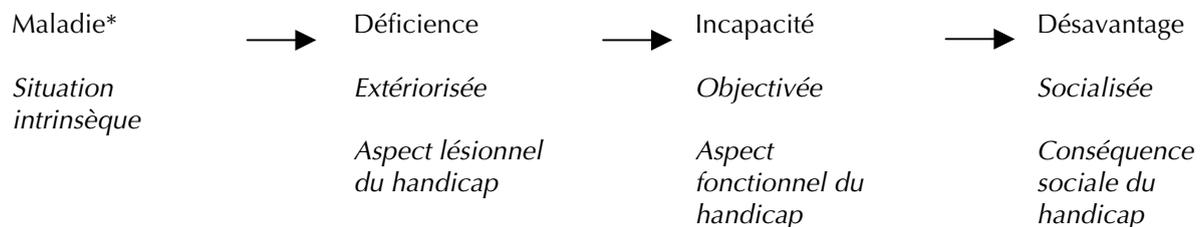
⁴ L'idée d'une classification internationale des maladies émerge à la fin du XIX^e siècle, cette classification relève de l'OMS depuis 1948 et en est actuellement à sa dixième révision : CIM10.

Modèle médical	
Traitement	Guérison par moyens techniques
Prévention	Dépistage génétique ou biologique, élimination
Responsabilité sociale	Éliminer ou guérir

À la fin des années 1960, l'OMS prend en compte le fait que la CIM n'est pas adaptée au cas des personnes handicapées et elle demande alors à P. Wood (rhumatologue et épidémiologiste anglais) de coordonner des travaux de recherche afin d'élaborer un supplément à la CIM qui doit constituer un nouveau schéma conceptuel des conséquences de la maladie.

2.2. La Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps de l'Office mondial de la santé (OMS)⁵ : une nouvelle conceptualisation du handicap

C'est en 1980 que P. Wood fait aboutir pour l'OMS une nomenclature permettant de donner corps au terme trop vague de handicap (Wood 1980). Cette nomenclature repose sur un schéma dit *Séquence de Wood* qui distingue la maladie (au sens large) de ses conséquences.



* Les *maladies* sont entendues au sens large : elles regroupent aussi les accidents et les traumatismes moraux ou physiques. Elles sont à l'origine de la Séquence de Wood. Elles relèvent du diagnostic et des traitements médicaux.

Dans ce modèle, le handicap est présenté comme un processus mais perçu comme un attribut de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme, qui nécessite des soins médicaux fournis sous forme de traitement individuel par des professionnels de la santé. Les soins médicaux sont perçus comme étant la principale question et, au niveau politique, la principale réponse est de faire évoluer les politiques de santé.

- Les **déficiences** sont définies par l'OMS comme toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Elles **correspondent à l'aspect lésionnel du handicap**. Elles peuvent être temporaires ou permanentes. Les déficiences nécessitent des interventions qui portent sur la personne (rééducation fonctionnelle par exemple). La notion d'invalidité est souvent utilisée pour désigner la déficience.
- Les **incapacités** sont des difficultés ou impossibilités à réaliser des actes élémentaires (se lever, marcher, mémoriser, etc.) ou complexes (se vêtir, téléphoner, etc.). Elles peuvent nécessiter des aides techniques. Elles **correspondent à l'aspect fonctionnel du handicap**. Les incapacités peuvent résulter d'une ou plusieurs déficiences : une déficience motrice des membres inférieurs peut entraîner des incapacités liées à la locomotion (marcher, monter les escaliers, etc.).
- Les **désavantages** désignent les **difficultés ou impossibilités que rencontre une personne à remplir des rôles sociaux** auxquels elle peut aspirer ou que la société attend d'elle : suivre une scolarité, accomplir un travail, communiquer avec les autres, etc. Ils se situent à l'intersection de l'environnement naturel ou social de la personne, et des caractéristiques propres à l'individu. Pour prendre un exemple, une personne en fauteuil roulant pourra ne pas être désavantagée dans le domaine de l'emploi si les transports pour se rendre

⁵ Ce paragraphe regroupe des informations issues de différentes sources : A. Triomphe (1995) ; l'arrêté du 9 janvier 1989 NOR:MENS8950092A ; l'Enquête HID de l'Insee – Objectifs et schéma organisationnel, 1999, téléchargeable sur le site Internet de l'Insee (<http://www.insee.fr>).

à son lieu de travail lui sont accessibles sans difficulté et si son poste de travail, aménagé, ne comporte pas d'obstacle particulier.

De cette nomenclature découle la *Classification internationale des handicaps* (CIH) qui, à compter du début des années 1980, devient la référence internationale utilisée pour décrire les handicaps dans les travaux statistiques et les études. Elle constitue le premier langage commun international pour les collecteurs et utilisateurs d'informations statistiques sur les populations handicapées.

Au-delà des adaptations nationales dont elle a pu faire l'objet, dès son adoption, la logique linéaire sous-tendant la CIH va être contestée. Si l'intérêt de la CIH est de considérer le handicap comme un processus, les débats qui vont la concerner vont porter sur la linéarité du modèle et les incidences que cette approche du processus handicapant entraînent. Pour les opposants à la CIH, le modèle proposé par P. Wood sur les conséquences de la maladie permet certes de bien distinguer les déficiences, les incapacités et les désavantages en tant que concepts, mais il ne fournit pas d'information adéquate sur les liens qui existent entre eux. Elaborée par une équipe de médecins, son approche reste inscrite dans le modèle médical et évacue le rôle de l'environnement dans la production du handicap.

Pour comprendre la logique qui sous-tend les critiques des opposants à la CIH, il faut faire un détour par la sociologie nord-américaine.

2.3. Les apports de la sociologie nord-américaine

Les travaux qui vont se dérouler dans le cadre de la sociologie nord-américaine autour de la question de la construction des identités modernes vont donner les bases permettant d'apporter une définition du handicap hors des cadres médicaux traditionnels. Les travaux de E. Goffman et S. Nagi vont poser les bases théoriques permettant d'opérer un revirement des représentations de la société à l'encontre des personnes handicapées.

En 1963, E. Goffman publie *Stigmates, les usages sociaux du handicap*. L'idée centrale qui domine cet ouvrage est que l'identité ne peut être exclusivement générée de l'intérieur, elle est dialogique : « *Je négocie mon identité par un dialogue intérieur et extérieur* » ; dans ce cadre, l'autre est porteur de sens. E. Goffman analyse les effets du handicap (considéré comme un stigmate⁶) dans les relations entre « normaux » et « stigmatisés ». Partant du postulat selon lequel les identités émergent au milieu des interactions, il montre comment le stigmate interfère dans les relations sociales. Dans tous les cas de stigmate on retrouve les mêmes traits sociologiques : « *Un individu qui aurait pu aisément se faire admettre dans le cercle des rapports sociaux ordinaires, possède une caractéristique telle qu'elle peut s'imposer à l'attention de ceux d'entre-nous qui le rencontrent, et nous détourner le lui, détruisant ainsi les droits vis-à-vis de nous du fait de ses autres attributs. Quant à nous, nous ne divergeons pas de ces attentes particulières, je nous appellerai les normaux* » (Goffman 1975, p. 40). Ainsi, l'attitude des autres est fonction de valeurs liées aux attentes sociales et aux définitions culturelles de ce qui constitue une performance normale et acceptable. En mettant en évidence le rôle des facteurs environnementaux comme producteurs d'obstacles à la participation des personnes ayant des différences (esthétiques, comportementales ou fonctionnelles), ces travaux vont contribuer à mieux faire comprendre les obstacles qui restreignent la participation des personnes handicapées à la vie sociale.

Au même moment, S. Nagi (1965) conduit des travaux qui traduisent un effort de théorisation du champ de la réadaptation professionnelle des accidentés du travail. Il propose une approche visant à clarifier la terminologie et les concepts associés au phénomène handicapant. Le cadre conceptuel qu'il forge en 1976 établit une distinction entre : la pathologie, la déficience, la limitation fonctionnelle et l'incapacité (*disability*). P. Woods s'est inspiré des travaux de S. Nagi pour élaborer sa séquence, cependant, il n'a pas tenu compte de l'approche causale présentée par Nagi.

Dans le cadre défini par S. Nagi, le phénomène handicapant s'inscrit dans un schéma dynamique qui intègre les caractéristiques de la personne ainsi que les conséquences sociales qu'elles entraînent. Il dissocie la déficience et la limitation fonctionnelle qui correspondent aux attributs personnels, de l'incapacité liée aux conséquences sociales. En posant cette distinction, il remet en question le lien causal établi par le modèle biomédical couramment admis selon lequel le handicap relève de problèmes intrinsèques à la personne. Pour lui, les conséquences sociales du handicap dépendent de la façon dont la société appréhende le handicap : « *Il n'y a pas de relations causales linéaires entre les limitations fonctionnelles et l'impact social sur les activités et les rôles* » (Nagi 1965 cité par Fougeyrollas 1998) En cela, S. Nagi apparaît comme un précurseur, car cette forme de conceptualisation ne sera entérinée par l'OMS qu'en 2001.

⁶ Le mot stigmate sert à désigner un attribut qui jette un discrédit, c'est dans le cadre des relations sociales que E. Goffman l'étudie.

2.4. Le rôle des associations dans la défense d'une définition politique du handicap

Le rôle des associations de personnes handicapées va être déterminant pour la prise en compte de la défense des droits des personnes handicapées. Dans les années 1960, émerge aux États-Unis le mouvement pour les droits des personnes handicapées (*independent living*). Ce mouvement va se renforcer les décennies suivantes par le double effet de diffusion de représentations nouvelles sur les attentes des personnes handicapées et d'une augmentation mécanique de leur nombre suite à la guerre du Vietnam. Les associations de personnes handicapées ouvrent un débat au sujet de leur intégration dans la société qui met en exergue deux constats :

- du fait d'un héritage historique du traitement du handicap – dont le trait le plus apparent est un héritage d'oppression et de domination par le milieu médical et de réadaptation – aucune structure n'est prévue pour leur permettre de vivre de façon autonome. Le paradigme de la réadaptation et notamment la relation patient/médecin (ou professionnel), induit une relation de domination ;
- il en découle un second constat : à l'inverse des personnes valides, les personnes handicapées ne peuvent pas jouir de leurs droits fondamentaux car elles ne sont pas respectées.

La structuration des différents mouvements associatifs va aboutir à la création en 1980 de l'Organisation mondiale des personnes handicapées⁷ aux États-Unis dont l'une des stratégies clef est le renforcement de la capacité d'entraide des personnes handicapées entre elles (*peer support*), et ceci afin qu'elles deviennent les défenseurs efficaces de leurs propres droits et défient les stéréotypes sociaux dominants. L'OMPH défend un objectif de pleine participation des personnes handicapées et a œuvré pour l'égalisation des droits et des chances, le respect de soi – la dignité – et l'autodétermination. Rapidement, la revendication de changement politique va prendre le dessus sur les autres combats, leur principale revendication est celle d'une meilleure dignité des personnes handicapées. Ces efforts se sont surtout déployés en direction de l'ONU, avec qui l'OMPH a élaboré la déclaration des *Droits de l'Homme et de l'invalidité* (1988) pour aboutir à l'adoption, en 1993, des *Règles pour l'égalisation des chances pour les personnes handicapées*.

2.5. Le modèle social : un nouveau cadre pour penser le handicap

L'approche défendue par l'OMPH relève d'un modèle socio-environnemental qui avance, comme facteur explicatif du handicap, la structure sociale (au sens large de système de prise en charge du handicap et des attitudes sociales). Les problèmes liés au handicap sont perçus comme étant surtout des problèmes créés par la société, et principalement comme une question d'intégration complète des individus dans celle-ci. Ce modèle peut se décliner en deux sous modèles :

Modèle social (socio-environnemental)*		
	Environnemental	Droits de l'Homme
Traitement	Adaptations, accessibilité**, services de soutien	Règles politiques et sociales communes (droits fondamentaux)
Prévention	Élimination des barrières sociales	Reconnaissance de la responsabilité sociale
Responsabilité sociale	Élimination des obstacles physiques, culturels, etc.	Réduction des inégalités, droit à la pleine citoyenneté.

* Cf. Ravaud 1999a et b.

** Terme qui met l'accent sur l'élimination des barrières et obstacles (matériels, économiques).

Le *modèle environnemental* met l'accent sur les déterminants environnementaux des situations de handicap : accessibilité, culture, interactions sociales, etc.

Le *modèle des droits de l'Homme* aborde les questions de discrimination et d'égalité des chances : « *Le handicap y a pour déterminants premiers des règles sociales (lois, règlements...) inadaptées, mettant les personnes "différentes" en situation d'inégalité des chances* » (Delcey 2002, p. 8). Ce modèle pose les droits de l'Homme comme fondement légal pour supprimer toute discrimination. Il situe le problème dans la société et non dans la personne.

⁷ L'OMPH (Traduction française de D.P.I., Disabled People International) est un réseau d'organismes qui représentent 10 à 20 millions de personnes handicapées sur les 500 millions que compte la planète.

Ce modèle repose sur trois postulats :

- la différence n'est pas innée mais socialement construite. Elle se matérialise par un étiquetage (invalide, personne handicapée, etc.) en vertu de normes tacites telles qu'être valide ;
- la norme en fonction de laquelle la personne est étiquetée n'est pas choisie sur des bases neutres, mais selon un modèle dominant, en l'occurrence celui des valides ;
- cet étiquetage est un moyen efficace pour séparer et tenir à l'écart ceux auxquels on l'applique. En effet, tous les accès aux structures de la vie quotidienne sont déterminés en fonction de la norme dominante.

Le modèle social insiste sur les causes socio-environnementales des situations vécues par un membre différent de la communauté. Dans cette approche, le lien entre le corps (porteur de la déficience) et la situation sociale est rompu (ce que S. Nagi avait déjà posé comme principe). Restent au final les questions de discrimination et de préjugés. Ainsi, la solution au problème exige-t-elle que des mesures soient prises dans le domaine des politiques sociales, et c'est à l'ensemble de la société qu'il revient d'apporter les changements environnementaux nécessaires pour permettre aux personnes handicapées de participer pleinement à tous les aspects de la vie sociale. C'est à l'État de traiter les obstacles d'origine sociale pour garantir à tous le respect de leur dignité et l'égalité des droits. La notion d'égalité des droits part du principe que non seulement tous les êtres humains ont une valeur intrinsèque inestimable, mais qu'ils sont intrinsèquement égaux, quelles que soient leurs différences.

En 1991 le Forum des associations représentatives des personnes handicapées propose une définition du handicap qui résume ce point de vue : « *Le handicap apparaît dans l'interaction entre la déficience, la limitation fonctionnelle et une société qui produit des barrières empêchant l'intégration* »⁸.

3. La réorientation des politiques publiques : donner aux personnes handicapées la possibilité d'exercer leurs droits fondamentaux

Porté par les associations de personnes handicapées, le débat qui se noue sur la construction sociale du handicap va être rapidement inscrit à l'ordre du jour d'un certain nombre d'instances internationales. À l'inverse des milieux scientifiques qui tentent avec difficulté de mettre au point un modèle conceptuel intégrant la dimension environnementale, les milieux politiques s'en saisissent avec plus d'aisance. Transposé dans une logique qui fait primer la jouissance des droits, l'orientation des politiques publiques va rapidement se modifier.

Les années 1980 marquent une évolution irréversible du passage au niveau politique d'un modèle de droits fondé sur la protection, à un modèle fondé sur les droits de l'Homme. L'année 1981 est proclamée l'Année internationale du handicap et affiche comme slogan « Pleine participation et égalité »⁹. Lui succède la Décennie internationale du handicap (1983-1992) dont le Programme d'action mondial concernant les handicapés¹⁰ contient trois objectifs généraux – prévention, réadaptation et égalisation des chances. Il comprend une définition de l'égalité des chances : « [Par. 12]... *processus par lequel le cadre général de la société – environnement matériel et culturel, logement et transports, services sociaux et services de santé, enseignement et emplois, et aussi la vie culturelle et sociale, y compris les installations sportives et les équipements de loisirs – est rendu accessible à tous* »¹¹. Cette égalité des chances nécessite des initiatives allant au-delà des seules mesures traditionnelles de réadaptation car dans une large mesure il est reconnu que c'est l'environnement qui crée les situations handicapantes. Il y a confirmation du passage d'une conception fondée sur une approche médicale du handicap à celle d'une approche basée sur la participation sociale et le respect des droits.

En 1993, le changement de paradigme est totalement consommé et se traduit par l'adoption des *Règles pour l'égalisation des chances des personnes handicapées*¹² par les Nations-Unies. Ces règles constituent un ensemble de directives non contraignantes sur le plan juridique ; elles traduisent la nouvelle conception du handicap, dans laquelle on cherche désormais à promouvoir les droits des handicapés, leur liberté de choix

⁸ Cette définition sous-tend actuellement tous les modèles proposés pour rendre compte de la complexité de la notion de handicap.

⁹ UNGA Rés. 31/1.23.

¹⁰ Résolution 37/52 de l'Assemblée générale des Nations Unies, 3 décembre 1982.

¹¹ UNGA Rés. 37/53 du 3 déc. 1982, para. 12.

¹² Résolution 48/96 de l'Assemblée générale des Nations Unies du 20 décembre 1993.

et l'égalité des chances, et on s'efforce d'adapter l'environnement aux besoins des personnes souffrant de handicaps, au lieu d'attendre qu'elles s'en accommodent. Les préoccupations traditionnelles sur la prévention et la rééducation sont reléguées à l'arrière plan au profit d'une approche fondée sur les droits de l'Homme qui met au premier plan l'accès à tous les domaines de la vie sociale pour les personnes handicapées.

Ces évolutions se retrouvent à travers les textes (chartes, convention, recommandations, circulaires) adoptées par les organismes supranationaux. Si ces textes constituent le cadre supranational général des droits des personnes handicapées, c'est aux États signataires qu'incombe la responsabilité principale de la promotion et la protection de ces droits et libertés.

3.1. Des valeurs partagées au niveau supranational et national

Le respect des droits de l'Homme (idéal d'égalité) et l'égalité des chances comme objectif, sont les valeurs partagées aux niveaux supranational et national. Ces valeurs sont rappelées à travers un ensemble de chartes, déclarations et conventions internationales relatives aux droits humains. Les valeurs sous-tendues par ces textes sont la promotion de l'égalité des chances vers une reconnaissance d'une citoyenneté pleine et entière.

3.2. Des normes également partagées

Si l'idéal d'égalité est une valeur commune à l'ensemble des pays membres, ces derniers s'accordent pour reconnaître que les personnes handicapées constituent un groupe historiquement traité de façon discriminante. Ils s'accordent sur la nécessité d'intervenir pour que l'égalité des chances vis-à-vis de ce public devienne effective. Les États reconnaissent l'urgence de rendre effectif le droit à l'égalité et à la non-discrimination car toute discrimination implique une hiérarchie. Ils s'engagent à arrêter leurs propres lois, règles et dispositions pour réaliser les objectifs permettant de concrétiser l'égalité des chances pour les personnes handicapées et la fin de la discrimination négative à leur égard¹³. Que ce soit au niveau international ou européen, la lutte contre les discriminations est posée comme le moyen de permettre l'égalité des chances. Si les États s'accordent sur cet objectif, le mode d'intervention qu'ils proposent n'est pas identique.

3.3. Des algorithmes différents selon les pays

Parce qu'elle remet en cause la valeur d'égalité, la discrimination est contrée par des mesures visant la non-discrimination afin de lutter contre les différenciations arbitraires de traitement par la création d'un climat général d'équité de chances. Le travail et l'emploi représentent actuellement l'un des domaines au sein desquels les traitements distincts peuvent être considérés comme arbitraires et par conséquent constituer une discrimination. Les mesures destinées à favoriser l'accès au travail des personnes handicapées diffèrent selon les pays, mais dans tous les cas il s'agit de mesures législatives de lutte contre la discrimination qui obligent les employeurs à répondre aux besoins des travailleurs handicapés.

Afin de contrer la discrimination dont sont l'objet les personnes handicapées sur le marché du travail, les États mettent en œuvre deux types d'approches qui orientent les politiques publiques. Ces deux approches fondées l'une et l'autre sur l'égalité des chances abordent ce droit de façon différente. Les pays se répartissent en deux groupes : ceux utilisant une politique favorisant la discrimination positive (système des quotas) et ceux qui fondent leur politique sur les principes d'égalité des droits et de non-discrimination (approche par les droits civils). La distribution des pays sur l'une ou l'autre approche relève d'approches philosophiques souvent ancrées soit dans les principes nationaux en matière de bien-être social, soit dans la structure historique des services pour les personnes handicapées¹⁴.

¹³ Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements et États membres, réunis au sein du Conseil le 20 décembre 1996 concernant l'égalité des chances pour les personnes handicapées (97/C 12/01), Journal officiel n° C012 u 13/01/1997, pp. 1-3.

¹⁴ « L'étalonnage des performances politiques de l'emploi pour les personnes handicapées », Commission européenne, Emploi et affaires sociales, Sécurité sociale et insertion sociale, unité EMP/E/4, 2000, p. 4. Document format PDF, téléchargeable sur le site de la Commission européenne.

3.3.1. L'approche par les droits civils

Cette approche vise à fournir un cadre législatif garantissant l'accès à l'emploi en milieu ordinaire, le maintien dans l'emploi et la réparation en cas de discrimination attestée. Cette approche est celle adoptée par les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Irlande et certains pays scandinaves. Selon cette approche, le principe de respect égal implique que tout le monde doit être traité de façon égale en faisant abstraction des différences traduites par une égalisation des droits. En théorie, la législation anti-discrimination doit viser avant tout à prévenir toute discrimination et non aboutir à des poursuites devant les juridictions pour protéger les droits individuels.

3.3.2. L'approche par les quotas

Cette approche est ancienne, les politiques de quota ont été introduites par l'Allemagne¹⁵, l'Autriche et la France après la Première Guerre mondiale. D'autres pays tels que l'Italie et la Grèce ont mis en place ce type d'approche. La politique des quotas introduit une discrimination positive dans le sens où elle institue des inégalités pour encourager l'égalité. Ces politiques de discrimination positive substituent à une stricte égalité de traitement entre les ayants droit et entre les usagers une égalité compensatrice ou correctrice. Ce type d'approche n'entre pas en contradiction avec les principes d'égalité et de non-discrimination, car afin de favoriser cette dernière, des mesures permettant un traitement différentiel peuvent être légalement instituées : « *Considérant que, si le principe d'égalité devant la loi ne fait pas obstacle à ce qu'une loi établisse des règles non identiques à l'égard des catégories de personnes se trouvant dans des situations différentes, il n'en est ainsi que lorsque cette non-identité est justifiée par la différence de situation* »¹⁶. La discrimination positive est posée comme une pratique de justice sociale.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui réforme la loi du 30 juin 1975, repose clairement sur le principe de non-discrimination. Elle répond à trois objectifs : garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie, améliorer leur participation à la vie sociale et les placer au cœur des dispositifs qui les concernent. Elle est fondée sur le principe de non-discrimination, et vise à garantir l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées. Au lieu d'une centration excessive sur la personne handicapée, comme c'était le cas dans la loi de 1975, la loi tente d'articuler deux niveaux : le niveau de la définition des droits garantis aux personnes, le niveau des adaptations nécessaires de l'environnement (Plaisance 2002).

Bibliographie

Delcey M. (2002), « Notion de situation de handicap (moteur). Les classifications internationales des handicaps », in *Déficiences motrices et situations de handicaps*, Éditions APF.

Fougeyrollas P. (1998), « Changements sociaux et leurs impacts sur la conceptualisation du processus de handicap », *Réseau international CIDIH et facteurs environnementaux*, 9 (2-3) : 7-13.

Goffman E. (1975, 1^{ère} éd. 1963), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les éditions de minuit.

Nagi S. (1965), « Some conceptual issues in disability and rehabilitation », in *Sociology and Rehabilitation*, Washington, ed. Sussman M.B., American sociological association, pp. 100-113.

Plaisance E. *et alii* (2002), « Éducation, scolarisation, formation et insertion professionnelle », in V. Assante, *Mission d'étude en vue de la révision de la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées*. Rapport remis à la Ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, Paris.

Ravaud J.-F. (1999a), « Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet », *Handicap, Revue des sciences humaines et sociales*, n°81, janvier-mars, pp. 64-75.

¹⁵ Les quotas allemands initialement de 1 % puis 2 % ont été portés à 10 % après la Seconde Guerre mondiale, puis à 6 % en 1974 lors de l'adoption de la loi sur les personnes sévèrement handicapées.

¹⁶ Le Conseil constitutionnel a encadré le principe de traitement différentiel : Décision 87-232 CONS.CONST. du 7 janvier 1988 RJC, p. 319.

Ravaud J.-F. (1999b), « Les enjeux de la CIH », *Actes de la journée d'études du CNTNERHI du 22 octobre 1998*, n° 81.

Stiker H.-J. (2002), « Aspects socio-historiques du handicap moteur », in *Déficiences motrices et situations de handicaps*, Éditions APF, document téléchargeable au format PDF sur le site de l'APF : <http://www.apf-moteurline.org>.

Stiker H.-J. (1996), « Handicap et exclusion. La construction sociale du handicap », in S. Paugam, *L'exclusion. L'état des savoirs*, Paris, La découverte, pp. 311-320.

Triomphe A. (1995), *Les personnes handicapées en France*, Paris, INSERM-CTNERHI, données sociales (2^e édition).

Wood P. (1980), « Comment mesurer les conséquences de la maladie : la classification internationale des infirmités, incapacités et handicaps », Genève, *Bulletin de l'OMS*, n° 34, p. 400-405.