

Chapitre 9. Le handicap au croisement des politiques sociales

9.1. Handicap et Exclusion : ségrégation ou désaffiliation

L'approche par la participation sociale tend à remobiliser aujourd'hui les thématiques de l'exclusion et de la stigmatisation dans le monde du handicap. Cette thématique de l'exclusion n'est pas nouvelle, car généralement, « [...] *le langage du handicap désigne en premier lieu un problème social, celui de l'exclusion.* » (Ebersold, 1992 :11). L'approche sociale envisageant le handicap comme la conséquence sociale de la déficience ou de l'incapacité qu'elle engendre reposait déjà sur cette vision dans les années 70. Cette remobilisation de la thématique de l'exclusion dans le champ du handicap se fait à nouveau avec vigueur dans la perspective de la participation sociale. En témoignent les récents travaux portant sur le lien entre handicap et exclusion sociale¹, faisant du handicap l'un des facteurs majeurs de l'exclusion sociale au sein de l'Union Européenne. Il n'est pas étonnant de voir les services d'accompagnement brandir à nouveau le difficile problème de la stigmatisation des personnes. Nous l'avons vu au premier chapitre, la thématique de l'exclusion a contribué à la construction du secteur du handicap et les personnes handicapées ont souvent été reprises parmi les exclus (Lenoir, 1974). Mais le processus d'exclusion envisagé à l'époque n'était pas le même que celui qui s'imposera dans les années 80 et les années 90 en Belgique et en France. Les exclus envisagés dans les années 70 étaient finalement les oubliés du progrès social. Aujourd'hui, la thématique de l'exclusion renvoie généralement à une population « de normaux devenus inutiles », victimes du nouvel ordre socio-économique (Donzelot, 1996).

Jusqu'ici, la référence à la thématique de l'exclusion dans le champ du handicap ne relevait pas du même registre que celui ayant contribué à l'émergence de la nouvelle question sociale. Il ne s'agissait pas d'un même processus d'exclusion. Le processus d'exclusion du handicap renvoie à la non-accessibilité plus ou moins constante, plus ou moins banale à certains biens, à certains lieux et à certains dispositifs (Ravaud, Stiker, 2000a). Les barrières sociales responsables de ce processus d'exclusion sont souvent nombreuses, difficilement franchissables pour les personnes handicapées. Mais ces barrières semblent malgré tout largement surmontables si elles font l'objet d'une volonté politique d'aménagement et de

¹ Le plus bel exemple étant le rapport d'étude final « *Handicap et exclusion sociale dans l'Union Européenne* », présenté en 2002 et réalisé par un groupe d'organisations représentatives des personnes handicapées (Inclusion Europe, etc.) bénéficiant du soutien du Forum Européen des Personnes Handicapées et de la Commission Européenne.

dépassement, notamment via des innovations et des dispositifs technologiques. On peut prendre l'exemple de l'aménagement du territoire (trottoirs abaissés, rampes d'accès, signal sonore pour piétons, etc.) ou des avancées de la domotique.

Ce processus d'exclusion est donc très différent du processus d'exclusion que nous désignerons selon la formule de Castel, à savoir celui de la désaffiliation (Castel, 1995). Envisagé sous l'angle de la désaffiliation, le processus d'exclusion renvoie à des mécanismes centraux dans la vie de la société, aux problèmes de l'économie mondiale, du délitement du lien social et aux transformations des mœurs. Le processus de l'exclusion du handicap, quant à lui, renvoie davantage à **un mécanisme de ségrégation**, c'est-à-dire soit à une mise à l'écart, soit à un obstacle à une pleine participation à la vie sociale pour ces individus dits « handicapés ». **Il ne s'agit donc pas d'un processus d'exclusion relevant du registre de la désaffiliation.** (Ravaud, Stiker, 2000a)

Mais le secteur de l'accompagnement nous montre que cette distinction entre exclusion-ségrégation et exclusion-désaffiliation n'est plus aussi évidente. Désaffiliation et ségrégation semblent s'imbriquer dans ce secteur. Les services d'accompagnement sont de plus en plus souvent sollicités pour des personnes relevant de l'action sociale ordinaire et qui auparavant, ne seraient jamais entrées dans le secteur du handicap. C'est notamment le cas de ces personnes que l'on qualifie comme ayant « un handicap social » dont les situations et les parcours font penser davantage à un processus de désaffiliation qu'à un processus de ségrégation. Ces personnes sont souvent présentées comme ayant vécu une scolarité difficile (avec souvent un passage dans l'enseignement spécial), un isolement social progressif et rencontrant des difficultés d'insertion socio-professionnelle et financière.

Ce profil de personnes est présenté sous l'angle d'un parcours de vie difficile, chaotique et incertain. Il s'agit bien de ces individus désaffiliés dont nous parle Castel. Cette approche des individus par « le handicap social » pose problème à l'administration centrale de l'AWIPH, car les populations suivies deviennent de plus en plus indistinctes de celles de l'action sociale ordinaire. Ce qui renouvelle également la question de la définition du public-cible de ces nouveaux dispositifs relevant de l'approche par la participation sociale. Il n'est pas simplement question d'une difficulté à appréhender ces individus à travers leur parcours personnel, à travers leur situation de vie concrète. Ce n'est pas simplement une question de capacités techniques mais aussi une question politique qui est posée ici. Il est question de

savoir si ces personnes relèvent d'une politique du handicap ou d'une politique plus générale de lutte contre l'exclusion sociale.

Il est clair selon nous, que l'approche du handicap construite autour de l'idée de participation sociale se rapproche de plus en plus de l'approche d'insertion et de lutte contre l'exclusion. Elle renouvelle la question de l'exclusion par la société de certaines personnes et porte donc une critique virulente sur les modes de fonctionnement de la société, accusée de contribuer à handicaper ou à exclure certains individus via la mise en place de barrières sociales. Ensuite, elle est une réaffirmation du combat contre la discrimination arbitraire de ces individus, en témoigne notamment l'affirmation du principe de situation de handicap et la contestation de tous dispositifs susceptibles de favoriser un processus de stigmatisation ou de ségrégation des individus. L'approche par la participation sociale implique un travail de la société sur elle-même, sur ses modes de fonctionnement.

L'approche par la participation sociale, en mettant l'accent sur l'interaction de l'individu avec son environnement renvoie de plus en plus aux définitions du travail social classique, pour lequel l'interaction personne-environnement est omniprésente (Weber, *et al.*, 2004). En effet, à travers les différentes définitions que l'on peut trouver du travail social, on retrouve systématiquement cette idée que *« le travail social vise essentiellement à favoriser la participation sociale des personnes, en faisant appel à leurs capacités personnelles et aux ressources de leur environnement social, culturel et physique. »* (Weber *et al.*, 2004 : 3). Les pratiques d'accompagnement des personnes handicapées s'apparentent à des pratiques du travail social ordinaire, dans ses définitions légales mais aussi pratiques. Les frontières avec le travail social apparaissent de plus en plus ténues, en témoigne le raisonnement de certains praticiens pour qui toute personne en difficultés devrait pouvoir bénéficier de l'aide d'un service d'accompagnement. Cette idée d'une ouverture des services d'accompagnement à un plus large public s'explique donc à la fois par une vision spécifique du bénéficiaire (appréhendé comme une personne comme tout le monde) mais aussi par une définition de la pratique qui pourrait convenir à d'autres populations. Cette approche d'une intervention auprès des personnes handicapées selon une définition proche du travail social est une nouveauté dans le champ du handicap. Pour rappel, le champ du handicap s'est créé sur base d'une position intermédiaire entre un traitement relevant du bio-médical et un traitement relevant du travail social (Ebersold, 1992). L'accompagnement propose donc un mode d'intervention dans un registre tout à fait inédit pour le secteur du handicap, celui du

travail social classique. Cet aspect revêt une grande importance pour le secteur du handicap car rabattre la question du handicap sur une question sociale est contesté par de nombreux experts du secteur qui s'y opposent fortement (Stiker, 1999).

L'accompagnement s'adresse de plus en plus aux mêmes populations que le travail social. Celui-ci s'adresse aux « populations à problèmes », c'est-à-dire à des individus « *[qui] ne s'inscrivent pas ou s'inscrivent mal dans le système réglé des échanges sociaux, qui n'arrivent pas à trouver une place ni à tenir leur place dans la société* » (Castel, 1998 : 28). Cette difficulté pour ces populations à trouver leur place dans la société était généralement interprétée de deux manières. La première tenait à une incapacité propre à l'individu de remplir les exigences nécessaires pour occuper une place réelle dans la société. Cette incapacité relevait d'une pathologie, d'une invalidité, d'une déficience ou d'un handicap. La difficulté à trouver cette place dans la société était donc présente dans l'individu, les déficiences étaient rapportées aux sujets mal intégrés. La deuxième manière d'interpréter cette difficulté à trouver sa place dans la société était de l'imputer à la structure, à l'organisation sociale, aux normes de cette société qui ne donne plus les moyens aux sujets de trouver leur place. Dans cette perspective, les normaux se retrouvent associés aux invalides, à ceux ayant cette déficience qui les empêchent de faire société. « *Ils auront été invalidés par la conjoncture, mais ne sont pas des invalides au sens où l'incapacité serait de leur fait.* » (Castel, 1999 : 28). On se rend compte qu'avec le paradigme de la participation sociale, cette opposition théorique entre deux types d'interprétations, entre deux types de populations ne tient plus ou du moins, est contestée. Le paradigme de la participation sociale conteste la première interprétation concernant la difficulté de faire sa place dans la société pour certains individus du fait d'une déficience, d'une incapacité qui serait de leur fait. Là où Castel voit les normaux rejoindre les populations de « l'handicapologie », le paradigme de la participation sociale plaide pour que ces dernières populations rejoignent les normaux et que leurs difficultés à s'intégrer (à participer) ne soient plus référées à une déficience. Selon le paradigme de la participation sociale, la distinction opérée par Castel ne tient plus, elle est même à combattre.

En définitive, tout empêchement de la personne handicapée à la participation sociale est désormais perçu comme un processus d'exclusion, au même titre que le phénomène observé pour les invalidés du système de Castel. Dans cette perspective, certains analystes du champ du handicap entrevoient un possible rabattement de la figure du handicap sur celle de

l'exclusion (Dubreuil, 2002). Ce n'est pas la thèse que nous soutenons ici. Les notions de handicap et d'exclusion ne seront jamais tout à fait assimilables, notamment si l'on se réfère à une conception de l'exclusion comme le résultat d'un processus de paupérisation et de perte du lien social. Sur base de ces deux traits (économique et relationnel), une grande partie de la population des personnes handicapées ne peut être qualifiée d'exclus en regard des avantages financiers, des allocations et des aides matérielles octroyés mais aussi des soutiens institutionnels et associatifs dont ils peuvent bénéficier. Mais pour autant, une autre partie de cette population de personnes handicapées, qui ne cesse de s'accroître, apparaît relever de cette catégorie de l'exclusion. Cette évolution s'explique en partie parce que de nombreux individus se voient octroyer le statut de personne handicapée selon des catégories « réaménagées » du handicap.

Mais elle résulte aussi d'un changement de perspective, en témoigne les études, les rapports, les recherches d'associations de personnes handicapées montrant les personnes handicapées et leur entourage se débattent avec des problèmes financiers, d'accès et de maintien dans un emploi, de production du lien social (même familial), etc. C'est cette deuxième grande catégorie de personnes handicapées qui pose aujourd'hui question, donnant l'impression que le handicap devient une catégorie fourre-tout, une catégorie de l'exclusion dont la légitimité en termes d'appartenance au secteur du handicap suscite le débat et des tensions. Nous assistons peut-être à la construction de deux nouvelles sous-catégories du handicap. La première catégorie de personnes handicapées sera fortement soutenue et sera considérée comme légitime, recevant les supports et les appuis nécessaires. La deuxième catégorie, rassemblera des personnes qualifiées de « handicapées » mais fortement apparentées aux désaffiliés, dont la légitimité sera fortement remise en question car rendant indistinctes les frontières avec d'autres populations fragilisées.

9.2. Registres assuranciel et assistanciel de l'Etat social

Cette absence de distinction des populations peut également être envisagée à partir des réflexions théoriques de Ronsavallon sur l'Etat-providence et les régimes de traitement des problèmes sociaux. Sa conceptualisation de l'Etat-providence a été largement commentée et parfois critiquée car réduisant généralement l'Etat social à une protection sociale construite sur base d'un régime assurantiel (Dandurand, 1996). Il est donc essentiel de préciser que la forme assuranciel ne représente qu'une seule dimension de l'Etat social. L'Etat social peut s'envisager selon deux grandes logiques de traitement. « *Une première ligne de traitement, a*

posteriori et assistantielle, doit permettre, sinon de sortir ceux qui sont déjà complètement exclus de leur condition, au moins de les maintenir dans la situation où ils sont, sans que celle-ci ne se dégrade davantage. Une seconde vise à anticiper par des systèmes d'assurances les risques de manques inhérents au cycle de vie et en particulier celui de manque d'emploi. » (Thomas, 1997 : 65) Ces deux grandes logiques de traitement se sont constituées en systèmes structurés, segmentés et spécialisés. Surtout, on peut constater que *« durant la période des trente glorieuses, les catégories relevant de l'aide sociale et des ayants droit affiliés à la sécurité sociale ont été traitées de façon séparée. »* (Hamzaoui, 2002 : 30). Au cours des *Trente Glorieuses*, les deux systèmes de traitement se sont développés et consolidés. La coexistence des deux systèmes était bénéfique pour certaines catégories de population, passant ainsi d'un système à l'autre ou bénéficiant de la complémentarité des deux systèmes.

La frontière entre les deux systèmes n'a jamais été étanche mais elle apparaît aujourd'hui largement ébranlée par le glissement de fractions de plus en plus nombreuses de la population du système d'assurance vers celui de l'assistance (Hamzaoui, 2005). De manière générale, les années 90 auront vu *« l'émergence d'une population d'individus relevant désormais de moins en moins d'une politique d'assurance sociale et de plus en plus d'une politique d'aide sociale, d'assistance, chargée de traiter les laissés-pour compte de la protection sociale classique, c'est-à-dire en clair ceux qui constituent les nouveaux bataillons de la pauvreté. »* (Commaille, 1997 : 41) De nombreux individus forment aujourd'hui des groupes dont il est difficile de déterminer de quelle logique ils relèvent, n'apparaissant convenir ni à l'un ni à l'autre système mais plutôt dans un entre-deux (Hamzaoui, 2002). L'Etat social est ainsi confronté à des problèmes de partage et d'étiquetage des populations, mais aussi à des problèmes d'attribution entre régime de sécurité sociale et régime d'aide sociale, entre la solidarité générale et l'assistance sociale. La culture d'assurance et la culture de l'assistance se mélangent, se combinent faisant de l'utilisateur moins un individu abstrait détenteur automatique de droits qu'un individu particulier, dont la légitimité des droits doit être vérifiée par un examen de sa situation réelle, c'est-à-dire finalement par l'exercice d'un travail de contrôle et d'interprétation (Commaille, 1997). En Belgique, ce mouvement d'interpénétration des régimes assuranciel et assistanciel apparaît particulièrement prononcé, notamment en ce qui concerne les politiques de lutte contre le chômage, d'éducation permanente et d'insertion socio-professionnelle. Pour diverses dispenses d'allocations et de prestations, le système de protection sociale reposant sur des mécanismes d'assurances fait

progressivement place à un système de contractualisation, subordonnant l'octroi d'une « aide sociale » à certaines contreparties (Alaluf, 1999).

Cette précision nous apparaît particulièrement importante car elle permet de remettre en perspective la définition de la notion de handicap. En effet, nombre de chercheurs ont avancé l'idée d'une construction du handicap comme un risque socialement partagé (Ebersold, 1992). Cette construction du handicap en tant que risque était confortée par sa contemporanéité avec le développement de l'Etat social et du système de protection sociale (Ewald, Stiker, 1999). Cette lecture doit pour autant être nuancée et remise en perspective. On peut considérer que cette construction de la notion de handicap comme risque socialement partagé est valable pour certaines catégories du handicap. En effet, le Fonds national de reclassement social des personnes handicapées qui se constitue en 1963 en Belgique semble bien s'ancrer dans une logique assurancielle où il s'agit de palier certains risques (accidents de travail notamment) inhérents à la société salariale. Il s'agissait de prendre en charge des personnes au profil spécifique lié à la question des accidents du travail et des traumatismes. *« C'était le type qui tombait de son échelle, c'était lié au reclassement social, c'était lié à une série de matière de l'INAMI. La notion de handicap, ce n'était pas la maladie mentale, ce n'était pas la trisomie. C'était les bancaux, les tordus et une petite tranche de gens qui avaient des difficultés mentales légères. [...] Et puis a débarqué [en 1995] les 10.000 de l'accueil-hébergement et tout le reste »* (responsable administratif). Ces 10.000 personnes proviennent du Fonds de Soins socio-médico-pédagogiques instauré en 1967. Celui-ci n'apparaît pas construit aussi clairement sur base d'une logique assurancielle. Il reprenait des populations relevant auparavant de la logique assistancielle, placées dans des homes, dans des institut-médico-pédagogiques.

Les deux fonds s'adressaient donc à des profils de populations très différents et ne relevant pas uniquement d'un même régime assuranciel ni des mêmes dispositifs de prise en charge. Ce regroupement sous une même catégorie générale et ensuite dans un même dispositif législatif (l'AWIPH) dans le courant des années 90 n'ira pas sans poser des difficultés et des tensions. Les personnes relevant du Fonds de reclassement social bénéficiaient d'une perception beaucoup plus positive que les personnes relevant du Fonds de Soins socio-médico-pédagogiques. En reprenant la distinction de Chauvière (2004), on peut établir que le Fonds de reclassement social relevait d'un Etat social haut, fortement valorisé car réalisé dans le cadre de la sécurité sociale. De ce fait, les personnes suivies bénéficiaient d'une meilleure

image. Le Fonds de Soins socio-médico-pédagogiques relevait d'un Etat social bas, c'est-à-dire subsiduaire, relevant de l'assistance. Le processus d'universalisation de la catégorie du handicap et la mise en place d'une politique transversale du handicap contribuent davantage encore à un brouillage des repères entre régime assurantiel et régime assistanciel.

L'évolution actuelle de la catégorie du handicap contribue à contester cette approche du handicap en tant que « risque socialement partagé » et à rendre les frontières avec les politiques sociales de type assistanciel plus ténues. Elle ne permet plus de l'envisager uniquement sous ce seul angle fédérateur du « risque socialement partagé », notamment en regard de certains profils de personnes handicapées comme les « handicapés sociaux », « les cas limites », « les cas psychiatriques ». La venue de nouvelles populations telles que les handicapés sociaux fragilise encore plus cette représentation de la personne handicapée. Certaines associations de personnes handicapées et des professionnels du secteur du handicap acceptent de plus en plus difficilement que certains profils se retrouvent sous la même catégorie du « handicap ». Comment peut-on mettre sur un même pied d'égalité ces marginaux sociaux et une personne polyhandicapée ?

Le risque pressenti par ces personnes est celui de voir la catégorie du handicap devenir la catégorie de l'exclusion par excellence et de remettre en question la perception globalement positive que les personnes handicapées ont acquis dans l'opinion publique. Surtout, ce mélange des régimes assurantiel et assistanciel construit désormais la personne handicapée moins comme une personne détentrice de droits et de prestations (en tant qu'ayant droit) que comme une personne dont la demande de prestations doit être examinée et légitimée en fonction d'un examen de sa situation. D'une certaine manière, on peut s'inquiéter de savoir si à l'avenir, l'acquisition du statut juridico-administratif ne deviendra pas une garantie nécessaire mais non-suffisante pour accéder à certains droits et certaines prestations.

Le risque est également de voir le secteur du handicap reposer sur un système purement assistanciel, devenant un sous-système de la protection sociale. Dans cette perspective, les exemples des Pays-Bas et du Royaume-Uni frappent les esprits, l'assistance y étant devenue un élément à part entière de la sécurité sociale qui assure un revenu à une part importante de la population (Hamzaoui, 2005). En Grande-Bretagne, « environ deux millions et demi de handicapés touchant des prestations d'invalidité permanente » (Barbier, 1998 :123) se retrouvèrent sous un régime spécifique ayant moins à voir avec l'assurance sociale

généralisée qu'avec un régime d'assistance spécifique. Le risque d'un glissement accru de populations vers le champ du handicap est dès lors à craindre, faisant du secteur du handicap un régime résiduaire de la protection sociale aux caractéristiques hybrides (assurance/assistance).

9.3. Relativité du handicap et brouillage des frontières

Le modèle de la participation sociale n'est pas sans effet pervers pour les personnes handicapées car il contribue notamment à penser le handicap en regard des barrières sociales de quelques natures qu'elles soient. De ce fait, il peut provoquer une abstraction des dimensions corporelles et individuelles que recouvre l'expérience du handicap (Barton, Oliver, 1997). Derrière une intention louable, peut donc se cacher un déni de l'expérience des personnes handicapées et de leurs difficultés. Dans une perspective réductrice, le modèle de la participation sociale peut amener à concevoir le handicap comme créer par le seul fonctionnement de la société, qu'il soit matériel ou mental. **Le risque avec cette approche est de finalement désincarner le handicap**, de négliger l'expérience individuelle des personnes ayant une déficience et d'en négliger sa réalité concrète (Ravaud, 1999). Une fois les barrières sociales abolies, le handicap ne serait plus qu'une question de différences assez banales entre individus. D'une certaine manière, on pourrait en venir à nier les particularités de chacun mais aussi ses difficultés. **Le risque est de faire du handicap une notion toute relative** (Blanc, 1999). L'intention louable d'une participation sociale réelle des personnes handicapées peut dès lors entraîner une approche indifférente où se repose la question de la pertinence d'un traitement spécialisé du handicap. Pour autant, il faut souligner que cette ambiguïté dans le traitement du handicap est présente depuis l'avènement d'une approche plus sociale du handicap, notamment avec la nomenclature de Wood. En mettant l'accent non plus sur la déficience mais sur l'obstacle à surmonter, il y a un risque de dénégation, d'effacement, de gommage des difficultés. Réduire le handicap ne revient plus à essayer d'en diminuer les conséquences sociales mais à faire disparaître le handicap, à oublier la différence, à méconnaître la souffrance et la spécificité de l'expérience du handicap (Stiker, 1996). L'approche par la participation sociale pose de manière encore plus vive la question de la reconnaissance d'une spécificité du champ du handicap.

Les critiques sont également très vives concernant l'utilisation de la formulation des « **situations de handicap** ». En effet, en banalisant le handicap, considéré comme un simple

désavantage environnemental lié à une situation spécifique, elle justifie implicitement une révision à la baisse des traitements préférentiels nécessaires à la levée de la discrimination qui pèse sur les handicapés (Lang, 2003). Ce type d'approche du handicap peut également conduire à des dérives quant à l'appréhension des populations de personnes handicapées (Ebersold, 1992, 2003), notamment parce qu'elle élargit indéfiniment les populations susceptibles d'être handicapées. Dans une telle vision du handicap, « [...] *les situations de handicap ne sont pas l'apanage des personnes reconnues « handicapées », mais bien de toute une population. Tout un chacun est susceptible d'être confronté dans la vie quotidienne à des situations handicapantes [...] »* (Ebersold, 1992 : 22). L'approche situationnelle en vient à relativiser la notion de handicap, celui-ci n'étant plus considéré comme une constante mais comme une variable dépendante de situations sociales vécues par le sujet (Hamonet, 1990). « *Mais à force de relativiser le handicap, son essence est dissoute dans l'interaction, parfois au détriment du handicapé, qui participe à la production de son propre handicap, par exemple en se plaçant lui-même dans des situations handicapantes.* » (Blanc, 1999 :10). On constate donc une dérive possible, à savoir un mouvement de responsabilisation de la personne handicapée. Car si le handicap devient uniquement une question de situation, de contextes spécifiques, n'est-il pas raisonnable de penser que certaines situations devraient être évitées par la personne ? Nous connaissons tous des situations que nous évitons parce qu'elles nous invalident, nous mettent en difficultés. Nous recourons finalement aux stratégies d'évitement de Goffman (1975). Ne peut-on pas attendre la même chose de la part de ces personnes qui connaissent des situations de handicap ? Bien entendu, ce raisonnement quant à l'évitement de situations de handicap n'est logique que s'il est tenu indépendamment de toutes réflexions quant à la participation sociale de la personne. C'est pourquoi l'approche situationnelle (Minaire, 1991) a généralement été très vite enrichie pour être intégrée dans une approche plus large par les chercheurs du secteur. Mais dans les pratiques concrètes de terrain, ce raisonnement du handicap sur base d'une logique de situations reste très présente et n'est pas toujours rattachée au paradigme de la participation sociale. Dès lors, le risque est grand de voir cette approche situationnelle se refermer sur les personnes, les responsabilisant à outrance.

Les risques d'une relativisation de la catégorie du handicap ne peuvent pas être compris uniquement à partir de l'approche sociale du handicap (approche par la participation sociale ou a minima, par la situation). D'autres champs sont aussi concernés par cette ouverture de la catégorie du handicap. On peut constater que les frontières sont de moins en moins claires

entre les champs de la maladie mentale, du handicap et de l'inadaptation sociale (Jaeger, 1999). Cette différenciation des champs a pu également être observée à partir du champ de la santé mentale (Genard et Donnay, 2003), entraînant l'apparition de pratiques transgressant les frontières du champ de la santé mentale et faisant craindre une extension potentiellement infinie du champ de la santé mentale. Le même phénomène s'observe donc aujourd'hui dans le secteur du handicap, avec cette crainte d'une universalisation complète de la catégorie du handicap à toutes les populations en difficultés. Les frontières entre les trois champs (handicap-santé mentale-inadaptation sociale) apparaissent particulièrement brouillées et ce, pour deux raisons.

La première est une raison pratique ; il est difficile d'élaborer des contours bien définis des différentes populations relevant des différents champs. Certains profils de personnes en difficulté sont « inadéquats » partout en raison de leur instabilité ou d'un profil clinique mal défini. Ainsi, malgré des avancées en matière de diagnostic des principaux handicaps, « *il n'est pas plus facile aujourd'hui de s'appuyer sur les distinctions élémentaires entre handicap mental et maladie mentale.* » (Jaeger, 1999 : 48). Un exemple belge peut être donné concernant le diagnostic des Troubles Envahissants du Développement (TED) et de l'autisme. Le diagnostic des TED selon les critères de l'ICD10 et du DSM IV² n'a été adopté par l'INAMI que depuis l'année 2004, l'autisme se voyant pour sa part envisagé comme un handicap spécifique. Auparavant, les personnes souffrant de TED étaient généralement prises en charge dans le secteur de la santé mentale, notamment en hôpital psychiatrique. Les nouvelles possibilités de dépistage et de diagnostic ont permis d'intégrer ces personnes dans des structures adaptées relevant du secteur du handicap. Hier, les personnes étaient des malades mentaux, aujourd'hui elles sont des personnes handicapées mentales.

La deuxième raison de cette difficulté à établir des frontières claires repose sur un travail sémantique et théorique, à l'image des propositions de changement de sens du DSM IV. Il est par exemple extrêmement difficile d'établir un diagnostic différencié entre l'autisme et la déficience mentale (Jordan et Powell, 1997). La définition de l'autisme selon les critères du DSM IV est largement débattue. Dans celui-ci, le handicap désigne une altération du fonctionnement social et professionnel provoqué par la maladie. De ce fait, chaque rubrique concernant un trouble mental est accompagnée d'une rubrique « handicap » renvoyant à des

² Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

éléments de diagnostic tels que : « comportement antisocial, capacités de socialisation non développées, relations sociales restreintes, déficit du fonctionnement adaptatif, etc. » On peut relever que ces appréciations pourraient convenir aussi à des personnes en difficulté sociale, rendant les frontières entre santé mentale, handicap et inadaptation sociale particulièrement ténues, voire non pertinentes. Ces exemples montrent la difficulté que peuvent rencontrer les professionnels de terrain pour déterminer de quel champ et de quelles catégories relèvent les personnes qui les sollicitent. Ils démontrent également les contours particulièrement flous de catégories ayant pourtant un soubassement médical.

Les mouvements de populations entre et à l'intérieur des dispositifs d'aide peuvent être très importants, donnant l'impression aux intervenants sociaux d'être confrontés à des vagues, à des flux de personnes provenant du secteur de la santé mentale ou de l'aide sociale, ce que nous avons constaté pour le secteur de l'accompagnement. L'ouverture de la catégorie du handicap a également pour conséquence de réduire les effets de marquage de certaines catégories de population, rendant finalement ces mouvements de population entre les différents champs peu visibles de l'extérieur. Il apparaît ainsi particulièrement difficile de récolter des chiffres précis concernant les transferts de populations entre les différents dispositifs malgré le constat établi par les professionnels de terrain³ (Jaeger, 1999). On peut finalement regrouper ces différentes populations sous une seule et même catégorie générale de l'action publique, à savoir celle de la vulnérabilité. Car force est de constater que cette catégorie générale convient parfaitement aujourd'hui à de nombreuses populations dont il est difficile de déterminer si elles relèvent du handicap, de la santé mentale ou de l'action sociale. « *La vulnérabilité est à saisir dans la relation entre un groupe ou un individu ayant des caractéristiques particulières [...] et un contexte sociétal qui imprime la capacité à agir à partir de soi.* » (Soulet, 2005 :50). Cette vulnérabilité devient endogène au système social, se réalisant finalement en interaction avec les propriétés du système et celles des individus qui en font partie. Cette définition de la vulnérabilité n'est pas sans correspondance avec celle tenue dans le paradigme de la participation sociale.

Cette vulnérabilité potentielle est commune à l'ensemble des individus, elle est un processus et non un état. La personne vulnérable sera cet individu qui n'est pas en mesure de faire face avec ses propres ressources aux exigences de la société. Comme le souligne Soulet, il est

³ Cette opération ne pourrait se faire que via une étude longitudinale des parcours des individus.

paradoxal de voir que même si l'origine sociale de cette vulnérabilité est reconnue, la vulnérabilité s'exprimera à travers des cas individuels, des personnes en souffrance, présentées comme en grandes difficultés. Ce qui crée un paradoxe dans les pratiques concrètes des professionnels de terrain, présentant les personnes comme des citoyens ayant des potentialités et des ressources (dans une démarche de promotion de l'individu) mais finalement vivant des situations de grande détresse, de grande vulnérabilité, n'ayant d'autres recours (chances) que le service d'accompagnement.