



**HAL**  
open science

## Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet

Jean-François Ravaud

► **To cite this version:**

Jean-François Ravaud. Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet. Handicap - Revue de sciences humaines et sociales, 1999, 81, pp.64-75. hal-02264281

**HAL Id: hal-02264281**

**<https://hal.science/hal-02264281>**

Submitted on 7 Aug 2019

**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.

# Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet

Jean-François Ravaud

► **To cite this version:**

Jean-François Ravaud. Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet. Handicap - Revue de sciences humaines et sociales, CTNERHI 1999, pp.64-75. hal-02264281

**HAL Id: hal-02264281**

**<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02264281>**

Submitted on 7 Aug 2019

**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.

# Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet

*Jean-François Ravaud, chercheur à l'INSERM*

CERMES : Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société  
INSERM U.502, CNRS UMR 43, EHESS  
Institut Fédératif de Recherche sur le Handicap

**Résumé.** Avec l'essor de la réadaptation, le *modèle biomédical* traditionnel (étiologie, pathologie, manifestation), axé sur la recherche des causes des maladies qui donnaient les clés de leur guérison, s'est vite avéré insuffisant pour rendre compte des conséquences des maladies chroniques ou des traumatismes et autres maladies à distance de la phase aiguë. La CIH 1980 en introduisant la notion de désavantage social a fait une place aux conséquences sociales des déficiences et incapacités et mis en évidence le volet non médical de la question du handicap. Pour autant le schéma de Wood sous-tendu par une relation linéaire de cause à effet entre les déficiences et les désavantages en faisait toujours un *modèle individuel* expliquant l'expérience sociale négative des personnes par leurs attributs personnels. Cette évolution a été considérée comme insuffisante par un mouvement de personnes handicapées considérant que la perspective sociopolitique, principale en cause dans le processus de production du handicap, n'était toujours pas présente. Un *modèle social* du handicap a ainsi été proposé refusant, lui, d'expliquer le handicap par les caractéristiques individuelles des personnes, mais plutôt par l'ensemble des barrières physiques ou socioculturelles faisant obstacle à la participation sociale et à la pleine citoyenneté des personnes concernées. Les travaux québécois de P. Fougeyrollas ont proposé une position de compromis en définissant la situation de handicap comme une limitation des habitudes de vie d'un individu découlant d'une *interaction* entre des facteurs personnels (déficiences, incapacités) et les facteurs environnementaux agissant comme facilitateurs ou obstacles. Érigé en alternative au réductionnisme du modèle médical, le modèle social dans sa version extrême dissocie complètement la question du handicap de celle des limitations fonctionnelles et le « désincarne », en occultant sa corporéité. En ceci il néglige, dans une compréhension globale du handicap, la place du jugement porté par la personne sur ses déficiences, ses restrictions d'activité et le rôle de l'environnement, c'est-à-dire l'évaluation subjective de la situation de handicap. Au-delà de ces clivages relativement traditionnels opposant individu et milieu, médical et social, il semble que ce soit actuellement la *question du sujet* et l'approche identitaire qui fassent défaut pour aller vers un modèle général et une approche du handicap réellement intégrative.

**Abstract. Individual model, medical model, social model: The question of the subject.** With the rise of rehabilitation, the traditional biomedical model (etiology, pathology, symptomology), centred on research into the causes of diseases which gave the keys to their cure, quickly proved inadequate to account for the consequences of chronic diseases and of traumatismes and other diseases

removed from the acute phase. By introducing the concept of social disadvantage, the 1980 CIH made room for the social consequences of deficiencies and disabilities, and underscored the nonmedical dimension of the question of handicap. Based on a linear relation of cause and effect between deficiencies and disadvantages, Wood's schema always relied on an *individual model* explaining people's negative social experiences by their personal attributes. This evolution was found to be inadequate by a movement of handicapped people who considered that the sociopolitical perspective – a major factor in the process of production of handicap – was still not present. A *social model* of handicap was thus proposed, which explained handicap not by the person's individual characteristics, but rather by the totality of the physical and sociocultural barriers obstructing the social participation and full citizenship of the people concerned. The work in Québec of P. Fougeyrollas proposed a compromise position by defining the situation of handicap as a limitation on the life-activities of an individual, arising from an *interaction* between personal factors (deficiencies, disabilities) and environmental factors acting as facilitators or obstacles. Set up as an alternative to the reductionism of the medical model, the social model in its extreme version completely dissociates the question of handicap from that of functional limitations and the "disembodied", by denying its corporality. In this it neglects, in a global comprehension of handicap, the conception of his or her disability held by the handicapped person, its restrictions of activity, and the role of the environment, i.e. the subjective evaluation of the situation of handicap. Beyond these relatively traditional cleavages opposing individual and milieu, medical and social, it seems that it is currently the question of the subject and the approach stressing the identity which are needed if we are to move towards a general model and a really integrative approach to handicap.

Les débats suscités par la révision de la CIH auront eu le mérite de permettre une clarification des enjeux épistémologiques et sociaux impliqués dans les entreprises de définition et de compréhension du processus de production du handicap. On a d'abord assisté à une remise en cause du modèle médical de la guérison par celui de la réadaptation. La démarche de P. Wood a marqué une étape supplémentaire en se préoccupant du désavantage social en tant que conséquence sociale d'une déficience. Depuis quelques années l'émergence d'un modèle social du handicap porté par un mouvement de personnes handicapées est venue remettre en question le caractère individuel des approches précédentes. La centration sur l'individu présentant des différences d'ordre biomédical avait jusqu'à présent occulté le rôle de la société pour expliquer comment ces différences aboutis-

sent à un désavantage ou une limitation de la participation sociale. Ce changement de paradigme s'accompagne bien sûr de modifications radicales dans la définition du mode d'intervention à envisager, à savoir non plus adapter l'individu, mais adapter la société.

Cette communication a pour objectif de présenter plus précisément les principaux modèles qui se sont proposés de décrire le handicap en développant particulièrement le modèle social beaucoup moins répandu en France qu'il ne l'est dans les pays anglosaxons.

Nous y évoquerons aussi les différentes formes de réductionnisme liées à ces diverses approches ainsi que la tentative de compromis qui a été proposée par les Québécois. Enfin nous concluons en posant la

question de la place du sujet dans une approche strictement situationnelle et en abordant les aspects plus subjectifs en jeu dans le jugement que le sujet porte sur ses déficiences, sa situation aussi bien que sur la réponse de la société.

### **Du modèle curatif au modèle réadaptatif**

Le modèle biomédical traditionnel, sur lequel a reposé jusqu'à il y a peu de temps la médecine, décrivait la maladie comme un enchaînement causal dans lequel une étiologie quelconque (par exemple un agent infectieux) entraînait un phénomène pathologique (maladie, intoxication, etc.) qui lui-même entraînait des manifestations (signes et symptômes). Ce modèle appréhende ces phénomènes morbides comme indépendants des individus chez lesquels ils apparaissent. On peut le qualifier de *modèle curatif* car il est axé sur la recherche des causes des maladies (étiologie) qui permet de trouver les clés de leur guérison, la suppression de l'agent pathogène suffisant le plus souvent à faire disparaître les manifestations de la maladie. Cette approche a largement dominé la médecine jusqu'à la dernière guerre mondiale.

Depuis la disparition progressive des maladies infectieuses et l'arrivée au premier plan des maladies chroniques, ce modèle curatif s'est vite avéré insuffisant pour rendre compte des conséquences de celles-ci comme de celles des traumatismes et autres maladies à distance de leur phase aiguë. L'évolution de la morbidité avec cette émergence des maladies chroniques, le nombre croissant de guérisons sans restitutions *ad integrum* et donc avec séquelles, l'évolution démographique avec le vieillissement de la population ont infléchi les orientations en matière de santé.

C'est dans ce contexte que l'OMS a été

amenée à établir une nouvelle définition de la santé qui aille au-delà de la simple absence de maladie pour la définir comme le bien-être mental, physique et social ainsi que la possibilité de fonctionner de façon optimale dans son environnement.

Parallèlement, l'émergence de la médecine de réadaptation a mis l'accent sur les questions entourant les limitations fonctionnelles, et une discipline médicale s'est donné un objectif différent de la guérison, celui de la réadaptation. Les interventions correctrices, ré-adaptatrices, ré-éducatrices, orthopédiques s'inscrivent dans une démarche de normalisation des individus qui imprègne l'essentiel du vocabulaire utilisé. Rappelons par exemple la difficulté qu'a eu le corps médical à renoncer à faire marcher les paraplégiques, malgré la lourdeur des appareillages nécessaires et l'autonomie infiniment moindre que celle procurée par le déplacement en fauteuil roulant...

Dès les années 60, le sociologue américain de la médecine, Saad Nagi, avait présenté les premiers travaux conceptuels visant à clarifier la terminologie et les définitions liées au handicap (Nagi, 1965). Celles-ci seront adoptées par le National Center on Medical Research in Rehabilitation des États-Unis et sont toujours largement utilisées dans les milieux anglophones en Amérique du Nord.

Son modèle établit une distinction entre la pathologie, la déficience, la limitation fonctionnelle et les incapacités. Mais il faut noter que son appréhension du terme *disability* est liée aux conséquences sociales de l'altération de l'état de santé et correspond à la limitation dans l'exercice des rôles sociaux.

L'ICIDH, *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* a été publiée par l'OMS en 1980 et traduite

en français sous le terme Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités, désavantages (OMS, 1988). En introduisant la notion de désavantage social, cette classification a aussi fait une place aux conséquences sociales des déficiences et incapacités et mis en évidence le volet non médical de la question du handicap.

Le schéma conceptuel proposé décrit trois niveaux d'expérience des troubles, au niveau de l'organe, de la personne et au niveau social. Il part d'une situation intrinsèque, où quelque chose d'anormal se produit au niveau de l'individu, maladie ou trouble, entraînant une déficience qui est le stade d'extériorisation de la maladie, par exemple celui où elle cesse d'être asymptomatique. Cette déficience peut entraîner une altération de la capacité d'action ou du comportement de l'individu correspondant aux incapacités qui est le stade d'objectivation où les déficiences ont des conséquences sur les performances fonctionnelles et les activités des individus. Enfin le handicap ou désavantage correspond à la phase de socialisation des déficiences ou des incapacités et à leur conséquence sur certains rôles sociaux ou rôles de survie.

Cette évolution a eu des effets tout à fait considérables dans des pays comme la France tant pour le milieu médical que pour le milieu politico-administratif, en substituant au classique modèle curatif, un *modèle réadaptatif* qui abandonnait l'idéal de guérison pour y substituer la mobilisation des capacités restantes de l'individu.

Pour autant le schéma de Wood repris par l'OMS est sous-tendu par une relation linéaire de cause à effet entre les déficiences et les désavantages qui en fait toujours un *modèle individuel* expliquant l'expérience sociale négative des personnes par leurs attributs personnels. Cette évolution a été con-

sidérée comme insuffisante par un mouvement de personnes handicapées considérant que la perspective socio-politique, pourtant principale en cause dans le processus de production du handicap, était toujours laissée pour compte dans cette approche.

### Le(s) modèle(s) social(aux)

Un modèle social du handicap a ainsi été proposé refusant, lui, d'expliquer le handicap par les caractéristiques individuelles des personnes, mais plutôt par l'ensemble des barrières physiques ou socioculturelles faisant obstacle à la participation sociale et à la pleine citoyenneté des personnes concernées (Oliver, 1990).

Cette approche en terme de modèle social mérite d'être resituée dans un contexte scientifique et dans un contexte socio-politique.

Sur le plan scientifique, tout d'abord, divers travaux en sciences humaines et sociales réfutent les approches fonctionnalistes de l'anormalité et commencent à l'aborder en terme de construction sociale.

Les travaux de Stiker, par exemple, ont permis de montrer différents aspects historiques et culturels sous lesquels on peut examiner les différences ou déviations corporelles et fonctionnelles par rapport aux attentes sociales (Stiker, 1982).

Anomalie, déviance, simple différence, on voit déjà que la façon de nommer cet écart à la norme est au cœur du débat. C'est d'ailleurs chez les sociologues interactionnistes de l'École de Chicago travaillant sur la déviance, comme Goffman qui a développé le concept de stigmatisation au début des années 1960, que l'on peut trouver les premières théorisations du handicap, en

des termes voisins de ce qui se nomme aujourd'hui modèle social, et réalisées dans le cadre d'études sur la production sociale de la déviance et de la marginalité (Goffman, 1963).

Sur un plan sociopolitique, le mouvement de personnes handicapées soutenant ce type d'approche est représenté, par exemple, par l'organisation internationale DPI (*Disabled People International*). La priorité est ici mise sur le changement social, sur la modification des facteurs environnementaux, sur une critique du pouvoir médical et autres professionnels de la santé et de la réadaptation contestés dans leurs positions d'experts et accusés de ne pas respecter la personne, son identité, ses choix de vie.

La position extrême de ce mouvement rejette toute discussion sur la classification des déficiences et autres variables personnelles, qui ne permettraient pas de s'attaquer à l'oppression sociale que subissent les personnes handicapées, en argumentant que l'objectif central vise le changement de la société, de l'organisation socio-économique, des valeurs et attitudes modulant le processus d'exclusion sociale, de stigmatisation des personnes ayant des différences.

Dans le milieu académique, ce changement de paradigme a fait critiquer les approches sociologiques traditionnelles (interactionnistes ou phénoménologiques) centrées sur l'expérience de la maladie chronique et le plus souvent cantonnées à un modèle de tragédie personnelle avec une étude détaillée de toutes ses conséquences négatives, significations, perte d'identité et des stratégies de *coping* pour y faire face. La sociologie de la santé et de la maladie aurait ainsi ignoré la question du handicap en étant incapable de la dissocier de celle de maladie chronique. Les théoriciens du handicap utilisant le modèle social se sont donc re-

groupés en un champ disciplinaire autonome : celui des "*disability studies*". Une intrication très forte avec le milieu activiste comme l'*Independent Living Movement*, le Mouvement pour une vie autonome, a donné à ce nouveau type d'approche centré sur l'oppression sociale un essor particulièrement important dans les pays anglo-saxons.

On peut distinguer plusieurs variantes dans le modèle social. Aux États-Unis et en Grande-Bretagne, on peut par exemple observer un certain nombre de points de divergence. Une première tendance, que l'on pourrait qualifier de différentialiste, évoque le droit à la différence, à une spécificité, voire à une identité de groupe minoritaire des personnes handicapées, et on peut observer l'émergence d'une fierté à être handicapé : la *disability pride* à l'instar de la *gay pride* pour les homosexuels ou de *black is beautiful* pour les Noirs américains. Pour la seconde tendance que l'on peut qualifier d'universaliste, nous sommes tous handicapés ou plutôt temporairement valides (*temporary able-bodied* ou *not yet disabled*). Est ici invoquée l'universalité des droits de l'homme et rejeté tout particularisme. L'accent est mis sur l'accessibilité, avec la quête d'un "*universal design*", c'est-à-dire d'un environnement accessible à tous.

Pour bien faire comprendre en quoi diffèrent modèle individuel et modèle social, une expérience simple consiste à utiliser l'évocation d'une situation de handicap ordinaire comme par exemple la photographie d'une personne en fauteuil roulant arrivant au bas de l'escalier menant à un service public quelconque, prenons la poste comme exemple. Cette personne ne peut pas rentrer téléphoner dans le bureau de poste. Quand on montre cette photo à des personnes tout-venant, l'expérience a été faite, et que l'on interroge sur la raison qui empêche

la personne d'aller téléphoner, on obtient deux types de réponses :

1) parce qu'elle est paralysée ou qu'elle ne peut pas marcher ; c'est ce que nous appelons le modèle individuel avec ses variantes biomédicale (l'explication c'est la paraplégie) et fonctionnelle (l'explication c'est l'impossibilité de la marche) ;

2) parce qu'il y a un escalier ou qu'on ne se préoccupe pas des personnes handicapées ; c'est ce type d'approche explicative qu'on appelle le modèle social, avec ses variantes axées sur l'environnement (supprimer les escaliers) ou sur les droits civiques (permettre aux personnes handicapées d'aller à la poste comme tout un chacun).

Les principales différences entre ces deux grands modèles concernent la façon de localiser le problème, de le nommer, de le qualifier et d'envisager le mode d'intervention pour le résoudre. Ainsi, dans le modèle médical, le problème se situe clairement au niveau de l'*individu*, il repose sur une *anomalie*, c'est une question *personnelle* qui est une affaire de *spécialistes*. Au contraire, dans le modèle social, le problème réside dans la *structure sociale*, il repose sur des *différences*, c'est une question *publique* et donc une affaire *collective*.

Marcia Rioux a parfaitement synthétisé ces différents points de vue et a proposé la typologie suivante des approches du handicap (Rioux, 1997). Le handicap peut, selon elle, être appréhendé comme une pathologie individuelle ou sociale, suivant que l'on focalise le problème sur l'individu ou sur la société.

Quand le handicap est appréhendé comme une pathologie individuelle, il est considéré comme un champ d'expertise professionnelle, les incapacités sont rapportées à des normes, le handicap est considéré comme une charge sociale et l'intégra-

tion de la personne handicapée est une affaire privée. L'unité d'analyse est l'individu et la cible des interventions la condition individuelle.

On peut distinguer deux variantes à cette approche. Dans la première, le handicap a une origine **biomédicale**, le traitement vise à le guérir par tous les moyens médicaux ou technologiques. Cet objectif étant le plus souvent impossible à atteindre, l'accent sera mis sur la prévention au moyen d'interventions biologiques ou génétiques, le dépistage prénatal visant à en faire chuter l'incidence. La responsabilité sociale est d'éliminer ou guérir le handicap. On évoque ainsi l'éradication de la poliomyélite ou de la myopathie. Dans la seconde variante que l'on peut qualifier d'approche **fonctionnelle**, le traitement vise à la rééducation et repose sur les services de réadaptation fonctionnelle. La prévention consiste donc en un diagnostic et un traitement précoces. La responsabilité sociale est d'améliorer les possibilités fonctionnelles et de procurer un meilleur confort.

Quand le handicap est appréhendé comme une pathologie sociale, il n'est pas possible de l'aborder indépendamment de la structure sociale. L'accent est mis sur l'environnement politique, social et physique, le handicap doit être alors envisagé en terme d'interaction entre individu et société et l'intégration d'une personne handicapée est un problème public. L'unité d'analyse est la structure sociale et la cible des interventions l'environnement et le système économique et social.

Là aussi, deux variantes peuvent être identifiées. L'approche **environnementale** revient à considérer le handicap comme une conséquence de l'aménagement des services et de facteurs environnementaux. Le traitement relève alors de la mise en accessibi-



lité de l'environnement ou des transports, de l'adaptation et d'un contrôle individuel accru des services et des soutiens. La prévention consiste à éliminer toutes les barrières sociales, économiques ou physiques. La responsabilité sociale est d'identifier et de supprimer toutes les barrières qui font obstacle à l'intégration des personnes handicapées. Enfin, dans le dernier type d'approche le handicap est considéré comme une conséquence de l'organisation sociale et des relations de l'individu à la société, la question centrale est celle des droits de l'homme. Le traitement vise une reformulation des règles politiques, économiques et sociales. La prévention est de reconnaître la situation de handicap comme inhérente à la société. La responsabilité sociale est alors de réduire les inégalités dans les droits, de lutter contre la discrimination pour permettre l'accès à une pleine citoyenneté des personnes concernées.

À la suite de ce tour d'horizon, on peut aisément constater que ces approches biomédicale, fonctionnelle, environnementale ou par les droits de l'homme ne montrent chaque fois qu'une facette du problème en occultant malheureusement souvent les autres. Avec la dualité traditionnelle individuel/social, on se retrouve face à deux formes de réductionnisme.

Ces modèles sont-ils incompatibles entre eux ou sont-ils conciliables ?

### **L'approche interactive**

Plusieurs tentatives ont été faites pour intégrer ces différentes approches en un modèle unique intégrateur.

L'OMS elle-même a soumis plusieurs modèles interactifs comme propositions lors

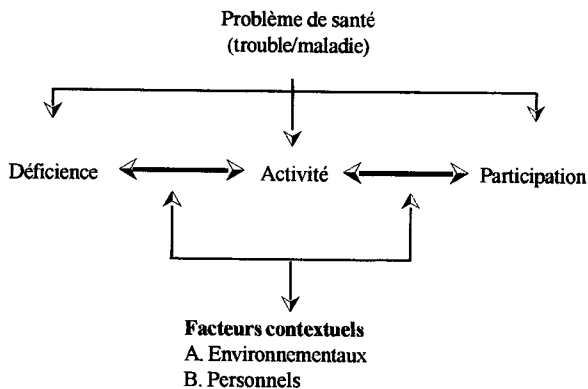
des tests de terrain de la version Bêta-testing-1 de la CIH-2. Ainsi, lors de la conférence de consensus sur le processus de révision de la CIH-1980, il était demandé de se prononcer sur la meilleure représentation graphique du processus handicapant au sein de trois schémas (OMS, 1997).

Le premier diagramme proposé par l'équipe de l'OMS vise à montrer les interactions entre les problèmes de santé et les facteurs contextuels environnementaux ou personnels avec les trois nouvelles dimensions de l'expérience telles que retenues dans la proposition de révision (figure 1). La multiplication des relations dans chaque sens le rend assez confus. Le second tente de représenter les différentes conséquences de la maladie par cercles concentriques allant de la déficience au handicap, en se situant respectivement au niveau du corps, de la personne et de la société (figure 2). On y perçoit une idée de propagation ou d'inclusion, mais la relation interactive n'apparaît pas. Le troisième, proposé par Élisabeth Badley, met par contre clairement l'interaction au centre du modèle (figure 3).

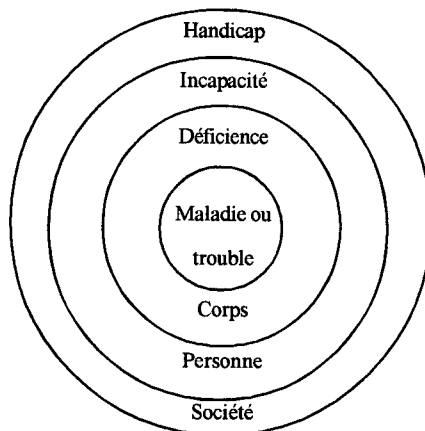
En France, Pierre Minaire avait introduit la notion de handicap de situation (Minaire, 1983). Dans cette approche, il n'y avait plus de personnes handicapées, mais des situations handicapantes. Le handicap est ici le résultat de la confrontation entre l'incapacité de la personne et les situations de l'environnement.

Dans le schéma unificateur du processus de handicap qu'il avait proposé peu avant sa mort, il avait tenté d'ordonner quatre modèles d'analyse du handicap et leurs interrelations (Minaire, 1992).

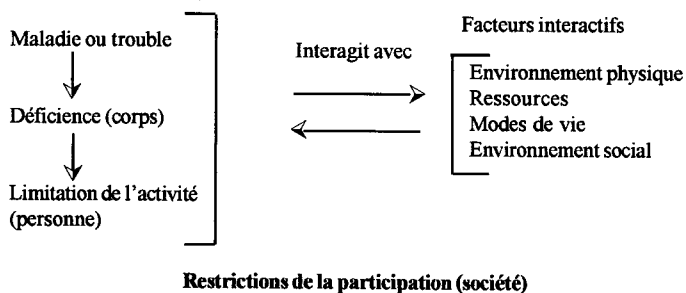
**Figure 1**



**Figure 2**  
**Les différentes conséquences de maladie**



**Figure 3**  
**Un modèle pour les conséquences des maladies, troubles ou blessures**



On peut ainsi reconnaître dans la figure 4 :

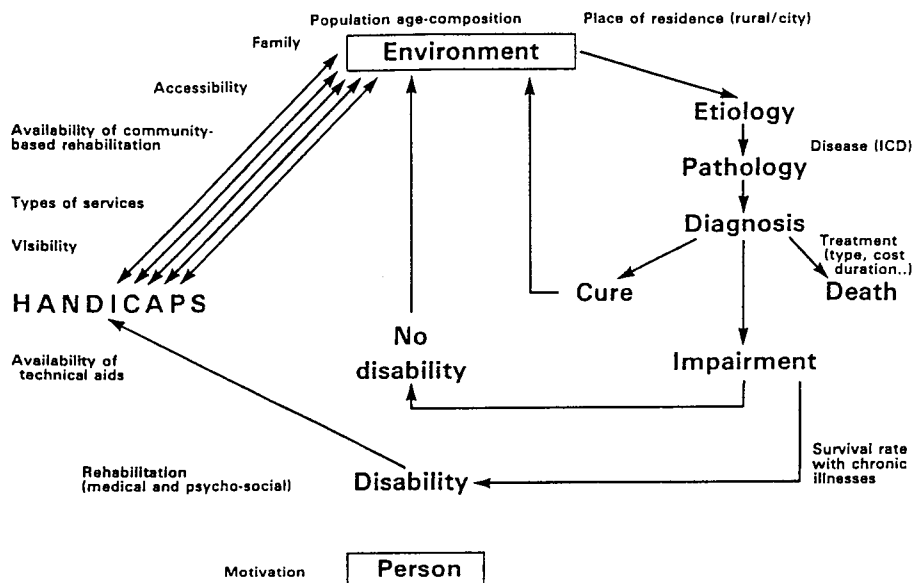
- le modèle médical curatif avec les items de droite du schéma : étiologie, pathologie, diagnostic incluant traitement et décès ;
- celui de la CIH de l'OMS dans la moitié inférieure avec déficiences, incapacités, handicaps ;
- son modèle situationnel recouvrant en-

vironnement, handicaps et incapacités, sur la gauche ;

- et ce qu'il appelait le modèle qualité de vie centré exclusivement sur les handicaps.

Les facteurs susceptibles d'infléchir ce processus (positivement ou négativement) ont été disposés le long de ce schéma général d'analyse en fonction de leur impact respectif.

Figure 4  
Schéma unificateur du processus du handicap (Minaire, 1992)



Mais les propositions les plus abouties ont sans conteste été proposées par les Canadiens qui depuis plus de dix ans se démènent au sein du CQCIDIH/SCCIDIH (Comité québécois et la Société canadienne pour la CIDIH) afin de faire prendre en compte les facteurs environnementaux dans le processus de révision.

Dans cette opposition décrite précédemment entre modèle individuel et modèle social, les travaux québécois de P. Fougeryrollas ont proposé une position de compromis en définissant la situation de

handicap comme une limitation des habitudes de vie d'un individu découlant d'une **interaction** entre des facteurs personnels (déficiences, incapacités) et les facteurs environnementaux agissant comme facilitateurs ou obstacles.

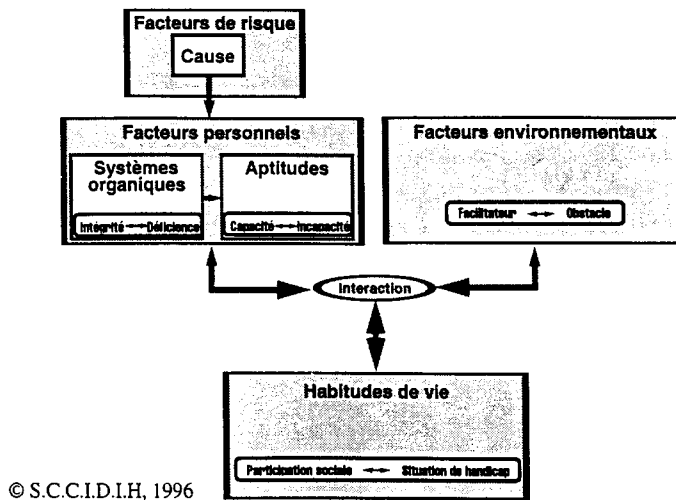
La SCCIDIH a fait connaître au plan international en 1991 un premier modèle décrivant le processus de production des handicaps comme une interaction entre déficiences, incapacités et obstacles environnementaux engendrant une situation de handicap. Ce schéma répondait à un certain

nombre des critiques émises sur la CIH 1980, mais il restait traversé par une certaine conception du rapport personne/environnement et le rôle des facteurs personnels n'y apparaissait pas clairement.

Dans leur dernier modèle de 1996, Fougeyrollas & al. ont amélioré la version initiale et présentent la réalisation des habitudes de vie comme l'interaction entre des facteurs personnels et des facteurs environnementaux (SCIDIH, 1998). Parmi les facteurs personnels, sont identifiés les systèmes organiques et les aptitudes, mais ce ne sont pas les seuls, l'ensemble des variables personnelles et identitaires est à prendre en considération (figure 5). Pour cha-

cune des dimensions retenues, ce modèle adopte des concepts positifs qui sont aussi utilisés comme échelles de mesure de sévérité, ainsi l'évaluation des systèmes organiques peut aller de l'intégrité à la déficience, les aptitudes : de la capacité optimale à l'incapacité complète, les habitudes de vie : de la pleine participation sociale à la situation de handicap totale, les facteurs environnementaux : du facilitateur optimal à l'obstacle complet. Ce modèle est probablement le plus abouti. Il donne une place claire aux facteurs environnementaux et, ce faisant, est compatible avec des perspectives de changements personnels mais aussi socio-politiques.

**Figure 5**  
**Processus de production du handicap : modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne**  
 (Fougeyrollas et al., 1996)



## La place du sujet

Érigé en alternative au réductionnisme du modèle médical, le modèle social permet de jeter un regard nouveau sur le handicap, mais dans sa version extrême, il dissocie complètement la question du handicap de celle des limitations fonctionnelles et le « désin-

carne », en occultant sa corporéité. En ceci il néglige, dans une compréhension globale du handicap, la place du jugement porté par la personne sur ses déficiences, ses restrictions d'activité et le rôle de l'environnement, c'est-à-dire l'évaluation subjective de la situation de handicap.

Au-delà de ces clivages, somme toute relativement traditionnels, opposant individu et milieu, médical et social, il semble donc que ce soit actuellement la **question du sujet** et l'approche identitaire qui fasse défaut pour aller vers un modèle général et une approche du handicap réellement intégrative.

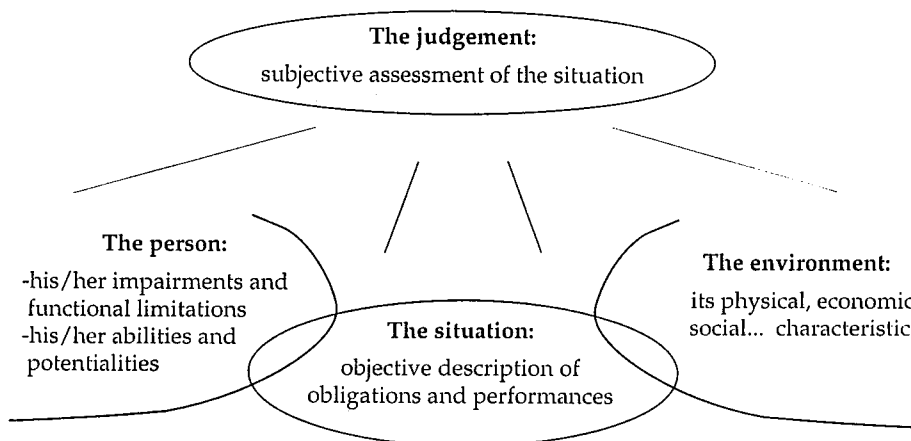
Dans cette optique, nous avons récemment proposé de compléter l'approche interactive en terme de situation de handicap, par une dimension que nous appelons celle du **jugement** et qui correspond au point de vue, à l'évaluation subjective par la personne de ses incapacités ou des obstacles qu'elle rencontre, aussi bien que de leur interaction (Robine & al., 1997). La figure 6 présente sous forme de schéma l'articulation entre cette 4<sup>e</sup> dimension et les trois niveaux classiques (personne, situation et environnement). Ce jugement propre à chaque individu en fonction de son histoire propre est fondé sur les écarts observés ou perçus entre des obligations ou attentes et les réalisations. Il peut être formulé par la personne, sur la base de ses attentes, ou par l'entourage ou la société en fonction de ce qui est attendu de la personne. Ceci laisse la possi-

bilité d'écarts ou de désaccords entre les différents jugements. C'est aussi cette notion de jugement qui fera attribuer la qualité de handicapé à une personne, ou de handicapant à un environnement.

Ce dernier exemple ne cherche pas à ajouter une nouvelle dimension classificatoire à celles actuellement retenues, mais à stimuler la pluridisciplinarité indispensable à l'approche de l'insertion sociale des personnes handicapées (Ravaud et Fardeau, 1994). Il n'a d'autre prétention que d'ouvrir des perspectives, de notre point de vue insuffisamment exploitées, et de montrer qu'au-delà de cette dichotomie modèle individuel/modèle social, nous sommes loin de pouvoir prétendre à un modèle global qui rende compte de façon acceptable et consensuelle du processus handicapant pour tenter une traduction de la nouvelle expression de "*disablement process*".

C'est à l'intérieur de toutes ces tensions que s'opère le processus de révision de la CIH ; on voit donc bien l'importance des enjeux de cette révision.

**Figure 6**  
**La place du jugement dans le processus handicapant (Robine et al., 1997)**



## Références bibliographiques

GOFFMAN (E.).- *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Paris : Éditions de Minuit, 1976 (version anglaise originale, 1963).

MINAIRE (Pierre).- *Le handicap en porte à faux.- Prospective et Santé*, 1983, n° 26, pp. 39-46.

MINAIRE (Pierre).- *Disease, illness and health : the critical models of the disablement process.- Bulletin of the World Health Organization*, 1992, 70 (3), pp. 373-379.

NAGI (S.-Z.).- *Some conceptual issues in disability and rehabilitation.- In M.B. Sussman, Sociology and Rehabilitation*, American Sociological Association, Washington D.C., 1988, 1965, pp. 100-113.

OMS.- *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies.- Vanves : CTNERHI-INSERM (WHO, 1980)*, 1988.

OMS.- *Essais pratiques pour la CIH-2 Bêta-testing 1, exercice de consensus pour les questions de base*, 1997.

OLIVER (M.).- *The politics of disablement.- Londres : The Macmillan Press*, 1990.

RAVAUD (Jean-François) & FARDEAU (Michel) (eds).- *Insertion sociale des personnes handicapées : méthodologies d'évaluation.- Paris : coédition INSERM-CTNERHI*, 1994.

RIOUX (M.-H.).- *Disability : the place of judgement in a world of fact.- Journal of Intellectual Disability Research*, 1997, 41 (2), pp. 102-111.

ROBINE (Jean-Marie), RAVAUD (Jean-François) & CAMBOIS (E.).- *General concepts of disablement.- In : Hamerman D. (ed), Osteoarthritis : Public health implications for an aging population*, John Hopkins University Press, 1997, pp. 63-83.

SCCIDIH.- *Évolution canadienne et internationale des définitions conceptuelles et des classifications concernant les personnes ayant des incapacités. Analyse critique, enjeux et perspective.- Réseau international CIDIH et facteurs environnementaux*, 1998, 9 (2-3).

STIKER (Henri-Jacques).- *Corps infirmes et société.- Paris : Dunod (1<sup>re</sup> édition, Aubier Montaigne, 1982)*, 1997.

