

IDENTITE - SANTE - TRAVAIL

" La Personne : les aléas de son identité à l'occasion du processus de Réadaptation et de Réinsertion "



(Point de vue d'un médecin de Médecine Physique et de Réadaptation français)

Philippe LERNOULD
DRUBECK, le 13.08.2004

1. Introduction

Identité – Santé & Travail ?

➤ *Qu'est-ce qui m'autorise à vous faire part de mes réflexions à ce propos ?*

- 33 ans passés en compagnie & au service des Personnes Handicapées, des "blessés de la vie"... dans un Centre de Médecine Physique et de Réadaptation.
- L'esprit de Suzanne Fouché, rencontrée en juillet 1968, à Peyrieu (F-01), lors de ma 1ère rencontre avec la Médecine de la Personne. Elle a voulu me faire confiance en m'embauchant comme médecin à L.A.D.A.P.T.
- Et celui de mes rencontres personnelles et professionnelles, notamment avec certains de mes patients et certains d'entre vous.

➤ *Qu'est-ce qui m'a incité à vous en parler ?*

- ... L'insistance de Claude Robin, notre Présidente, & un bout de chemin fait avec quelques-uns d'entre vous.
- ... Et mon envie d'en parler et d'en échanger avec des amis... avec vous.

2. La MPR – Objectifs & Moyens

- La Médecine Physique & de Réadaptation est une spécialité médicale... autrefois intitulée " Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle, Professionnelle et Sociale ".
- Son champ d'action couvre tous les problèmes posés aux personnes qui présentent des "déficiences" dans les suites d'une malformation, d'une maladie ou d'un accident. Elles en conservent des "incapacités" qui les empêchent de réaliser normalement ou correctement certains actes habituels ou certaines activités quotidiennes, professionnelles ou sociales. Ces "incapacités" ne leur permettent pas de tenir leur fonction, leur rôle normal selon les normes du groupe social auquel ils appartiennent. Ces personnes se retrouvent dans des situations de "désavantage" ("handicap" en français).
- Ses objectifs sont d'éviter et de remédier à ces différents états et situations en cherchant à fournir aux personnes concernées tous les moyens :
 - de récupérer ou de compenser des fonctions physiologiques ou psychologiques déficientes,
(: c'est plutôt le champ d'action de la Médecine Physique et de la Rééducation Fonctionnelle),
 - afin qu'elles puissent reprendre au mieux leurs activités quotidiennes, domestiques, sociales et professionnelles,
(: c'est là le champ de la Médecine de Réadaptation),

- et ainsi réintégrer leur place dans leur milieu ambiant habituel, dans leur groupe social, voire une situation professionnelle (antérieure ou adaptée).
(: c'est alors le champ des professionnels de la Réinsertion).

3. Le cadre réglementaire – COTOREP

- L'article 1^{er} d'une loi du 30 juin 1975 avait instauré une obligation nationale en faveur des Personnes Handicapées.
- L'article 53 d'une loi du 17 janvier 2002, dite de modernisation sociale, a repris cette obligation en termes d'égalité des chances des citoyens :

"La prévention et le dépistage du handicap et l'accès du mineur ou de l'adulte handicapé physique, sensoriel ou mental aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens, notamment aux soins, à l'éducation, à la formation et à l'orientation professionnelle, à l'emploi, à la garantie d'un minimum de ressources adapté, à l'intégration sociale, à la liberté de déplacement et de circulation, à une protection juridique, aux sports, aux loisirs, au tourisme et à la culture constituent une obligation nationale. La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie, et à la garantie d'un minimum de ressources lui permettant de couvrir la totalité des besoins essentiels de la vie courante".

- Avec les différentes branches de la Sécurité Sociale, la Commission Départementale d'Education Spéciale (CDES, pour les mineurs) et la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP, pour les adultes) sont les organismes spécialement chargés d'étudier les droits des personnes malades et handicapées, et de prononcer les orientations et les décisions qui s'imposent.

Une enquête préalable est réalisée par différents professionnels pour évaluer les "déficiences" et les "incapacités", et, surtout, l'éventuel retentissement sur l'insertion familiale, sociale, scolaire et professionnelle des personnes. Elle essaye de prendre en compte les situations et les projets de vie de chacun.

L'étude des dossiers permet de confronter les résultats et les conclusions de ces enquêtes à des barèmes d'évaluation et à des critères d'attribution des droits.

En matière d'intégration sociale, ces Commissions attribuent, en particulier, une Carte d'Invalidité et prononcent les différents droits y afférent, notamment des prestations et allocations financières, voire d'éventuels placements en institutions spécialisées selon les nécessités.

En matière d'insertion professionnelle, elles attribuent une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé et proposent des orientations professionnelles en milieu normal ou spécialisé, voire des formations qualifiantes.

4. Le CMPR-LADAPT-Thionis

Le CMPR-LADAPT où j'exerce reçoit des personnes handicapées physiques adultes dans les suites d'une maladie, d'un accident ou d'une intervention chirurgicale.

Nous leur offrons les moyens de récupérer leurs capacités fonctionnelles optimales et leur autonomie de vie quotidienne et sociale. Notre objectif est de leur permettre de reprendre leurs activités habituelles antérieures ou adaptées au mieux. Par défaut, nous les accompagnons dans leurs démarches à la recherche d'une solution alternative vers un nouveau domicile, ou une nouvelle activité professionnelle.

Le plus souvent, l'objectif premier et même exclusif habituel des patients est de récupérer l'usage de leur membre ou de leur corps "comme avant"... Et, "on verra bien après..."

De notre côté, nous tentons d'étudier avec eux le plus tôt possible les modalités du retour à leur domicile, de la reprise de leurs activités personnelles, domestiques, sociales, voire professionnelles. C'est ce que nous appelons "*la Démarche Précoce d'Insertion*" (D.P.I., initiée par LADAPT, en cours de normalisation à l'AFNOR, Association Française de Normalisation).

Une équipe d'infirmières et d'aides-soignantes assure la continuité des soins médicaux classiques.

Une équipe de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes et d'ortho-prothésistes offre les prestations de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, voire d'appareillage, nécessaires à l'état et à la récupération du patient.

Une équipe constituée par les ergothérapeutes, l'assistante sociale, et, selon les besoins, une monitrice d'enseignement général et une psychologue, prend en charge les évaluations et les démarches de réinsertion sociale et professionnelle.

Les médecins coordonnent les prestations de ces différentes équipes et leur cohérence en fonction des objectifs visés par l'intéressé et de leur faisabilité.

Les durées de prise en charge sont variables, de 3-4 semaines à 5-6 mois, selon l'importance des déficiences initiales, leur retentissement fonctionnel et social, et les difficultés de montage de certains dossiers administratifs et de concrétisation d'un projet viable pour chacune des personnes.

5. Quelques Itinéraires

L'exposé de quelques itinéraires devrait vous permettre de mieux partager mon expérience et me suivre dans mes quelques réflexions.

- Cas de M. M...

C'est sans doute l'histoire de cet homme d'une quarantaine d'années qui m'a le plus fortement interpellé et sensibilisé au problème évoqué ensemble aujourd'hui - notamment par la façon soudaine, inattendue et caricaturale de sa prise de conscience et de son expression.

Marié et père de 3 enfants, cet homme séjournait depuis déjà 2 ou 3 semaines dans notre Centre pour sa réadaptation fonctionnelle. Celle-ci était motivée par des lombalgies chroniques. Il avait été opéré deux fois d'une hernie discale sur antécédent d'anté-listhésis (glissement de la vertèbre supérieure sur l'inférieure), survenue dans un contexte de conditions de travail pénibles. Cantonnier, il posait des bordures de trottoirs, depuis une dizaine d'années, dans une entreprise de travaux publics. Plutôt déprimé, il semblait peu motivé par ses soins.

Un lundi matin, de retour d'une permission de fin de semaine en famille, il demande à me voir impérativement. Il me déclare tout de go : "Docteur, j'ai réalisé ce week-end que je n'étais plus un homme... J'ai vu ma femme casser le bois et le transporter dans la cheminée! C'est mon travail habituellement... Il faut me laisser aller en atelier de menuiserie et en gymnastique pour que je puisse me ré-entraîner. Il faut m'aider à récupérer mes moyens et à retrouver un travail."

Après quelques délais de reconversion professionnelle et une nouvelle intervention chirurgicale, M. M... a pu se procurer un emploi d'ouvrier de collectivité dans une petite commune.

Cet homme avait réalisé – mais vraiment au plus profond de son être - qu'il avait perdu son rôle d'homme, de mari et de père devant l'image renvoyée par son épouse qui s'était substituée à lui dans des tâches "réservées" jusqu'alors à lui l'homme de la famille. Il avait perdu son identité, son rôle au sein de la cellule familiale... Il voulait qu'on lui donne les moyens de reprendre sa place d'homme responsable, de père nourricier. Il a pu retrouver sa dignité à travers un travail qui le rend responsable.

▪ Cas de M. X...

M.X..., âgé de 70 ans, nous est adressé pour son appareillage prothétique, sa réadaptation fonctionnelle et son ré-entraînement à l'autonomie. Il est amputé tibial depuis une dizaine de jours, dans les suites d'une artérite évoluée et dépassée. Il a un comportement dépressif sur un mode revendicateur et paranoïaque. Il présente même des épisodes de type agressif, revendicateur vis-à-vis du personnel, mais aussi de sa famille. "Ce n'est plus le mari, le père, le grand-père, si gentil, attentif et prévenant que nous connaissons habituellement".

Le temps qui passe, les tentatives de retour à domicile, en famille, en fin de semaine, ne laissent envisager aucune amélioration. L'appareillage et la récupération de son autonomie seraient-ils compromis? Dubitatifs et curieux, je demande un bilan psycho-gériatrique à nos confrères gériatres.

Le patient nous est ré-adressé deux semaines plus tard pour reprendre sa réadaptation. Le traitement médicamenteux a été simplifié. Il nous revient totalement transformé, le même qu'il était auparavant pour la famille. "Il est redevenu lui-même".

Réceptif, coopérant et dynamique, la rééducation se déroule normalement. Deux mois plus tard, il sera apte à retourner à son domicile auprès de son épouse et à s'occuper de ses petits-enfants. Il est correctement appareillé avec une prothèse tibiale adaptée et marche avec une canne simple. Il a retrouvé son identité avec son autonomie quotidienne. Il a repris sa place, son rôle au sein de sa famille. Celle-ci le reconnaît à nouveau.

- Cas de M. B...

Cet homme d'une cinquantaine d'années, chauffeur-livreur, présente des lombalgies qualifiées de chroniques et invalidantes. Leur sont associées des pathologies modérées (des gonalgies, une légère surcharge pondérale avec une hypertension artérielle). Le comportement est souvent de type anxio-dépressif, et plus ou moins plaintif, voire revendicateur à l'égard de l'entreprise qui l'emploie et de la société en général. Il réclame plus ou moins clairement compréhension, voire même compassion.

Le sujet évoque une lassitude, une perte de combativité, voire un ras-le-bol général. Il ne fait valoir que son état pathologique. Il prend prétexte de sa maladie, de son handicap pour réclamer "ses droits" à l'invalidité auprès de la Sécurité Sociale. Il cherche une reconnaissance officielle de ses incapacités et de son handicap pour trouver une alternative, un autre statut social pouvant lui assurer des moyens de vivre autre que le travail. Il pense avoir droit à ce qu'il demande comme un dû, après tant d'années de travail et de cotisations. Mais il ignore les conditions précises d'application de la réglementation dont il relève, l'existence même des barèmes qui peuvent s'appliquer dans son cas. Et, même s'il n'a pas de droit, on pourrait quand même en faire la demande... sait-on jamais ?

Cet homme s'identifie à sa maladie, à d'autres personnes "handicapées comme lui" qui ont obtenu l'invalidité. Il s'attribue lui-même subjectivement le statut de personne handicapée, d'invalidé sans tenir compte du fait qu'il existe une législation qui définit objectivement les conditions d'attribution de cette reconnaissance et des droits y afférent.

Il fait partie de ces personnes qui se sentent "usées" par le travail et le temps. Il est aussi "découragé" par un système de production-consommation qui l'écrase et ne lui laisse pas de choix... Il tente d'utiliser un autre système, celui de la protection sociale pour se trouver une nouvelle situation, une autre reconnaissance sociale... au prix de l'abandon d'une partie de son identité.

Il existe d'ailleurs là une vraie problématique à laquelle nous réfléchissons actuellement avec une sociologue de la faculté de Metz, sur le thème du "lombalgique travailleur versus lombalgique malade", à partir d'enquêtes personnelles longitudinales & de statistiques à partir d'un échantillon de 325 personnes qui sont passées dans notre établissement de LADAPT-Vernéville entre 1997 & 2003...

6. Quelques Commentaires & Réflexions

De tels parcours et mon expérience m'ont entraîné à quelques commentaires et réflexions personnelles. D'autres développements sont certainement possibles. L'échange ultérieur de nos expériences et de nos réflexions ne pourra qu'enrichir le débat.

Tout d'abord, j'ai pu constater et je suis persuadé que les médecins, comme tous les thérapeutes et intervenants des équipes, sont, souvent, dans la confusion sémantique avec les patients à propos des définitions que chacun met derrière les mots et les termes que chacun emploie. En effet, chacun s'approprie les termes à travers sa propre connaissance, son

expérience personnelle et professionnelle, voire ses interprétations en fonction de ses propres valeurs et besoins... Les mots peuvent alors prendre une résonance particulière et une signification variable pour l'émetteur et pour le récepteur. Que mettons-nous nous-mêmes derrière certains de ces mots ?

L'usage tellement courant de quelques-uns d'entre eux est souvent terriblement banalisé dans notre exercice quotidien. Je pense en particulier aux mots et aux notions utilisées durant toutes ces journées, comme :

1. L'identité – l'identification.
2. La santé – la maladie – le handicap – l'invalidité.
3. Le travail – l'emploi – l'activité.

Je vous laisse vous replonger vous-mêmes dans vos dictionnaires et livres spécialisés, comme j'ai pris le temps de le faire pour préparer cette intervention. Les dictionnaires eux-mêmes fournissent d'ailleurs plusieurs acceptions (définitions) pour un même mot. Vous découvrirez des définitions générales et d'autres plus particulières, et leur évolution sémantique avec le temps... ce qui ne fait que contribuer à la confusion. C'est franchement "Babel" !!!

Processus Maladie > Déficience > Incapacité > Handicap

En fait, que se passe-t-il pour le bien portant qui devient malade ou handicapé ?

Il perd sa santé et certaines de ses aptitudes à réaliser ses activités habituelles qui lui permettent de tenir son rôle social.

Jusqu'alors, il vivait dans un état de bien-être, d'équilibre plus ou moins harmonieux de ses organes et de leur fonctionnement, de "silence de ses organes". Il pouvait assumer les actes courants de sa vie quotidienne domestique et les activités de sa vie sociale et professionnelle en toute indépendance (relative cependant, dans l'interdépendance normale des humains), en fonction de certaines compétences et de ses capacités.

L'idée et le sentiment qu'il avait de lui-même sont perturbés. L'image et l'estime qu'il avait de lui-même sont déformées. Il en souffre, indépendamment d'éventuelles douleurs physiques. Il assiste impuissant à la diminution ou à la perte de certaines de ses capacités fonctionnelles. Il devient plus ou moins dépendant d'un artifice ou d'un tiers pour effectuer certains actes, certains gestes, pour réaliser certaines fonctions, certaines activités... qui lui étaient faciles et coutumières.

Si l'affection est aiguë et temporaire, le processus est relativement simple. Il est plus ou moins rapidement réversible. Il pourra reprendre ses activités et sa situation sociale antérieures. L'événement pourra être éventuellement oublié ou non ultérieurement, selon l'acuité, la gravité, la durée de cette maladie et son impact attribué par la personne elle-même.

Si l'affection devient chronique et surtout invalidante, le retentissement peut être plus conséquent.

Le sujet sera éventuellement déstabilisé dans quelques-unes de ses certitudes et certains de ses repères. Il sera contraint de faire un travail sur lui-même pour " y voir clair " sur ce qui lui arrive et sur ce qui l'attend. Dans un premier temps, il devra faire le deuil d'un certain état antérieur, de ses capacités à tenir sa place, son rôle, sa situation antérieure. Il peut traverser une ou plusieurs des phases classiques du deuil (: dénégation, colère, marchandage, dépression, acceptation).

Dans un second temps, il lui faudra concevoir et reconstruire son avenir sur des bases nouvelles. Il se doit de récupérer un nouveau statut, une nouvelle valeur à ses yeux, mais aussi devant " le regard des autres ".

Si les modifications de son corps ou de son psychisme ne lui permettent plus " d'être le même " et de " faire comme avant ", il ne perd pas pour autant son identité personnelle.

Les caractères individuels spécifiques liés à sa naissance (sexe, nom et prénom, filiation), ses " identifiants " personnels déclarés en mairie pour permettre son identification initiale et l'établissement ultérieur de ses papiers d'identité officiels restent identiques, inchangés.

Par contre, il va lui falloir envisager autrement sa fonction et son statut social. Il lui faut revoir son insertion, et de ce fait, son identité sociale.

Il va s'agir de reprendre sa place dans sa famille, dans son groupe social avec ses nouvelles capacités fonctionnelles... mais surtout certaines incapacités. Il lui faudra peut-être apprendre à se situer autrement dans son couple et dans sa famille. Il lui sera parfois nécessaire de changer de profession ou de l'aménager pour continuer à tenir une fonction économique indispensable. Les activités diverses de loisirs ou de bénévolats devront aussi être aménagées s'il veut rester actif, fidèle à ses engagements associatifs et présent au maximum de sa participation sociale.

L'identification sociale la plus facile passe par l'appartenance au groupe social dont on connaît et admet les valeurs, et qui reconnaît l'individu comme faisant partie des siens. Il s'agit alors de tout faire pour récupérer un emploi rémunérateur, une "valeur" socio-professionnelle et économique tel que la définit ce groupe auquel je m'identifie depuis longtemps.

Une activité professionnelle rémunérée peut ne plus être possible (subjectivement ou objectivement), il faudra trouver une ou des alternatives économiques, sociales et administratives. Ce sera, par exemple, le recours au chômage ou à l'invalidité... par défaut d'une autre solution.

Dans notre système social français, (pour ce que j'en connais, par expérience), la loi et l'usage – fondée sur le principe de la solidarité nationale - reconnaissent un véritable statut de malade, d'invalide, de travailleur handicapé ou de personne handicapée... Un tel statut permet d'attribuer des droits à une certaine catégorie de personnes, qui du fait d'une maladie, d'un accident ou d'un handicap ne peuvent pas prétendre à s'insérer "normalement" dans la société. Ces personnes doivent être cependant identifiées comme telles. Un certain nombre d'entre elles cherchent plus ou moins consciemment à s'identifier à ces groupes de malades, de handicapés ou d'invalides. Elles souhaitent, en fait, obtenir "les bénéfices secondaires" offerts à ces personnes : un statut, une reconnaissance de leur état, mais aussi les avantages pécuniaires liés à cette reconnaissance. Quelques-unes sont certainement dans ce besoin et

sans autre choix. Mais certaines autres en usent et en abusent; elles vont parfois jusqu'à mettre en avant leur carte d'invalidité comme d'autres montrent leur carte d'identité ! D'autres l'arborent même comme un " sésame ", voire un vrai " passe-droit " !!!

Processus de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles & de Réinsertion Sociale et Professionnelle

La prise en charge en Médecine Physique et de Réadaptation se veut précoce, globale, continue et personnalisée. Elle ne peut être réalisée que par une équipe pluridisciplinaire cohérente. Elle nécessite souvent l'appoint de partenaires spécialisés extérieurs à la structure.

Elle va chercher à répondre aux besoins d'un patient en lui offrant les moyens de se restructurer sur différents plans, visant à reconstituer les pièces parfois d'un véritable puzzle.

Les lésions physiques et/ou psychiques ont parfois fait voler en éclats le corps et les fonctions de ce patient. Il ne se reconnaît pas ; son entourage ne le reconnaît plus. Il n'est pas comme avant ; il n'est plus le même. Il a perdu son intégrité corporelle, une partie de son identité. Il traverse une " crise identitaire " plus ou moins forte, selon sa perception de la place de son corps et de l'incidence éventuelle de ses lésions dans sa représentation de son identité personnelle.

Ces lésions, ces déficiences sont diagnostiquées et évaluées par le médecin. Celui-ci organise et coordonne les différents soins médicaux, infirmiers et de rééducation fonctionnelle effectués respectivement par les acteurs des différentes équipes énumérées plus haut. Les expressions (verbales et non verbales) par ceux-ci se voudront le plus souvent rassurantes; elles seront de toutes façons interprétées.

Si la récupération est complète ou tout au moins si les capacités résiduelles permettent la reprise des activités antérieures, la crise n'aura été que passagère et souvent sans lendemain. La photo et la carte d'identité de l'individu pourront rester identiques, inchangées...

Ces déficiences peuvent entraîner des incapacités modérées, mais certaines. Elles vont alors nécessiter des ménagements personnels et des aménagements de l'environnement pour que le sujet puisse réintégrer sa place dans son milieu et dans son groupe social habituels. Il va cependant devoir reconsidérer certaines de ses habitudes et de ses activités antérieures, un certain mode de fonctionnement, voire sa situation et son rôle social.

Les professionnels de la réadaptation vont intervenir pour lui apprendre à utiliser et à mettre en place des compensations physiques ou des aides techniques appropriées à son nouvel état de santé et d'autonomie. L'équipe de réinsertion va proposer et provoquer des rencontres avec la famille, une visite du domicile ou de l'entreprise afin d'évaluer et d'organiser le retour en aménageant le domicile ou le poste de travail, voire l'emploi dans l'entreprise antérieure.

Des déficiences et des incapacités plus importantes peuvent nécessiter des solutions plus radicales. Le couple, la famille devra notamment changer de domicile pour qu'il soit accessible. L'intéressé devra changer de métier, voire d'entreprise, éventuellement apprendre et se reconverter dans une nouvelle profession.

La "crise identitaire" prend des dimensions sociales, surajoutées à la dimension physique. Son statut social, certains "identifiants" sociaux vont devoir être revus et corrigés. Le sujet était maçon ou chauffagiste, connu et reconnu comme tel depuis peut-être des années... Il habitait un pavillon individuel de banlieue où il avait ses habitudes, où il connaissait tout le monde et était connu de tout le monde... Il va devoir se refaire une nouvelle situation, une nouvelle identité sociale et professionnelle en déménageant dans un immeuble accessible dans un autre quartier et en se reconvertissant comme concierge ou employé de collectivités...

Le handicap séquellaire peut rester sévère, après épuisement de toutes les ressources de la médecine et de la réadaptation. Réellement conséquent, il ne permet alors aucune reprise d'une quelconque activité professionnelle rémunératrice. Dans l'extrême des situations, l'indépendance physique et/ou psychique peut rester plus ou moins compromise pouvant nécessiter l'assistance d'une tierce personne pour certains ou même tous les actes essentiels de la vie quotidienne.

Les équipes de soins, de réadaptation et de réinsertion vont devoir intervenir pour aider au deuil des capacités et de la situation antérieures. Le médecin, le psychologue et l'assistante sociale devront accompagner la personne dans un travail de recomposition de son nouvel état, de sa nouvelle situation, de sa future identité de personne dépendante de son entourage, de personnels de soins ou d'organismes sociaux. Ce travail peut être prolongé, parfois même jamais achevé, selon l'implication dans sa situation précédente.

Il sera alors question de nouveaux statuts et d'identités de malade, de personne handicapée, d'invalide, voire de cartes de la même appellation, mais surtout de pensions et d'allocations spécifiques pour toute ressource, de foyers d'hébergement et autres maisons d'accueil spécialisées, éventuellement de centres d'aide par le travail ou autres ateliers protégés, de façon incontournable... en face d'une société fondée en fait sur ce système de "production-consommation" que nous connaissons trop bien. De surcroît, cette société manie la culpabilisation à travers ces différents termes d'assistance face à ceux de responsabilité.

C'est alors, pour un certain nombre de ces "grands handicapés", le début d'un repli sur soi, d'une exclusion de fait de son groupe social, voire, dans certains cas, le chemin vers la dépression réactionnelle, quand ce n'est pas le suicide... On prend alors conscience de la fonction "humanisante" et de la valeur "socialisante" des activités humaines, professionnelles en particulier, lesquelles permettent de rencontrer d'autres personnes et d'être acteur dans un groupe. Certains se "sur-investissent" d'ailleurs dans des activités associatives afin de satisfaire ce besoin, de retrouver une place parmi les autres hommes, de se réaliser dans l'action...

ETRE ou AVOIR ? – AVOIR ou ETRE ?

Il me semble que l'usage du verbe "avoir" ou du verbe "être" donne une signification différente à l'expression de leur affection par certains patients. Il y va d'une certaine distanciation, de l'appropriation ou de l'identification avec cette affection.

- Avoir une maladie -- Etre malade

- | | |
|---|---|
| • Avoir une hémiplégie ou une lombalgie | -- Etre hémiplégique ou lombalgique |
| • Avoir un handicap | -- Etre handicapé |
| • Avoir la santé | -- Etre en bonne santé |
| • Avoir des capacités ou des incapacités | -- Etre capable ou être dans l'incapacité |
| • Avoir un métier ou un emploi | -- Etre employé ou menuisier |
| • Avoir la qualité de travailleur handicapé | -- Etre reconnu travailleur handicapé |
| • Avoir l'invalidité | -- Etre invalide |

8. Conclusions

- <<< " L'autre est un autre qui n'est autre que parce qu'il est à la fois semblable et différent " – Vladimir Jankélévitch
- <<< " Je est un autre ... autrement " - ?

En conclusion de ce court exposé, je voudrai faire ces quelques derniers commentaires.

- L'identité d'une personne se constitue progressivement depuis sa naissance. Elle fait de chacun un individu unique et lui fournit une appartenance à un groupe.
- La première chose que l'on fait à la naissance d'un enfant, c'est de l'identifier, c'est-à-dire de lui donner une identité. La première identification est celle du sexe qui le distingue, puis celle du prénom qui le singularise, et, enfin, dans l'acte de déclaration civile, celle du nom qui lui donne une filiation et l'introduit dans une appartenance.
- Cette inscription "paradoxe" dans un groupe poursuit l'individu toute sa vie. Il s'agit pour lui de maintenir un équilibre permanent entre sa singularité pour exister en tant que personne et sa ressemblance avec d'autres pour assurer son appartenance au groupe auquel il doit son existence et de ce fait aussi les moyens de sa subsistance.
- La santé et le travail sont des normes d'intégration dans notre société. Ils constituent des facteurs d'identification, d'identité sociale. A contrario, leur perte entraîne des facteurs d'exclusion.
- La maladie, le handicap font parfois voler en éclats l'intégrité physique et/ou psychique. Les incapacités qui en découlent peuvent rendre difficiles, voire impossibles, l'accès à l'emploi et l'insertion sociale.
- Aujourd'hui, en effet, l'insertion professionnelle d'un individu conditionne son insertion sociale. Dans notre société occidentale, le travail contribue à la reconnaissance sociale. Il est la source traditionnelle de rémunération. Il est, à la fois, critère et facteur d'autonomie et, de ce fait, d'intégration sociale.
- Les plus handicapés, les plus démunis ne sont-ils pas appelés "exclus" du fait même qu'ils ne travaillent pas, et, au-delà, qu'ils n'ont pas les moyens de payer un loyer et de subvenir à leurs besoins ?

- Il s'agit pour l'invalidé ou la personne handicapée, comme pour le chômeur, de retrouver de nouveaux moyens pour vivre. Il va lui falloir chercher à s'identifier et se faire identifier autrement par cette société... pour y retrouver une petite place, un strapontin !
- Actuellement, notre société lui attribue éventuellement un nouveau statut, lui reconnaît une nouvelle identité sociale... de nouveaux droits, diverses prestations et allocations pour subsister, et, même de nouvelles cartes d'invalidité, de personne handicapée ou de chômage... à l'instar de sa carte d'identité nationale.
- En fait, une législation et de nombreux dispositifs d'aide à l'insertion existent. De nombreuses associations, des établissements spécialisés et des professionnels compétents oeuvrent auprès d'enfants, d'hommes et de femmes vulnérables pour les aider à dépasser leurs difficultés, leurs souffrances ou leurs handicaps. Mais, une évolution des mentalités devra encore accompagner celle des textes et des dispositifs pour faciliter le travail des acteurs de terrain et rendre effective l'application de droits fondamentaux et l'égalité des chances promise à tous.
- Ce challenge, c'est celui de la fraternité et de la solidarité. Je n'ai pas vu de réussite en matière de prise en charge dans nos métiers de soins, de rééducation fonctionnelle, de réadaptation et d'insertion sans une bonne dose de tolérance et de conviction.
- Il nous faut surtout croire d'abord en l'Homme, en "l'Homme debout", pour que chacun – handicapé ou non – travailleur ou non – trouve sa place et sa dignité de personne.
- ...Sur cet air-là, j'ai rencontré des personnes handicapées plus heureuses et épanouies que certains valides... sans problème d'identité !
- ... C'est celui de la foi en la vie...
- ... sur une autre chanson, celle de : "Va, ta foi t'a sauvé" !
- ... sur la musique de : "Je suis celui qui suis" !

Mais... serait-ce un autre débat, sinon un même combat ?

Ph. LERNOULD