

Francis DANVERS

## LA MEDECINE DANS L'ORIENTATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE : UNE APPROCHE HISTORIQUE EN TERMES DE MODELISATION

**Résumé :** Les rapports entre médecine et orientation professionnelle ont été peu étudiés. Pourtant la consultation psychologique d'orientation a emprunté au modèle médical et le médecin remplit une fonction de prévention et de signalement dans le domaine des contre-indications à l'exercice de telle ou telle profession. Nous nous efforçons de souligner la fonction sociale et éducative de la médecine d'orientation, placée entre la médecine scolaire et la médecine du travail, et de rappeler l'importance qu'elle devrait garder encore de nos jours, en particulier sur le terrain de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes en difficulté et en matière d'accompagnement des adultes handicapés.

**Mots clés :** Médecine d'orientation - Examen médical - Aptitudes (théorie des...) - Conseil en orientation - Insertion sociale et professionnelle - Education à la santé.

« L'homme ne se sent en bonne santé — qui est la santé — que lorsqu'il se sent plus que normal — c'est-à-dire adapté au milieu et à ses exigences — mais normatif, capable de suivre de nouvelles normes de vie. »

G. Canguillem, (1966), *Le normal et le pathologique*  
Paris, PUF (p. 132-133).

R. Lallau, directeur de l'Office départemental d'orientation professionnelle du Nord et de l'Office municipal d'orientation professionnelle de Lille, présente en 1937, « une œuvre sociale bien moderne », à l'avant-garde du progrès social : l'orientation professionnelle. Plusieurs protagonistes vont interagir dans la préparation du choix professionnel du jeune : le maître d'école, le conseiller d'orientation, la famille, l'employeur, le médecin...

Notre contribution s'attache à la figure du médecin d'orientation professionnelle dans une perspective historique. Nous montrerons comment nous sommes passés de préoccupations de rendement social ou scolaire et de rationalisation technique dans le choix des métiers à une perspective plus large et dynamique d'éducation et de réalisation du projet personnel et pro-

fessionnel. Enfin nous nous interrogerons sur l'exigence éthique d'intégrer handicapés et malades.

### AUX SOURCES DE L'EDUCATION SPECIALISEE

C'est peu après l'édification des lois fondamentales de l'école républicaine que nos contemporains apprirent à discriminer criminels, vagabonds, aliénés, arriérés, handicapés physiques. Cette catégorisation ébauche un dispositif d'éducation et de soins des personnes « déficientes », dans le sillage des mesures préconisées par J. Ferry pour l'instauration de l'obligation scolaire.

L'action exemplaire d'un médecin aliéniste de l'Hospice de Bicêtre en faveur des enfants « idiots et dégénérés », D. M. Bourneville, autorise un projet thérapeutique et amène les pouvoirs publics à s'intéresser aux enfants arriérés éducatifs. Bourneville demande la création de classes annexées aux écoles primaires ordinaires. La Commission interministérielle Bourgeois (1904) répertorie plusieurs catégories d'« anormaux » : les sourds-muets, les aveugles, les anormaux médicaux, les instables et les arriérés et propose prioritairement la création de classes spécialisées au profit d'« instables » ou d'« arriérés ». Pour répondre à cette demande, A. Binet et T. Simon élaborent les premiers outils d'investigation scientifique pour le repérage de la déficience intellectuelle qui vont permettre de définir des critères d'orientation dans les classes de perfectionnement. La préoccupation des précurseurs de la psychopédagogie est celle du rendement scolaire et social des *Enfants anormaux*, Binet, 1907.

La loi du 15 avril 1909, qui institue les écoles et classes de perfectionnement pour enfants arriérés est le texte fondateur de l'enseignement spécialisé ou de ce que nous appelons aujourd'hui, l'AIS (adaptation et intégration scolaire).

D'après des faits empiriques, plusieurs auteurs ont essayé de classer les sujets d'après leur morphologie, leurs caractéristiques physiologiques, puis de les grouper en types. On peut évoquer par exemple, les typologies du Français Sigaud dans *la Forme humaine, sa signification* (1914), celles de l'Allemand Kretschmer et de l'Américain Sheldon. Ce dernier, opérant sur un grand nombre de sujets, trouve trois types morphologiques principaux qui s'apparentent à ceux de Kretschmer : l'endomorphe (arrondi), l'ectomorphe (allongé) et le mésomorphe (musclé). A chaque type morphologique correspond un ensemble de traits de caractères fondamentaux que l'on appelle « viscérotonie », « cérébrotonie », et « somatonie ». Dans le domaine de l'orientation professionnelle, il était rare de rencontrer des sujets apparte-

nant clairement à l'un des trois types. Généralement, le médecin d'orientation professionnelle repérait une caractéristique dominante.

Nous essayerons de montrer comment ces pratiques classificatoires, d'origine biomédicale, s'inscrivent dans une logique défectologique, se focalisant sur les déficiences, les carences et les handicaps (supposés ou réels) des individus par rapport à la valeur centrale de la modernité, le travail humain. Nous verrons les limites de cette approche normative et prescriptive en soulignant l'intérêt d'une prise en compte de la globalité de la personne dans son projet de vie, évoluant de manière non prévisible, en interaction avec des environnements physique, psychologique et social.

### **PREVENIR ET REMEDIER POUR EVITER LE « GACHIS HUMAIN »**

Avec l'ère industrielle, l'orientation professionnelle a représenté une cause sociale pour plus de justice et de protection des individus. Le célèbre rapport du Dr. L. R. Villermé (1840), *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers dans les fabriques de coton, de laine et de soie*, témoigne des inquiétudes que font naître les progrès du machinisme sur les conditions de travail dans les ateliers, notamment pour les enfants des classes laborieuses. L'action de ce précurseur de la médecine sociale ne restera pas sans lendemain. Dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, une législation protège femmes et enfants (1892), définit des normes en matière d'hygiène et de sécurité des travailleurs (1893) ainsi que dans le domaine des accidents du travail (1898). Des industriels français réclament, à l'exemple d'autres pays, les appareils protecteurs et les dispositifs de sécurité industrielle. Des savants élaborent des recherches en laboratoire sur le travail professionnel. Les pionniers professent la physiologie du travail dans le cadre du Conservatoire national des arts et métiers, à l'instar de J. Amar et du Dr. R. Faillie. Leurs méthodes influenceront la psychotechnique, appelée à devenir la base scientifique d'une orientation rationnelle. A la veille de la Première Guerre mondiale, une commission, sous l'égide du ministère du Travail, est chargée des études relatives à la psychologie du travail et aux aptitudes professionnelles.

Pour remédier notamment à la crise de l'apprentissage, les pouvoirs publics prennent les premières mesures officielles au début des années vingt. « L'orientation professionnelle est l'ensemble des opérations incombant au sous-secrétariat d'Etat de l'Enseignement technique qui précèdent le placement des jeunes gens et des jeunes filles dans le commerce et dans l'indus-

trie qui ont pour but de révéler leurs aptitudes physiques, morales et intellectuelles. »<sup>1</sup>

E. Herriot, ministre de l'Instruction publique, dans sa *Lettre aux écoliers de France sur le choix d'un métier* (28 juin 1927) questionne : « Qui vous dira si le métier que vous êtes sur le point de choisir vous convient ou ne vous convient pas ? Demandez s'il existe à proximité du lieu où vous habitez un office d'orientation professionnelle qui, tenant compte de vos désirs et de ceux de votre famille, des indications fournies par votre maître et le *médecin scolaire*, de l'état du marché du travail, vous donnera les renseignements nécessaires et prendra toutes les mesures utiles, pour assurer le placement en apprentissage. »

J. Perret publie un rapport sur le fonctionnement de l'Office départemental de l'agglomération lyonnaise qu'il dirige. Pour l'année 1932, plus de la moitié des enfants ont vu leurs intentions confirmées à l'issue d'un contact avec l'Office de Lyon. Cependant, les contre-indications jouent un rôle important : sur 1 672 enfants orientés, 11 % sont d'ordre économique, 24 % d'ordre médical et 65 % d'ordre psychologique<sup>2</sup>.

L'un des problèmes qui heurtent le plus l'orientation professionnelle est la place accordée aux déficients. G. Poullaouec, chef du service d'orientation professionnelle de Nantes s'appuie sur des médecins psychiatres, tel le docteur Heuyer qui ont reconnu que la rééducation des anormaux par le travail était réalisable, « à condition que chacun d'eux reçoive exactement l'éducation qui convient à son état », n'hésite pas à proclamer : « ... Que de jeunes délinquants, que de déchets humains ne sauverait-on pas si l'orientation professionnelle avait la possibilité d'aiguiller les anormaux et les débilés vers des établissements de rééducation par le travail »<sup>3</sup>.

A Lille, dans les années trente, le « Centre de triage » devient le « Centre d'examens médico-psychiques et d'orientation professionnelle des mineurs délinquants de Lille ». R. Lallau, directeur de l'Office départemental d'orientation professionnelle du Nord dresse un bilan après 8 années de fonctionnement et de collaboration avec l'Institut de médecine légale et sociale de Lille : « L'organisation de notre service d'orientation professionnelle pour les mineurs délinquants... marque une étape vers une société meilleure, mieux organisée, utilisant toutes ses ressources humaines... C'est la description d'une réalisation effectuée par Lille, par le Nord, toujours à l'avant-garde du progrès social. »<sup>4</sup> Intervenant au congrès international de

---

<sup>1</sup> Le décret du 26 septembre 1922 disqualifie le ministère du Travail dans le domaine.

<sup>2</sup> Bulletin de l'Association générale des orienteurs de France, janvier-mars 1933, (p. 9).

<sup>3</sup> Bulletin de l'Association générale des orienteurs de France, octobre-décembre 1935, (p. 8-9).

<sup>4</sup> R. Lallau, *L'orientation professionnelle au centre d'examens médico-psychiques et d'orientation professionnelle des mineurs délinquants de Lille*, Lille, 1938, (p. 30).

l'enseignement technique à Rome, en 1936, il traite de l'éducation physique comme auxiliaire de l'orientation professionnelle et envisage les méfaits de la division du travail dans les ateliers, source de déformation professionnelle d'ordre physique. « Pour armer les enfants dans la lutte pour la vie, il ne faut pas que les orienteurs laissent dans l'ombre tout ce qui touche la santé physique du travailleur »<sup>5</sup>.

Pour le Dr Laufer, président de l'Association des médecins inspecteurs de la ville de Paris, l'examen médical doit servir à la préadaptation professionnelle de sorte qu'avant la fin de la scolarité, il provoque la correction des déficiences et permette une orientation plus exacte et plus efficace, « l'idéal étant de faire du métier un sport de développement »...

On le voit, l'orientation professionnelle sous la IIIe République est portée par les progrès scientifiques et techniques, d'une société industrialisée traversée par le changement social : exode rural, urbanisation, machinisme... Dans ce mouvement de bascule entre l'ancien monde et le nouveau monde, les propagateurs de l'orientation professionnelle rallient à leur cause des savants, médecins et psychiatres pour perfectionner les méthodes psychologiques d'observation des aptitudes et promouvoir leur utilisation rationnelle afin de mettre le travailleur à la place qui lui convient, selon le fameux adage : « *The right man in the right place* ». Il n'est pas exceptionnel en cette période, d'assister à des soutenances de thèse dans des facultés de médecine sur le rôle du médecin à l'égard des apprentis et sur la fonction sociale de la médecine d'orientation professionnelle. Cette utopie très générale et généreuse, parce qu'avec peu de moyens, elle s'adressait aux enfants du peuple et bien souvent aux plus démunis, concernait la période allant de la fin de l'école primaire vers l'entrée dans l'apprentissage d'un métier manuel qualifié. Ainsi s'opérait pour le plus grand nombre, avec le choix d'un métier, l'entrée dans la vie et le choix irréversible d'un type d'existence dans la société.

En fait, les crises économiques et la guerre en décideront sans doute autrement pour beaucoup, mais l'essentiel pour nous n'est pas là, il est davantage dans le nouveau regard que l'homme projette sur sa condition et les valeurs contradictoires qui s'affrontent dans le siècle : visées hygiéniste et eugéniste ? visées ségrégative ou intégratrice ? Comme le rappelle J. Guichard (1987), le cadre idéologique où se formulent les premiers discours scientifiques relatifs à l'enfance inadaptée en même temps que se mettent en place les différents corps des spécialistes chargés de ces inadaptés, n'est pas sans lien avec l'idée fondamentale de la fin du XIXe siècle, qui est de consi-

---

<sup>5</sup> R. Lallau, *le rôle de l'éducation physique en orientation professionnelle*, opuscule non daté, INOP, Paris.

dérer les différences sociales comme la conséquence de différences psychobiologiques héréditaires. Par la suite, la psychologie objective des aptitudes devait conduire à un large débat : hérédité-milieu. On le voit, le regard médical « chosifié » des différences en même temps qu'il instaure un rapport à la norme.

En quoi la médecine scolaire et professionnelle, se détache-t-elle de l'hygiène scolaire et de la médecine du travail pour s'associer à une œuvre éducative de promotion de la personne dans son histoire de vie ?

### **ASPECTS PROBLEMATIQUES DE LA MEDECINE D'ORIENTATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE**

La loi Walter-Paulin (1937) institue pour la première fois un examen d'orientation professionnelle au profit des apprentis du secteur artisanal. Dans les années trente, le docteur Marie Parmentier-Beloux a été l'initiatrice d'une spécialisation voulue par les professeurs Laugier et Piéron, la médecine d'orientation professionnelle. M. Parmentier-Beloux avait après ses études médicales, acquis le diplôme de conseiller d'orientation professionnelle et organisé le service médical de la consultation au sein de l'Institut national d'orientation professionnelle de Paris, où étaient appelés à faire leur stage les futurs conseillers. Dès 1946, elle prend en charge la direction et l'inspection du service médical de la Seine et forme des équipes de médecins regroupés en une société scientifique, la Société médicale d'orientation professionnelle (SMOP). Le *Guide pratique du médecin d'orientation professionnelle* (1955) réédité sous le titre *Médecine d'orientation scolaire et professionnelle : enquête, problèmes et recherches* (1963), montre la manière dont une médecine sociale de dépistages hâtifs, soucieuse de formuler les inaptitudes et contre-indications à l'entrée directe en apprentissage ou pour l'exercice de métiers manuels, évolue vers une médecine clinique, réalisant des examens approfondis pour l'orientation scolaire des élèves et leur adaptation à l'entrée au cours préparatoire, en classe de 6<sup>ème</sup>, et au-delà. Les troubles du développement morphologiques de l'enfant, les perturbations du langage (dyslexie...), les maladies survenues au cours de l'adolescence, les anomalies sensorielles (vision, audition...), les difficultés caractérielles, et toutes autres formes de handicaps physiques ou intellectuels sont des facteurs d'élimination scolaire ou des causes de résiliation du contrat d'apprentissage. Quel que soit le niveau de la scolarité, « le médecin est appelé à participer à une orientation intra-scolaire continue dont les perspectives professionnelles sont évidentes », (H. Piéron, préface à l'ouvrage précité, 1963). Dire que l'examen médical « a sa place essentielle, irremplaça-

ble » en pleine concertation avec la consultation psychologique du conseiller d'orientation et éventuellement le concours du service social, est-ce suffisant pour assurer les conditions d'une orientation positive des élèves ?

Dans *Théorie de l'orientation professionnelle*, P. Naville, (1945, 1972), polémique avec le chef de file de l'Institut national d'orientation professionnelle, H. Piéron, qui cherche en psychologue, la validité du fondement de l'orientation professionnelle dans l'existence chez les individus, d'aptitudes différentes d'origine héréditaire. Le sociologue préconise au contraire, une orientation continue qui autorise un diagnostic d'adaptabilité, tenant compte essentiellement de la connaissance réelle des métiers et de la division sociale du travail dans l'évolution des sociétés capitalistes. Dans l'examen rigoureux de la situation française de l'orientation professionnelle, P. Naville consacre une part non négligeable au rôle de l'examen médical dans l'orientation des jeunes. Il constate le manque de liaison entre la médecine et l'orientation professionnelle. Trop souvent, la visite médicale de la plupart des centres d'orientation ne fait qu'éviter les grosses erreurs. Les médecins ne s'investissent guère dans le suivi du travailleur. Sont-ils formés pour cela ? P. Naville préconise une évolution souhaitable : « On doit exiger que le médecin d'orientation professionnelle devienne un spécialiste, qu'il connaisse particulièrement le développement de l'enfant, qu'il soit compétent en matière d'hygiène publique et industrielle, de physiologie du travail, de techno-physiologie des métiers, qu'il ait reçu une instruction spéciale en matière de psychologie expérimentale. Sa collaboration avec les offices d'orientation professionnelle ne doit pas être celle d'un instant, au gré de la visite médicale, mais permanente. Elle ne doit pas se borner au remplissage rapide d'une fiche sommaire en style d'ordonnance, mais étendue à la rédaction de diagnostics complets, approfondis, pesés, à l'élaboration de documents collectifs, comparatifs, statistiques, à la recherche de méthodes nouvelles d'ajustement au métier, de contrôle de l'apprentissage, de surveillance de l'entreprise. » (p. 230).

Dans l'esprit de l'auteur, l'avis du médecin devrait passer au premier plan dans l'élaboration du diagnostic d'adaptabilité, puisque l'examen médical s'élabore à partir du potentiel de l'individu (valeur biologique et physiologique de l'activité humaine).

Dans ses considérations sur la médecine d'orientation, P. Naville n'est pas très loin de l'utopie psychotechnique que nous avons évoquée précédemment : « Le médecin apprendra à passer du diagnostic au pronostic. Exercée collectivement et en masse sur l'ensemble de la population, son action prendra une valeur préventive et créatrice générale. On sera sur la voie de la sélection positive. Il ne s'agit plus seulement de constater, mais de

modifier et d'améliorer. Dans cette voie, le médecin rejoindra l'orientation professionnelle rationnelle. » (p. 230). La nécessité d'adapter l'art médical au domaine du choix professionnel a-t-elle fait évoluer le savoir-faire médical d'une quelconque manière ?

La doctrine du Dr. Parmentier-Beloux s'appuyait sur quatre idées générales :

1 — En médecine d'orientation, le jeune ne doit pas être examiné uniquement « en soi » mais dans un contexte familial et social ;

2 — Il est nécessaire de connaître les conditions de travail par l'étude des métiers ;

3 — Si l'examen d'orientation peut être rendu obligatoire, le conseil donné n'est ni impératif ni définitif, car sur le plan médical, il faut tenir compte des compensations, des vocations, des circonstances diverses.

4 — Avec l'introduction du principe d'orientation à l'école secondaire dans les années soixante, l'orientation scolaire s'échelonne de 6 ans jusqu'à la vingtième année. Par conséquent, la médecine d'orientation est donc en évolution constante.

Pour son successeur, le Dr. R. Delmas, l'examen médical d'orientation a pour base une orientation de qualité. Par exemple, les antécédents personnels du jeune, mentionnés dans le « questionnaire aux parents », qui pour être pertinent, doit être complété par l'adolescent lui-même.

Le médecin participe aussi à l'appréciation de « l'homme global » en apportant sa contribution au choix professionnel du jeune pour déceler les motivations professionnelles liées à sa personnalité. Le colloque « médecin-conseiller » est indispensable pour faire face à la complexité de chaque cas individuel.

Le courant d'idées représenté par la société médicale d'orientation à partir du milieu des années cinquante témoigne d'une autonomie et d'une maturation des idées dans un domaine traversé par l'évolution des publics scolaires, les changements techniques et économiques propres au marché du travail, et les aspects législatifs et réglementaires de l'orientation professionnelle.

#### **DE L'UTILITE D'UNE ACTION PUBLIQUE EN FAVEUR DE L'INTEGRATION DES PERSONNES EN DIFFICULTE**

Nous avons vu que dès 1907, A. Binet considéra qu'il était du devoir de l'Etat de se soucier du sort des « anormaux d'école », en se montrant



attentif aux professions qui pourraient leur être accessibles, en vue d'orienter leur enseignement en conséquence.

Le ministère de l'Education nationale ne se montra guère volontariste pour la prise en charge d'enfants ayant de grandes difficultés physiques ou mentales. Il se laissa facilement dessaisir de la direction d'établissements spécialisés dirigés par des médecins et qui reçurent des prestations d'assurance maladie. C'est le ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance qui leur accorda des agréments dès 1937. C'est en cette période que s'ébauche le secteur médico-éducatif qui devait se développer autour d'associations regroupant des parents d'enfants handicapés, des enseignants etc. Sous Vichy et dans l'après-guerre, s'organise une filière médico-sociale en faveur de l'enfance inadaptée, qui va connaître un développement important.

Des années cinquante aux années soixante-dix dans un contexte socio-économique prospère, furent institués de nombreuses structures médico-éducatives gérées par des associations<sup>6</sup> et soutenues par les ministères de la Santé et de l'Education nationale. L'orientation scolaire par l'échec alimente les classes de perfectionnement qui se transforment en classes de relégation pour une population aux caractéristiques hétérogènes. On en dénombrait 1 145 en 1951, 3 603 en 1963 et 15 270 en 1970.

En 1963, furent créés les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) dont la mission, encore actuelle, est le diagnostic des troubles, les rééducations médico-psychologiques et psychothérapeutiques sous autorité médicale. Ils peuvent soutenir des enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire. Paradoxalement, c'est dans un contexte ségrégatif avec la mise en place de filières hiérarchisées dans le secondaire, que s'imposent des idées favorables à l'intégration. La loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées précise leurs droits : « la prévention et le dépistage, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie des ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale ».

---

<sup>6</sup> M. Sautet, administrateur de l'Association des paralysés de France créée en 1952, un centre d'orientation professionnelle qui fut rattaché au service public de l'orientation en 1955. Le CIO spécialisé pour jeunes handicapés physiques de Paris est actuellement dirigé par E. Pichot. Il existe un service équivalent à Lille, le seul CIO spécialisé pour jeunes déficients en province. A titre indicatif, pour l'année scolaire 1995-1996, l'équipe de ce centre spécialisé pour jeunes déficients a procédé à 336 bilans d'orientation dont la répartition par type de handicap est la suivante : 16,96 % de déficients visuels, 18,75 % de déficients auditifs, 9,52 % de déficients moteurs, 9,82 % de déficients sociaux, 6,54 % de troubles instrumentaux, 23,21 % de jeunes déficients mentaux ou présentant des troubles du comportement, 5,35 % de handicaps associés, 9,85 % autres cas. (source : I. Bellina, directrice du CIO spécialisé de Lille-Nord, décembre 1996).

Le principe de base affirmé par la loi consiste à favoriser, lorsque les aptitudes de la personne handicapée le permettent, son accès aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie (article 1 de la loi 75-534). Sur le plan scolaire, la politique d'intégration est réaffirmée par la loi Jospin du 10 juillet 1989 (rapport annexé), et la mise en place de systèmes d'aide (par exemple, les réseaux spécialisés aux élèves en difficulté, RASED) qui nécessitent la prise en compte dans la gestion académique, de la notion de « besoins spécifiques d'orientation » pour l'accueil des élèves handicapés. Une volonté politique d'intégration<sup>7</sup> est affirmée par le principe du droit à l'intégration des adolescents handicapés moteurs, sensoriels ou mentaux dans les établissements du second degré. Celle-ci nécessite des modalités d'accompagnement personnalisé. L'intégration s'organise autour de la convention d'intégration et du projet individuel de formation. Les familles revendiquent le droit à l'intégration scolaire pour leur enfant. L'Education nationale accompagne cette évolution des comportements. Ainsi en quinze ans, les effectifs de l'enseignement spécial du premier degré sont passés de 101 398 en 1980-1981 à 51 990 en 1994-1995 (DEP, ministère de l'Education nationale, 1995).

Si pour de multiples raisons, toutes plus ou moins justifiables, la pente naturelle des comportements individuels conduit à l'exclusion sociale du handicap, l'intégration des personnes handicapées est donc un choix de société, qui doit être porté par une volonté politique constante et susciter l'adhésion de tous les acteurs sociaux.

### **QUELLE INSERTION POUR LES HANDICAPES ET LES MALADES ?**

Quelle peut-être la place du débile mental dans le monde du travail ? Le handicap fait peur et il n'est pas associé à l'idée de compétences ; comment dès lors, dégager les principes d'une orientation positive pour un sujet qui donne à tous les tests techniques des résultats négatifs ? N'y a-t-il pas un paradoxe à rééduquer en fonction d'une incapacité et non en fonction des ressources de la personne repérée comme déficiente sur tel ou tel plan ?

Philonenko (1961) a réalisé une contribution importante à partir de l'analyse des résultats obtenus sur une population de 633 sujets classés « débiles » (profonds, moyens, légers) à la suite d'un examen clinique et psychotechnique approfondi, au cours des années 1956-1957-1958. L'auteur

---

<sup>7</sup> Exprimée par les déclarations récentes de la ministre déléguée à l'enseignement scolaire, Ségolène Royal, in : *Actualités sociales hebdomadaires*, n° 2097 du 11 décembre 1998.

de la recherche est parti de l'hypothèse de travail selon laquelle le niveau de technicité rencontré chez certains débilés est, en quelque sorte, le résultat d'un processus de substitution pour combler une irrémédiable déficience symbolique (p. 224). Trop souvent, nous faisons comme si le choix qui fonde l'orientation des normaux ou des débilés dans le monde du travail était limité à un nombre réduit de possibilités déterminées. L'échec n'est pas permis, on estimera donc les possibilités considérables et l'on doutera qu'il y ait des débilés inéluctables. Deux affirmations découlent de ce postulat d'éducabilité :

- 1 — Le débile est capable d'effectuer certains travaux qualifiés ;
- 2 — Les métiers ont une valeur thérapeutique qui permet le développement de possibilités chez le débile mental.

L'adaptation socio-professionnelle des débilés mentaux interroge la nation dans son ensemble. L'effort de la société pour éduquer les débilés est minime, dispersé et inadéquat. Ce qui a pour effet de « livrer tardivement à la société un déclassé désarmé face aux réalités de la vie sociale et professionnelle » (p. 392). Une tendance paresseuse consiste à faire croire que le placement du débile doit être dans l'agriculture. Prêter aux débilés une « âme de berger » est une erreur ! (p. 389).

On peut s'étonner encore aujourd'hui, du caractère restrictif de la carte des spécialités offertes aux handicapés légers. Sous cette étiquette, près de 150 000 élèves de l'enseignement secondaire (soit 2,5 % des effectifs) suivent un enseignement particulier qui s'efforce de leur donner au moins les débuts d'une formation professionnelle : dans les sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA), les groupes de classes-ateliers (GCA), les établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA), et les institutions médicales et socio-éducatives. Les choix professionnels proposés à ces jeunes sont restreints. Les filles sont presque toutes orientées vers les services, dans l'hôtellerie et les collectivités, l'habillement et le travail des étoffes. Les garçons se voient offrir le travail du bois, le bâtiment ou la chaudronnerie.<sup>8</sup>

La collaboration médecins et psychologues est indispensable, mais il s'agit aussi de convaincre les employeurs, notamment dans les milieux industriels, et les organismes responsables (Santé publique, ministère de l'Education nationale, de l'Emploi et de la Formation professionnelle). L'ap-

---

<sup>8</sup> Source : DEP, ministère de l'Education nationale, note d'information, 1996-06.

préciation du « handicap » est une donnée relative<sup>9</sup>. Par exemple, ce ne sont plus aujourd'hui les « déficients mentaux » moyens et profonds qui sont majoritaires dans les Centres d'aide par le travail et l'intégration (CAT). On y rencontre notamment de plus en plus souvent des handicapés plus légers qui parvenaient à s'insérer avant la crise de l'emploi. La question de l'avenir professionnel interpelle l'évolution de la société, de l'économie et du travail. Cette même question interpelle le sens de l'école quand il s'agit d'enfants touchés par de graves maladies. Prenons le cas d'enfants cancéreux : environ 2 000 sujets en sont atteints chaque année en France, pour un taux de guérison des deux tiers, avec des traitements qui peuvent s'échelonner entre 6 mois et 2 ans. Cette expérience subjective majeure remet en cause le rapport au savoir (désir de...), au temps et plus globalement à la réalité. Les « bons conseils » masquent, le plus souvent, les craintes des adultes et l'angoisse de l'entourage (soignant y compris) parce que l'image de l'enfant face à la mort nous est insupportable, en ce sens que nous sommes confrontés aux limites de l'imaginable, du représentable, de l'exprimable et du transmissible : « un enfant cancéreux partage des traits communs avec tous les enfants qui ont été confrontés à leur propre mort possible, mais ne se réduit pas à cette définition... Le problème de l'enfant cancéreux à l'école devrait inciter tous ceux qui en font partie à réfléchir à leurs possibilités, leurs limites, leurs objectifs, aux compromis acceptables entre des exigences et des contraintes contradictoires. Les situations et les structures évoluent, souvent sous les effets de la confrontation à des questions nouvelles. » (Lecomte, 1996). Les structures ne sont-elles pas elles-mêmes source de désorientation ?

#### **PASSER D'UNE ORIENTATION DE LA MOYENNE A UNE ORIENTATION DE LA PERSONNE**

Les structures chargées de prévenir ou de remédier aux handicaps, de quelque nature que ce soit, sont-elles de véritables outils de lutte contre l'exclusion et à ce titre participent-elles véritablement à l'aide à la construction des projets d'avenir des personnes ?

Nous voudrions rappeler que sur bien des points, la situation est critique, tant au point de vue des moyens mobilisés qu'au regard des situations individuelles. Distinguons deux niveaux d'intervention, l'orientation en milieu scolaire et l'orientation professionnelle des handicapés. Nous avons signalé que l'intervention médicale au niveau de l'orientation des élèves

---

<sup>9</sup> L'Organisation mondiale de la santé (1988) a élaboré trois niveaux dans la classification internationale des handicaps, distinguant : la déficience, l'incapacité, le désavantage social. Pour plus de précision : F. Danvers (1992), *700 mots-clefs pour l'éducation*, Presses universitaires de Lille, (p. 133-134).

consiste surtout à contrôler les aptitudes lorsqu'une orientation professionnelle est envisagée. Mais quel est le poids exact de l'avis du médecin dans la décision finale d'orientation, si elle ne va pas dans le sens souhaité par l'élève et sa famille ? Un rapport du Conseil économique et social sur « la santé scolaire et universitaire » (J. Beaupère, J.O. 1990) concluait : « Sur de tels cas (qui) restent malgré tout assez rares, ils marquent néanmoins les limites des possibilités d'intervention du médecin qui doivent s'apprécier plus en termes de persuasion que de pouvoir d'intervention. Il apparaît donc que seuls des médecins parfaitement intégrés dans l'équipe éducative et familiers des modes de fonctionnement des établissements d'enseignement peuvent à ce niveau apporter un concours utile. » (p. 64). Une étude du Haut Comité de la santé publique (1997) déplorait que la médecine scolaire soit un « secteur sinistré » : sous-effectifs notoires, soins inégaux, prévention médiocre. La médecine scolaire s'évalue en France, à un médecin pour 8 000 élèves. Dans ces conditions, peut-on encore parler de « service de promotion de la santé » et y intégrer le projet d'avenir du jeune ? Bon nombre de retards scolaires pourraient être évités, si certaines anomalies sont l'objet d'un dépistage précoce. Une politique de prévention qui peut-être plus ou moins ambitieuse (primaire, secondaire ou tertiaire), a pour objectif primordial l'épanouissement harmonieux de l'ensemble des potentialités de l'être humain, en recherchant les conditions optimales susceptibles d'assurer le développement des capacités d'autonomie et de dynamisme. La Charte d'Ottawa en 1986, pour la promotion de la santé : « soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables à celle-ci. Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière »<sup>10</sup>. Dans cet esprit, une politique publique pertinente s'attachera à créer des milieux favorables en réorientant notamment l'action des services de santé. Avec la montée de la précarité et de l'exclusion, le système d'accès aux soins peut devenir inaccessible aux plus démunis. Les actions d'éducation pour la santé en milieu scolaire (prévention des conduites à risques etc.) sont donc essentielles pour les populations défavorisées, mais elles ne suffisent pas en elles-mêmes, elles doivent être relayées par les divers acteurs sociaux (en particulier les employeurs pour l'orientation professionnelle) et s'ouvrir à d'autres institutions.

---

<sup>10</sup> Bury, J. A., 1988, *Education pour la santé*, De Boeck-Wesmael : Bruxelles, (p. 92).

La consultation du rapport annuel du médiateur au président de la République et au Parlement depuis 1973, témoigne du nombre de cas individuels d'orientation contrariée par la non-prise en compte au moment d'un choix d'avenir, des aspects psycho-socio-médicaux de l'orientation professionnelle. Le modèle bio-médical d'origine, qui a prévalu au temps d'une orientation professionnelle précoce fondée sur l'évaluation psychotechnique des aptitudes, s'efface au profit d'une approche pluridisciplinaire et partenariale intégrant les aspects bio-psycho-sociaux des personnes en interaction avec des milieux de vie en profonde transformation. Ainsi est-on passé avec la démocratisation de l'enseignement secondaire et universitaire de cette fin de siècle, d'une orientation professionnelle ponctuelle à visée hygiéniste, à une éducation à l'orientation et à la santé, comprise comme processus tout au long de la vie et à visée démocratique<sup>11</sup>.

Aujourd'hui, l'école garde massivement les jeunes dans ses murs tout simplement parce qu'il n'y a pas de place pour eux sur le marché de l'emploi. Selon les enquêtes épidémiologiques (citées par R. Ballion, in : MGEN octobre 1998, p. 31) : 15,5 % des élèves tardivement scolarisés n'en tirent rigoureusement rien, mais s'enfoncent dans des comportements à risques qui comportent trois dominantes : les conduites dépressives, les conduites violentes et les conduites addictives. L'instauration des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESG) traduit à la fois l'aggravation de ces problèmes, mais également l'évolution de la réponse de l'école qui se trouve dans l'obligation de gérer cette contradiction<sup>12</sup>.

Qu'en est-il des modalités d'accompagnement des adultes handicapés par rapport à l'insertion professionnelle ? Les premières mesures de gestion de la main-d'œuvre handicapée vont être prises après la Première Guerre mondiale et complétées dans les années cinquante pour favoriser la réinsertion sociale des grands infirmes et anciens malades. La loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés a créé les commissions départementales chargées de « l'orientation des infirmes » (CDOI), ancêtre des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel instituées par les lois d'orientation du 30 juillet 1975. Les personnes handicapées sont particulièrement touchées par le chômage, mais elles ne constituent pas une communauté homogène. En dix ans, le taux de chômage des personnes handicapées a augmenté de 160 %. Une personne handicapée

---

<sup>11</sup> Avec la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, pour la première fois en France, les grandes dimensions de cette question sociale sont abordées avec leurs conséquences : santé, emploi, logement, éducation, culture, exercice de la citoyenneté...

<sup>12</sup> Les textes les plus récents (BOEN n° 28 du 9 juillet 1998 et n° 45 du 3 décembre 1998) incitent à une mobilisation de tous les personnels membres de la communauté éducative, dont les conseillers d'orientation psychologues.

reste deux fois plus longtemps au chômage qu'une personne valide. Mais trois quarts d'entre elles ont un niveau d'études inférieur au brevet d'études professionnelles.<sup>13</sup>

La loi du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés détermine des publics prioritaires dans les politiques d'emploi. L'arsenal législatif et réglementaire contribue-t-il à l'intégration des travailleurs handicapés ou bien engendre-t-il un effet pervers de stigmatisation et de rejet notamment des employeurs, qui dans un contexte de chômage massif et de concurrence ont tendance à rechercher la main-d'œuvre la plus performante. A partir d'une analyse des reclassements prononcés par une COTOREP, la Fédération des Associations gestionnaires d'établissements de réadaptation pour handicapés de Paris conclut : « ...d'une part à la perversion d'un système protégé dont la productivité et la rentabilité sont de plus en plus faibles, et d'autre part à un blocage des possibilités de passage des travailleurs handicapés du secteur protégé en milieu ordinaire ». Les COTOREP apprécient la nature et le degré du handicap et orientent en fonction du type de handicap et des capacités des personnes, vers les entreprises ordinaires, les ateliers protégés, les centres d'aide par le travail, les foyers occupationnels etc. En réalité, chaque commission départementale est tributaire des disponibilités d'accueil des différents établissements, très variables d'une région à l'autre.

Les mesures d'orientation prises par les COTOREP apparaissent davantage comme des outils de gestion sociale des laissés-pour-compte, que comme des instruments efficaces de gestion de l'emploi des personnes en difficulté d'insertion : « les COTOREP qui constituent le pivot de l'orientation professionnelle des personnes handicapées, sont devenues un instrument d'extension de la catégorie des travailleurs handicapés plus que de leur orientation professionnelle. » (Vernières, 1997, p. 187).

Nous vivons un malaise techno-bureaucratique avec une pensée parcellaire experte qui rend nécessaire, nous semble-t-il, de réapprendre à penser sans compartiments, à relier les problèmes pour saisir une situation dans sa globalité. C'est en tous cas, un défi majeur pour les tenants d'une « orientation éducative »<sup>14</sup> tout au long du cycle de l'existence.

---

<sup>13</sup> « Handicap et emploi : la galère », dossier de *Rue des entrepreneurs*, France Inter, 14 novembre 1998.

<sup>14</sup> *Repères* pour l'éducation à l'orientation en lycée d'enseignement général et technologique, ministère de l'Éducation nationale, avril 1998, p. 29.

### CONCLUSION

Les débuts de la médecine d'orientation professionnelle remontent aux années trente. A cette époque, le médecin n'était pas intégré au milieu scolaire et l'examen médical était sommaire, limité à l'exposé des inaptitudes et contre-indications des futurs apprentis pour l'exercice des métiers.

A l'instar de la psychotechnique, la médecine d'orientation professionnelle s'est calquée sur le modèle bernardien et a été l'objet de débats contradictoires qui ont conduit à son évolution, en particulier avec la prolongation de l'obligation scolaire et l'allongement de la période d'insertion professionnelle. Sur ce dernier plan, tout à fait fondamental pour une société confrontée à la montée de la précarité, nous pouvons rappeler les préconisations du rapport de B. Schwartz, 1981, dans *L'insertion professionnelle et sociale des jeunes* : « Apprendre aux jeunes à être responsables de leur santé et de leur corps ; développer et améliorer la prévention médicale ; surveiller les conditions de travail des jeunes travailleurs ; faire passer des bilans réguliers aux jeunes chômeurs ; développer la prévention tant sur un plan quantitatif que qualitatif ; créer un véritable réseau de services sanitaires et sociaux ; élargir certains droits des jeunes ».

Dire que la médecine a une histoire, c'est rappeler que « la médecine préventive est une médecine qui, au départ, a été inventée pour interdire, mais qu'elle n'a acquis ses véritables titres de noblesse que depuis qu'elle n'interdit que lorsqu'elle a épuisé toutes les possibilités de proposer : nous ne sommes pas des « interdiseurs » systématiques, nous n'interdisons que lorsque nous avons étudié toutes les possibilités pour l'individu de faire l'activité proposée. » (Talbot, cité dans Boltanski, 1978).

En matière d'orientation professionnelle, les contre-indications sont davantage relatives qu'absolues et doivent tenir compte du changement des attitudes culturelles dans une société en évolution accélérée, due notamment à la transformation des modes d'organisation de la production et du travail dans l'entreprise, mais aussi aux nouvelles technologies de l'information et de la communication qui peuvent faciliter l'insertion sociale et professionnelle des adultes handicapés et l'intégration scolaire des jeunes en milieu ordinaire.

**Francis DANVERS**

Université Charles de Gaulle – Lille 3



**Eléments bibliographiques**

- Allemandou B. (1996) « La gestion sociale des jeunes handicapés » — *Sociologie Santé* 15 (119-137).
- Binet A. (1973) *Les idées modernes sur les enfants*. Paris : Flammarion.
- Boltanski E. (dir.). (1978) *La santé de l'écolier : la médecine scolaire d'aujourd'hui et ses perspectives d'avenir*. Toulouse : Privat.
- Bury J.-A. (1988) *Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael.
- Danvers F. (1984) *Histoire des services d'orientation dans l'académie de Lille : 1922-1980*. Thèse de doctorat, université Charles de Gaule – Lille 3.
- Danvers F. (1992) *700 mots-clefs pour l'éducation*. Lille ; PUL.
- Danvers F. & alii. (1998) *La mesure de l'homme : 150 ans d'histoire racontée par les instruments*. Vidéogramme de 30 mm avec livret pédagogique. CAVUL de Lille III.
- Delmas R. (1989) « L'examen médical d'orientation et son entretien » — *Bulletin de l'ACOF*. numéro spécial (113-116).
- Fuster P. & Jeanne P. (1998) *Enfants handicapés et intégration scolaire*. Paris : A. Colin.
- Garnier S., Creusot M. & Delmas R. (1991) *Le bilan médical d'orientation scolaire et professionnelle*. AFPSSU, Médecine scolaire et universitaire.
- Guichard J. (1987) « Orientation, aptitude, statut de l'enfance : les discours autour de l'enfance et de l'adolescence inadaptée » — INETOP. Paris, Document interne (9 p.).
- Lallau R. (1937) « Une œuvre sociale bien moderne : l'orientation professionnelle » — *Le Nord Industriel*, avril.
- Loyseau J. & Mauclert G. (1985) *La désorientation ?* Fédération des associations gestionnaires d'établissements de réadaptation pour handicapés. CTNERHI 3, janvier.
- Munck J. de & Verhaeven M. (dir.). (1997) *Les mutations du rapport à la norme : un changement dans la modernité*. Bruxelles : De Boeck.
- Naville P. (1972) *Théorie de l'orientation professionnelle*. Paris : Gallimard.
- Not L. (1990) *L'accompagnement des adultes handicapés mentaux modérés*. Toulouse : EUS.
- Oppenheim D. (1996) « L'enfant cancéreux et l'école » in : J.-M. Lecomte (coord.) *Ethique et éducation* (pp. 183-193). Paris : CNDP.

F. DANVERS

- Parmentier-Beloux M. (1963) *Médecine d'orientation scolaire et professionnelle* (préface d'H. Piéron). Paris : Masson.
- Philonenko A. (1961) « *Le débile mental dans le monde du travail* » — Numéro sp. du *Bulletin du CERP* (213-400).
- Schwartz B. (1981) *L'insertion professionnelle et sociale des jeunes*. Paris : La Documentation Française.
- Vaillant M. & Bourquin J. (1994) *Orientation investigation, diagnostic*. Centre national de formation et d'études de la protection judiciaire de la jeunesse, Vaucresson.
- Vernières M. (dir.) (1997) *L'insertion professionnelle des personnes handicapées*. Paris : Economica.
- Vial M. (1990) *Les enfants anormaux à l'école*. Paris : A. Colin.
- Zribi G. (1998) *L'avenir du travail protégé. Centres d'aide par le travail et intégration*. Rennes : ENSP.
- Rapport annuel du médiateur au président de la République et au Parlement*. (depuis 1973) Paris : La Documentation Française.