



HAL
open science

**APPROCHE SOCIO-HISTORIQUE DU
MOUVEMENT HANDISPORT EN GUADELOUPE:
ENJEUX SOCIAUX, IDENTITAIRES ET SPORTIFS
DES DYNAMIQUES ASSOCIATIVES (1978-2010).**

Gael Villoing

► **To cite this version:**

Gael Villoing. APPROCHE SOCIO-HISTORIQUE DU MOUVEMENT HANDISPORT EN GUADELOUPE: ENJEUX SOCIAUX, IDENTITAIRES ET SPORTIFS DES DYNAMIQUES ASSOCIATIVES (1978-2010).. Anthropologie sociale et ethnologie. Université Montpellier I, 2013. Français. NNT: . tel-01682717

HAL Id: tel-01682717

<https://hal.science/tel-01682717>

Submitted on 12 Jan 2018

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.

UNIVERSITE DE MONTPELLIER 1

Année universitaire 2011/2012

Thèse présentée pour obtenir le grade de :

Docteur de l'Université de Montpellier 1

Discipline : STAPS

Ecole Doctorale : Territoires, Temps, Sociétés et Développement

Présentée et soutenue publiquement par :

VILLOING Gaël

le 14 janvier 2013

**APPROCHE SOCIO-HISTORIQUE DU MOUVEMENT HANDISPORT
EN GUADELOUPE :
ENJEUX SOCIAUX, IDENTITAIRES ET SPORTIFS DES
DYNAMIQUES ASSOCIATIVES (1978-2010)**

Directeur : Anne MARCELLINI

Co-Directeur : Sébastien RUFFIE

Membres du jury :

Patrick FOUGEYROLLAS, Professeur des Universités, Université Laval, (Rapporteur).

Nicolas BANCEL, Professeur des Universités, Université de Lausanne, (Rapporteur).

Justin DANIEL, Professeur des Universités, Université Antilles-Guyane.

Emmanuelle FILLION, Maître de conférences, EHESP/CNSA.

Anne MARCELLINI, Professeur des Universités, Université de Montpellier 1.

Sébastien RUFFIE, Maître de conférences, Université Antilles-Guyane.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE.....	5
PREMIERE PARTIE : ELEMENTS THEORIQUES POUR UNE APPROCHE SOCIO- HISTORIQUE.....	12
I. Handicap, sport et mobilisation collective.	13
1. Approche socio-historique du handicap : de la « stigmatisation » à une « participation sociale et sportive ».....	13
2. Une approche compréhensive par l'analyse de la structuration des organisations associatives.....	27
3. Les associations dans le domaine du handicap : une particularité ?	39
4. L'organisation sportive des personnes ayant des incapacités motrices : un mouvement « auto-organisé».	44
II. Le contexte guadeloupéen à l'épreuve des concepts du handicap et de l'organisation associative.	46
1. Un contexte historique et géographique particulier.	47
2. Des représentations sociales favorables à la stigmatisation des personnes handicapées ?.....	57
3. Le regroupement associatif en Guadeloupe.	62
4. Le mouvement sportif en Guadeloupe : un espace de quête identitaire.....	66
III. Synthèse et problématique.	71
IV. Méthode de recueil de données et d'analyse.	74
1. Vers une approche socio-historique.	74
2. Un regard micro-sociologique.....	76
3. Méthodes de recueil et d'analyse de données.	80
4. Plan de présentation du travail.	105
DEUXIEME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSES	107
I. Introduction et présentation des conditions d'émergence des pratiques sportives des personnes handicapées en Guadeloupe.	108

1. La situation des personnes handicapées physiques avant la « départementalisation ».....	109
2. La Départementalisation : le point de départ d'une structuration de la prise en charge du handicap ?.....	113
3. Les années 1970 : Le développement des dispositifs institutionnels et associatifs de la prise en charge du handicap en Guadeloupe.	117
4. La circulation des personnes handicapées physiques entre la métropole et la Guadeloupe : la preuve d'un « retard » ?	121
5. Conclusion.....	123
II. 1978-2000 Genèse du mouvement collectif « autogéré » des personnes ayant des incapacités motrices en Guadeloupe.	126
1. L'organisation de l'association de la Karukera Association des Handicapés Moteurs Adultes.	127
2. Une recherche de visibilité par le sport	142
3. Le recrutement de la première vague d'acteurs de la KAHMA.....	149
4. Action de terrain et médiatisation du mouvement de personnes handicapées en Guadeloupe.....	163
5. 1982, la création de l'équipe de basket de la KAHMA.....	180
6. Soleil Kléré Nou : la question de l'autonomie des personnes lourdement handicapées en Guadeloupe.	208
7. 1988, Création de la section Handisport à Soleil Kléré Nou : l'« Expressions » d'un nouvel élan sportif ?	215
8. L'organisation du mouvement fédéral handisport en Guadeloupe.	228
9. Synthèse de la période de 1978-2000 : entre recherche de visibilité sociale et tentative de sportivisation.....	241
III. De 2000 à aujourd'hui : La multiplication des logiques sportives.....	244
1. La reprise en main du mouvement fédéral : la Ligue Handisport de la Guadeloupe.	245

2. Une vague de création d'associations sportives spécialisées : une logique professionnelle.	264
3. La création de section dans des clubs ordinaires : l'autonomie des personnes handicapées sportives vue par les personnes valides.	283
4. Une tension « inter-génération » ou l'apparition de nouvelles stratégies d'intégration.	292
5. 2000-2010 : la multiplication des dynamiques associatives dans le domaine des pratiques sportives des personnes déficientes motrices.	297
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION ET CONCLUSION	301
Introduction	302
I. Discussion : Les axes de tensions autour des usages du sport de 1978-2010.	304
1. Les tensions dans les dynamiques associatives.	304
2. Les tensions autour des enjeux identitaires.	323
3. Les tensions entre autonomie et dépendance.	342
II. Conclusion générale.	355
BIBLIOGRAPHIE	360

INTRODUCTION GENERALE

« ...en fait, moi, le sport j'ai commencé en métropole, j'ai commencé à nager à six ans, je fais ma première compétition à 10 ans et à partir de ce moment-là, j'ai pas arrêté jusqu'à 19 ans. J'ai participé à des meetings internationaux, à des championnats de France, à des championnats junior et pré-selectionné pour Barcelone et après je suis venu ici. Ici y'a rien, j'ai dû arrêter(...) »

(Jérôme, 32 ans, guadeloupéen, sportif de haut-niveau, IMC)

Ce discours est extrait d'un des entretiens réalisés avec des sportifs handicapés guadeloupéens au cours d'un premier travail de recherche universitaire réalisé en 2006¹ au sein de l'UFR STAPS² de Pointe-à-Pitre en Guadeloupe. L'objectif de cette recherche était de confirmer ou d'infirmer l'existence de représentations sociales du handicap « spécifiques » à la Guadeloupe, et de comprendre leurs éventuelles influences sur la pratique sportive des personnes handicapées motrices³. Les résultats furent divers et discutables. Toutefois, les témoignages recueillis lors de cette recherche par entretiens, semblaient accréditer l'idée que c'était l'absence d'organisations sportives accessibles aux personnes ayant des déficiences motrices sur l'île qui s'avérait être un frein majeur à leur pratique sportive, bien avant la présence de représentations sociales du handicap particulièrement négatives qui seraient spécifiques à la Guadeloupe.

Ainsi, le questionnement de terrain qui est apparu suite à ce premier travail était le suivant : Quelle est l'offre de pratique d'activités physiques et sportives à l'intention des personnes déficiences motrices en Guadeloupe ? Quelles sont les possibilités pour ces personnes de pouvoir s'inscrire dans une pratique sportive régulière ? Quels types

¹ L'influence des représentations sociales du handicap en Guadeloupe sur le développement du Handisport, mémoire de maîtrise non publié, dirigé par Ruffié S., Juin 2006, UFR STAPS, Université des Antilles-Guyane

² Unité de Formation et de Recherche des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

³ Au cours de ce travail, nous avons interrogé des personnes présentant des déficiences motrices pratiquant une activité sportive (8) ou non (1). Notre échantillon était composé de neuf hommes de trente à cinquante ans.

d'organisation et d'association assurent l'encadrement de ces activités sur ce territoire ? Peut-on effectivement observer de très faibles possibilités de pratique sportive comme différentes personnes interviewées l'expriment ?

Avant de s'intéresser spécifiquement à la Guadeloupe, il convient de resituer ces questionnements dans l'histoire globale des pratiques sportives des personnes handicapées. L'histoire du mouvement sportif des personnes handicapées motrices est classiquement repérée comme débutant en 1948 lorsque le neurochirurgien Ludwig Guttmann organise au sein de l'hôpital de Stoke-Mandeville en Angleterre des rencontres sportives de basket-ball en fauteuil roulant et de tir à l'arc en fauteuil roulant pour 16 de ses patients, des militaires blessés lors de la seconde guerre mondiale (Bailey, 2008). Les premiers jeux de Stoke-Mandeville ont été organisés en parallèle des Jeux Olympiques de Londres en 1948. 64 ans plus tard, plus de 4000 athlètes venant de 160 pays ont participé aux XIVèmes Jeux Paralympiques de Londres en 2012. Le souhait de Sir Guttmann de voir un jour la renommée des jeux de Stoke-Mandeville devenir équivalente à celle des Jeux Olympiques semble pouvoir se réaliser. On peut observer aujourd'hui que l'institutionnalisation du mouvement sportif des personnes ayant des incapacités s'est faite au travers d'un processus de rapprochement avec le modèle et les organisations du « sport ordinaire »⁴. La création de l'International Paralympic Committee (IPC) qui, depuis 1989, regroupe toutes les organisations sportives de personnes handicapées et organise des compétitions internationales confirme l'inscription de ce mouvement sportif spécifique dans le modèle sportif compétitif global.

Ainsi, les pratiques sportives des personnes handicapées, initiées par le monde médical dans une logique rééducative, sont devenues aujourd'hui des pratiques sportives au sens de Pierre Parlebas (1981), c'est à dire un « ensemble de situations codifiées sous formes de

⁴ L'expression « sport ordinaire » sera ici utilisée pour désigner le mouvement sportif classique par opposition au mouvement sportif spécifique aux personnes handicapées, dans lequel on distinguera le « Handisport » et le « Sport Adapté ».

compétitions et institutionnalisées ». Dans ce dispositif institutionnel, on peut repérer une haute spécificité d'organisation et un processus de codifications (Elias et Dunning, 1986). Les codifications et catégorisations spécifiques développées dans ce « handisport » provoquent d'ailleurs de nombreux débats dans les relations avec l'institution sportive « ordinaire », comme par exemple les controverses autour du cas Pistorius l'ont récemment souligné à nouveau (Marcellini, 2003, 2010).

En France, le mouvement sportif initié par les mutilés de la Seconde Guerre mondiale⁵, lors de la création de l'association sportive des mutilés de France en 1954 (ASMF), comptabilise aujourd'hui plus de 900 associations et environ 20.000 licenciés affiliés à l'actuelle Fédération Française Handisport⁶.

Au regard de ce rapide cadrage historique, il apparaît que les pratiques sportives des personnes handicapées sont aujourd'hui organisées dans le cadre d'un mouvement sportif spécifique et institutionnalisé aux niveaux national et international. Les questionnements qui nous animent quant à l'offre de pratiques sportives pour les personnes handicapées en Guadeloupe, nous amènent à nous interroger sur l'organisation de ces pratiques à l'échelon local et régional.

En Guadeloupe le mouvement sportif des personnes handicapées est apparu dans les années 1980, et il s'organise aujourd'hui autour de plusieurs associations. Dès lors, on peut se demander si la logique sportive fédérale observée au niveau national et international s'est diffusée jusqu'en Guadeloupe ? Si oui, de quelle manière ? Si non, quelles sont les logiques

⁵ Un projet de recherche sur l'analyse socio-historique du mouvement sportif des personnes handicapées physiques, mené par le laboratoire SantéSiH (UFR STAPS de Montpellier) et le laboratoire ACTES (UFR STAPS de Guadeloupe), est actuellement en cours. Deux ouvrages collectifs de synthèse sur les travaux en sciences humaines et sociales autour de la Fédération Française Handisport sont en cours de réalisation : le premier ouvrage titré provisoirement « Histoire du mouvement Handisport » est coordonné par Ruffié Sébastien et Ferez Sylvain (parution prévue en janvier 2013), le deuxième ouvrage « Handisport : mouvement d'intégration », qui présente un recueil des travaux sociologiques sur le sujet, est coordonné par Marcellini Anne et Villoing Gaël (parution prévue en Avril 2013).

⁶ Chiffres du site officiel de la Fédération Française Handisport : <http://www.handisport.org/content/federation/index.php>

qui ont été développées par les différentes associations locales dans lesquelles des pratiques sportives étaient organisées ? Observe-t-on des logiques particulières sur ce territoire qui permettraient de comprendre pourquoi les personnes interviewées ressentent une absence de possibilité de pratiquer un sport ?

Cette dernière question renvoie au thème de la « spécificité » locale, qui ressurgit à chaque fois que l'on traite des départements d'Outre-mer. En effet, le concept de particularisme local, qui sous-entend une lecture en termes de singularité culturelle, est fréquemment utilisé pour expliquer et pour comprendre les événements sociaux qui s'y déroulent. La question du handicap peut-elle y échapper ? Et plus particulièrement lorsqu'il s'agit de la mise en jeu du corps ? De nombreux travaux font référence à ce « système » spécifique de représentations du corps qui prend sa source dans l'histoire des sociétés antillaises. Ainsi, dans le prolongement d'une « hiérarchisation des couleurs » (Benoist, 1972 ; Bonniol, 2006), le corps apparaît comme un vecteur d'identification. Il renvoie à la puissance des cadres normatifs qui régissent les événements de la vie quotidienne et les différentes formes de relations sociales (Bougerol, 1997). Ainsi, les travaux sur le corps stigmatisé par des déficiences, ainsi que les travaux sur l'intégration des personnes handicapées dans la société guadeloupéenne, semblent toujours rattachés à des interprétations soulignant la spécificité « culturelle » (Fiata, 2006 ; Francius, 2012).

Mais les formes de mobilisations collectives peuvent-elles nous renseigner autrement sur le contexte social et les dynamiques sociales de l'intégration des personnes handicapées en Guadeloupe ? En France, un certain nombre de travaux ont récemment analysé l'histoire du handicap à travers le mouvement associatif des personnes handicapées (Barral et *al.*, 2000). Peut-on élaborer le même travail en Guadeloupe ? En effet, les organisations associatives apparaissent être un espace privilégié pour analyser la diversité des organisations humaines

« enracinées dans des contextes culturels, sociaux et idéologiques » (Laville et Sainsaulieu, 1997 : 57). Ainsi, il apparaît qu'une analyse des organisations associatives de personnes handicapées serait à même de nous renseigner sur le traitement social du handicap en Guadeloupe de façon plus large qu'une entrée par les systèmes de représentations du corps handicapé. Nous avons donc choisi de lire ce terrain au travers d'une sociohistoire de l'association, nous démarquant ainsi des lectures de l'anthropologie culturelle « exotique ».

Au cours de ce travail plusieurs éléments cherchent à être questionnés : peut-on retracer le processus historique de la structuration du mouvement Handisport en Guadeloupe ? Quelles sont les formes d'organisation qui ont été construites ? Et quelles étaient les logiques défendues par les promoteurs de ce mouvement ? Enfin, comment peut-on rendre compte et comprendre les apparentes difficultés de structuration locale de ce mouvement sportif ?

Pour répondre à ces questions, nous avons fait le choix de nous positionner dans une approche inductive. Dans ce travail, nous partons du postulat que « toute recherche sociologique empirique est confrontée à la question de l'articulation des données recueillies et des questions théoriques, des paroles des gens et des concepts scientifiques » (Demazière et Dubar, 1997 : 47). Nous ne chercherons pas à confirmer des hypothèses mais à comprendre le sens des actions des acteurs de terrain. L'espace dans lequel nous avons évolué détient ses propres logiques de fonctionnement qu'il s'agit de mettre au jour. Nous nous inscrivons dans une approche inductive parce que nous avons choisi d'avoir un regard « neutre » sur le champ de notre investigation. Cette démarche nous amène à centrer notre attention sur le terrain et les acteurs pour permettre ensuite une lecture théorique à partir des données. Cette posture s'oppose à la démarche hypothético-déductive qui implique la vérification de théories à partir de confrontation avec les données empiriques (*Ibid.*) même si, comme le soulignent Quivy et

Campehouldt (1995), la formulation d'hypothèses est une méthode plus structurante pour développer une recherche délimitée. Cette démarche inductive nécessite un aller-retour permanent entre le terrain et la théorie afin de produire de la connaissance (Glaser et Strauss, 1967). Si le terrain est à l'origine de la construction du cadre et du plan de notre recherche, il est toutefois nécessaire d'avoir une perspective sociologique générale au risque de ne rien voir (Demazière et Dubar, *op.cit.*). L'absence d'hypothèse ne signifie pas que le chercheur est dénué de sensibilité sociologique. Comme le dit Guillemette (2006), « on ne peut pas procéder exclusivement par induction, il y a toujours aussi de la déduction dans la relation entre les données de terrain et la sensibilité théorique de l'analyste » (p.44).

Notre travail se situe en outre dans une perspective socio-historique. En effet, nous considérons que les conditions d'apparition des pratiques sociales, leur diffusion et leurs transformations, les utilisations politiques et les effets sur la vie sociale sont autant de sujets abordés par la sociologie ou par l'histoire (Guibert & Jumel, 2002). Dans le champ des sciences du sport, l'histoire permet de penser les permanences et les ruptures, de retracer les évolutions des exercices physiques et des pratiques sportives (Huizinga, 1951 ; Caillois, 1967 ; Auge, 1982 ; Chartier & Vigarello, 1982 ; Mehl, 1990 ; Elias, 1994), tandis que pour les sociologues le sport est devenu un objet d'étude révélateur des réalités sociales, un « fait social total » (Mauss, 1950 ; Boltanski, 1971 ; Pociello, 1981 ; Bourdieu, 1987 ; Bromberger, 1994). Aujourd'hui, la combinaison des deux approches ouvre de nouvelles perspectives prenant en compte les temporalités, les organisations, les formes de sociabilité, les fonctions symboliques et les institutions des pratiques sportives (Arnaud, 1995). Cette étude considère que si l'histoire « contient la plus grande part de l'explication, de la genèse des faits humains » (Grawitz, 2001 : 242), elle est avec la sociologie une manière de considérer l'homme dans sa réalité et dans son contexte d'institutions et d'organisations économiques et

sociales. Aujourd'hui l'analyse historique s'est enrichie de l'apport des autres sciences sociales permettant ainsi de proposer une histoire qualitative, faisant largement appel à la sociologie.

Ainsi, afin d'exposer les différentes étapes de cette recherche qui vise à construire une analyse sociohistorique des organisations de personnes handicapées sportives en Guadeloupe, nous allons présenter notre travail de thèse en trois parties.

La première partie, théorique et méthodologique, est l'occasion de faire le point sur un certain nombre de travaux concernant les domaines qui nous intéressent. Ainsi, après un premier repérage des travaux récents développés dans le champ de la sociologie du handicap, nous présentons ceux qui abordent la sociologie des organisations associatives, en les mettant en lien avec la question des pratiques physiques et sportives. Puis de façon plus ciblée, nous nous intéressons aux données disponibles sur ces questions à propos de notre terrain de recherche, la Guadeloupe. L'ensemble de ces connaissances théoriques sont ensuite articulées afin de formuler notre problématique de recherche. La partie méthodologique, permet ensuite de présenter les différentes méthodes de recueil et d'analyses des données utilisées.

La seconde partie présente l'analyse des données, les résultats obtenus et leur première lecture théorique. Elle permet de décrire en détail, au travers d'une périodisation, la structuration progressive des organisations associatives et sportives d'un point de vue historique, tout en la reliant à des interprétations sociologiques.

Enfin, une troisième partie est consacrée à la discussion des résultats à travers des éclairages théoriques transversaux pour aboutir à la formulation finale de notre thèse.

**PREMIERE PARTIE : ELEMENTS THEORIQUES POUR UNE
APPROCHE SOCIO-HISTORIQUE**

I. Handicap, sport et mobilisation collective

1. Approche socio-historique du handicap : de la « stigmatisation » à une « participation sociale et sportive »

Ce chapitre a pour objectif d'explicitier les concepts mobilisés dans les travaux qui se sont penchés sur le lien entre le handicap et le sport. En effet, pour pouvoir comprendre les logiques individuelles et collectives qui seront analysées plus loin, il paraît pour le moins essentiel de repérer les enjeux que ce rapport sport/handicap recouvre. Ce cadrage doit permettre de démontrer que le handicap est une atteinte majeure à l'ordre social et touche le positionnement social de celui qui en est porteur. Il pose aussi les bases qui vont permettre par la suite de développer les formes de réponse que vont avoir les personnes atteintes de déficiences pour combattre ces « situations de handicap », notamment à travers les mobilisations collectives.

1.1 Atteinte corporelle et construction « sociale » du handicap

Le rapport social aux personnes atteintes de déficiences motrices se construit en lien avec les représentations sociales, les imaginaires et les normes sociales. Les manières de voir, de sentir et d'utiliser le corps se sont profondément modifiées depuis la fin du XIX^e siècle. Considéré pendant longtemps, par les sociologues, comme un élément extérieur, conditionné, voire construit par la société, le corps est progressivement venu au centre de l'action humaine (Maisonneuve, 1976 ; Dumazedier, 1988 ; Travaillot, 1998 ; Queval, 2008). La culture de la consommation engendre une nouvelle conception de soi où l'accent est mis sur l'apparence et

le contrôle des impressions sur l'autre (Goffman, 1974). Ce recentrage sur soi donne de plus en plus d'importance à la question de l'« altérité ». L'autre se définit comme le miroir de notre propre image mais aussi comme le reflet des attentes sociales face à la norme. De fait, la confrontation à une personne handicapée renvoie à la problématique de la différence, à son atteinte et aux significations sociales qui en découlent.

Les personnes atteintes de déficiences motrices, en raison de la différence corporelle qu'elles présentent, sont confrontées à l'ordre symbolique de la société. Cet ordre symbolique, garant de l'ordre établi, produit des normes sociales sur lesquelles les logiques d'interactions sont fondées. La déficience qui se voit, directement ou non, rentre dans un processus de stigmatisation qui rend compte des discrédits portés sur la personne handicapée (Goffman, 1975). Chez les personnes stigmatisées, Goffman distingue les « discréditables », dont le stigmate n'est pas visible au premier abord, et les « discréditées », qui doivent assumer en permanence la visibilité directe de l'attribut qui les stigmatise. Les personnes porteuses d'un « discrédit », d'un « attribut qui les stigmatise » sont en rupture avec les normes de l'interaction faites de codes, d'attentes et de réciprocités. La personne porteuse d'un discrédit physique est alors figée dans un corps qui sera toujours identifié comme un « corps étranger » et va devoir en tenir compte dans l'ensemble de sa vie sociale. Les corps infirmes « cessent de s'écouler dans le miroir fidèle de l'autre, dans cette espèce de bloc magique, où les acteurs effacent leur corporéité dans la familiarité des signes et des symboles, en même temps qu'ils la mettent adéquatement en scène » (Le Breton, 2008 : 61). Les personnes atteintes de déficiences motrices ne passent pas inaperçues comme le voudrait l'étiquette de discrétion. Le Breton montre aussi comment les relations sociales avec les « personnes handicapées » sont un analyseur de la façon dont nous vivons la relation au corps et à la différence (Le Breton, 2007). Les relations nouées dans les sociétés occidentales avec les personnes corporellement différentes sont fondamentalement « ambivalentes ». Il y aurait à la fois une obligation morale

d'intégrer la personne « handicapée » dans la communauté et une incapacité à le faire. Cette ambivalence se traduit alors par une mise à l'écart institutionnalisée des personnes atteintes d'une différence organique ou physique. Le corps différent donne à l'individu un statut particulier : celui de handicapé. Cet étiquetage montre qu'il y a rupture de ce que Le Breton (1984) nomme « l'effacement ritualisé du corps », qui s'impose dans l'interaction et empêche la « tranquillité » de l'interaction sur des modes habituels. Par exemple, la position assise des personnes en fauteuil roulant génère une perturbation du code de l'interaction en « face à face », dans la rue par exemple (baisse du regard, position accroupie).

Outre les interactions individuelles, le rapport social au handicap s'imisce aussi dans le traitement social et politique qui en est fait (Winance, 2004). Dans son ouvrage, *Corps infirmes et sociétés*, Henri-Jacques Stiker (1982) décrit comment s'est construit socialement et historiquement le rapport à l'individu qui présente des « anomalies » physiques, sensorielles ou mentales au sein de la société occidentale. Progressivement, les formes de réponses sociales à l'anormalité basées sur la peur, le rejet et la mise en scène (les monstres), vont évoluer vers une obligation morale puis sociale de prise en charge de l'« infirmité ». Dans un premier temps, on assiste à la « responsabilisation » et à l'« indemnisation » des accidentés du travail apparus avec la société industrielle de la fin du XIX^e siècle⁷. Cette première forme de « réparation » s'enracine dans la construction de l'Etat Providence (Ewald, 1986) et va peser dans le traitement social et la prise en charge de l'« infirmité ». Au début du XX^e siècle, le nombre important de « mutilés » revenus de la Première Guerre mondiale provoque un tournant dans la définition du handicap et dans les politiques d'intégration et de normalisation des personnes handicapées. Le concept de « réparation » ne s'arrête plus à la simple indemnisation financière comme cela était le cas pour les accidentés « civils » mais se

⁷ Loi du 9 avril 1898

prolonge vers une forme de « compensation ». En effet, en plus d'être « solidaire », il faut réparer, remplacer l'organe ou la fonction que l'on a perdu en ayant servi la patrie. La logique réparatrice de la société va ainsi promouvoir la logique de « réadaptation » qui influence encore aujourd'hui le traitement politique et social du handicap. L'aide au retour à une intégrité physique, grâce aux greffes et aux prothèses, doit permettre avant tout « un retour à la norme » afin de réintégrer la société des « valides » notamment par le travail. L'apparition du terme « handicap » à partir du milieu du XX^e siècle (Ebersold, 1997) marque cette nouvelle manière de percevoir et de traiter les personnes atteintes d'une déficience organique, physique et intellectuelle. Ce terme emprunté au domaine turfiste, *hand-in-cap*, désigne ainsi le processus de « compensation » qui est mis en place pour permettre l'égalité des chances.

Ce processus d'« assimilation » assigne *ipso facto* le handicap à l'individu qui doit alors user des moyens mis à sa disposition pour répondre aux normes de la « validité ». Or, cet alignement utopique à la norme ne peut être atteint par la personne handicapée qui ne peut effacer la déficience dont elle est porteuse. Il se crée une situation ambivalente, dans laquelle l'individu « discrédité » mais aussi la société dans laquelle il évolue, adoptent des stratégies d'interactions pour faire « comme si » (Winance, *op.cit.*). La personne porteuse d'un discrédit se trouve à la fois « stigmatisée » et « normalisée ». Ce tiraillement produit une situation sociale inconfortable dans laquelle la personne handicapée éprouve des difficultés à construire son identité. Au niveau du traitement politique du handicap, « l'intégration de la personne handicapée passe par une mise à l'écart implicite ou explicite » (Winance, *Ibid.* : 210). La stigmatisation se poursuit au sein des politiques d'intégration mises en place. Les dispositifs de prise en charge du handicap, prévus par la loi de 1975, re-produisent un « étiquetage » et une discrimination de la personne qu'elle souhaitait en réalité combattre. L'individu atteint d'une déficience se voit proposer deux choix : celui d'une intégration en milieu ordinaire qui

passer par l'attribution du statut de personne handicapée par des commissions spécialisées, ou celui d'être orienté vers des structures spécialisées. Dans les deux cas, il s'opère l'illusion d'un rapprochement à la norme. L'intégration professionnelle devenue une obligation sociale votée par la loi de 1987, reflète cette ambiguïté. L'imposition d'un quota de travailleurs handicapés dans chaque entreprise est à la fois un exemple des avancées faites pour l'intégration des personnes handicapées et à la fois un maintien de la ségrégation faite à leur égard (Ravaud et *al.*, 1992 ; Stiker, 2006 ; 2007). L'accès à la professionnalisation en milieu ordinaire n'étant accordé qu'à condition de répondre aux normes liées au monde du travail (excellence, mobilité...). De même, le placement en établissements spécialisés d'aide par le travail (ESAT- anciennement CAT) où la personne handicapée peut travailler grâce à des aménagements et être salariée « comme » les valides, ressemble encore à un dispositif reproduisant le modèle ségrégatif.

La construction sociale du handicap observée depuis la fin du XIX^e, avec les accidentés du travail, cherche à faire disparaître la différence en même temps que les situations handicapantes. Cette volonté politique est alors incorporée par les personnes handicapées elles-mêmes, dans la mesure où elles travaillent à leur rapprochement de la norme. Aidées par les progrès médicaux qui contribuent à l'espoir d'une élimination de la déficience, le but premier est de permettre aux « infirmes » de redevenir « productif ». À partir des années 1950, l'évolution des moyens mis en œuvre pour la prise en charge des personnes handicapées, continue de modifier le rapport à la déficience. Toutefois, si le traitement social et politique du handicap s'est profondément amélioré depuis plus d'un siècle, la mise à l'écart des personnes atteintes de déficiences reste ancrée dans les représentations et les attitudes. Ainsi, la personne handicapée n'est ni totalement exclue et ni parfaitement intégrée. Elle se situe dans un positionnement social que l'on pourrait définir

d'intermédiaire. Situation dont elle ne peut que très difficilement en sortir au regard de l'ensemble des dispositifs sociaux et politiques qui sont implicitement ou explicitement mis en place pour qu'elle y reste.

1.2 La théorie du seuil ou de la liminalité

Cette lecture théorique, développée par Henri-Jacques Stiker, se base sur les travaux de Robert Murphy, anthropologue, qui se distingue de l'interactionnisme de Goffman. Pour Murphy (1987), « la double notion de stigmaté et de déviance met l'accent, à ses yeux, sur la faute, et rapproche les personnes handicapées des criminels, ou des gens en flagrant délit » (Stiker, 2002 : 203). A partir des travaux de Van Gennep (1969), sur les rites de passages, et ceux de Turner (1969), sur la situation de seuil ou situation liminale, il développe une approche selon laquelle la personne handicapée serait condamnée à demeurer toute sa vie dans une position sociale « d'entre-deux »⁸, comme celle vécue lors des situations de prise en charge médicale ou sociale. En effet, malgré les nombreux progrès qui ont été faits au cours de ce siècle, les personnes handicapées ne sont, pour Murphy, plus exclues, mais ne sont pas tout à fait intégrées non plus.

A travers son analyse historique du handicap dans la société, Stiker confirme son rapprochement avec le point de vue de Murphy. En effet, pour Stiker, si l'histoire rapporte une amélioration plus que notable dans le traitement social de la différence, il existe toutefois un revers à la médaille. Le sort réservé aux personnes handicapées a certes progressivement

⁸ Dans les sociétés traditionnelles, on trouve de nombreuses situations qui révèlent des zones de liminalité telles que le passage du statut d'enfant à celui d'adulte. Cette période est vécue comme une étape centrale du rite de passage pendant lequel l'enfant entre dans une phase de « mort sociale » (adolescence) avant de pouvoir renaître en tant qu'adulte. Elle est la phase intermédiaire qui permet d'effectuer une bascule au sein de la période de crise. Cette situation plus ou moins longue reste toutefois temporaire, a contrario de la théorie proposée à propos des personnes porteuses d'un handicap.

évolué, mais la mise à distance reste forte. La course effrénée à une « re-mise à la normale », à l'intégration et à la réadaptation, conduit à un « enfermement institutionnel » :

« Il faut lisser la face : l'ère de l'apparence est plus que jamais venue. Sous ce visage apprêté, les disparités, les contradictions, les aspérités demeurent, et on le sait. Pour les traiter, ces difficultés, nous possédons de bonnes recettes éprouvées, telles que la psychiatrie, la réadaptation professionnelle qui vont de pair avec des formes répressives ou ségrégatives. (...) le handicapé peut être parmi nous et passer inaperçu ; mais il est soigneusement, bien que plus invisiblement, pris en charge, donc surveillé et dirigé » (p.141).

En outre, l'auteur relève dans la pratique administrative une contradiction flagrante. D'un côté, la possibilité est accordée aux personnes en question de se fondre dans la masse et d'un autre, ils doivent adopter le statut « handicapé » pour bénéficier des droits spécifiques. Ainsi, les conditions pour accéder à une vie « normale » sont sujettes à l'étiquetage, qui en réalité reproduit de la distinction.

Stiker donne les causes de cette situation de « liminalité récurrente » de l'infirmité. La déficience est un « double opposé » et « indispensable » que nous ne saurions voir, ni éliminer. Il nous rappelle à notre vulnérabilité et maintient notre espoir d'immortalité, comme un « double déstabilisateur et régulateur à la fois » (p. 224). Ce concept clinique de l'altérité, appuyé par le concept du moi et du non moi d'Otto Rank (1973), explique l'orientation ambivalente de la prise en charge sociale du handicap. Elle doit à la fois « assister » et « cacher » l'infirmité, la « garder » dans des espaces à part, pour maintenir l'ordre social. Ainsi, l'injonction contemporaine à une « assimilation » des personnes atteintes de déficiences s'interprète comme un désir de noyer l'infirmité dans un tout, afin qu'il disparaisse et cesse de perturber la « tranquillité ». Elle permet aussi de rendre acceptable sa présence de donner l'impression d'une intégration pour que la société puisse évoluer (ou être considérée comme évoluée).

Ainsi, on comprend que l'inquiétude produite par l'infirmité trouve son origine dans des mécanismes ancestraux, incorporés dans les représentations sociales et culturelles. Doit-on alors conclure que ce processus se réalise à l'identique dans toutes les situations auxquelles se trouve confrontée la personne handicapée ? Si les représentations sociales du handicap diffèrent selon les espaces géographiques, les périodes historiques, qu'en est-il des espaces de participation sociale tels que le domaine sportif ? La place attribuée à la personne ayant des incapacités en tant que sportif diffère-t-elle de celle attribuée aux personnes valides ?

Le sport est lui aussi un excellent révélateur des normes d'éducation, d'usage et de conduites du corps qui construisent la vie sociale. L'étude des conditions d'intégration du monde sportif par les personnes « stigmatisées » révèle d'une part, l'utilisation qui en est fait par ces derniers et d'autre part, les obstacles ou les possibilités à la mise en jeu du corps « différent ». Il devient alors un excellent moyen d'étudier le regard porté sur le « handicap » et le degré d'ouverture sociale qui leur est octroyé. Les analyses sociologiques et anthropologiques du sport dans la société occidentale montrent que ce dernier apparaît comme un espace d'excellence, théâtre de la réussite, de la force et de la puissance (Ehrenberg, 1991) offrant une reconnaissance et une visibilité qui rejaillit socialement. Les représentations sociales du sport décrivent donc un espace éminemment positif à l'inverse de celles qui définissent celui du handicap. S'intéresser à la rencontre de ces deux univers, celui du sport et celui du « handicap », offre une manière pertinente et originale d'analyser la façon dont la « personne handicapée » est perçue dans la société, la place qu'elle y occupe, mais aussi la part que prend le sport dans le processus d'intégration ou, au contraire, d'exclusion ou d'auto-exclusion.

1.3 Le sport des personnes atteintes de déficiences motrices : d'une stratégie individuelle de reconstruction identitaire...

A travers l'utilisation et l'organisation des pratiques sportives des personnes vivant des situations de handicap, c'est la question de la visibilité et de l'intégration qui est indirectement posée. Quelle place est accordée à la personne dite « handicapée » au sein l'espace sportif ? Quelle(s) signification(s) et quelle(s) forme(s) prend-elle ? Quelle (s) réaction (s) suscite-t-elle d'un point de vue des interprétations individuelles et collectives mais aussi d'un point de vue des institutions en charge du sport ?

L'attention portée sur la dimension sportive des personnes dites « handicapées » fait état de l'« injonction d'assimilation » qui pèse sur elles. D'un point de vue historique, ces deux champs s'imbriquent et s'entrecroisent (Marcellini, 2000), l'une (la réadaptation) pesant sur l'autre (le sport des personnes ayant des incapacités). En effet, la politique d'assimilation mise sur la réadaptation physique, un effacement du « manque », pour accéder à un « retour à la normale ». Le sport, défini comme un espace positif et de l'excellence sociale (Ehrenberg, 1991), apparaît dès lors comme un élément favorisant l'accès à cette normalité.

Comme le montre Anne Marcellini (2005), « les personnes stigmatisées par une déficience utilisent le sport comme support de stratégies de déstigmatisation pour accéder à une identité "pour soi" et sociale positives et à une intégration sociale satisfaisante » (p. 191). Ce constat a été réalisé au terme d'une étude originale consistant à suivre régulièrement des acteurs en « fauteuil » pendant dix années. Cette étude « longitudinale » a eu notamment pour effet de montrer le lien qui existe entre les stratégies individuelles de déstigmatisation et les attentes sociales qui reposent sur la normalisation. « Faire du sport » est pour les personnes atteintes de déficiences motrices une manière de prouver aux autres (valides), à travers le

dépassement de soi, leur volonté d'atteindre l'« identité sociale » attendue (actif, autonome, performant).

Cette phase de reconstruction est un processus en plusieurs étapes. L'engagement sportif est d'abord déclenché par le fait de voir les autres (les pairs en handicap) faire du sport. Cette première étape permet d'annuler l'assignation sociale collée à l'attribut du handicap, celui de l'immobilisme, de la passivité et de l'inefficacité. Ainsi, pratiquer une activité (deuxième étape) devient un moyen de lutter contre des représentations sociales que souvent la personne concernée a elle-même intégrées comme effectives. Le sport devient alors un moyen de montrer aux autres mais aussi de se montrer à soi que l'on est « capable de ». Cette stratégie est aussi une manière de rejoindre l'image associée aux représentations sociales positives de personnes handicapées caractérisées comme ayant « surmonté leur handicap ». En effet, comme nous l'ont montré J.F. Ravaut et I. Ville (1985), dans les représentations sociales des années 1980 en France, le handicap est perçu comme un obstacle qui doit être surmonté afin d'être valorisé pour rester dans la norme, notamment en travaillant ou en fondant une famille. Dès lors, pratiquer un sport permet d'échapper au stigmatisme en se rapprochant le plus possible de la norme. Faire du sport c'est faire « comme tout le monde », faire « comme si » le handicap ne représentait plus une barrière pour accéder à une position sociale banalisée. Le sport permet ainsi de s'extraire de la « catégorie des handicapés » (Paicheler, 1982) pour entrer dans la catégorie de ceux qui ont dépassé le handicap. Ces deux premières étapes amènent alors à une dernière, qui est celle de l'intégration effective parmi les « normaux ».

La pratique d'un sport passe par une phase d'acceptation du regroupement entre pairs de handicap qui est d'abord considéré comme un facteur aggravant la stigmatisation. En effet, le

rapport avec d'autres personnes handicapées s'avère problématique car il renvoie à sa propre atteinte. Il favorise aussi l'identification à la catégorie de personnes handicapées. Ainsi, le contact avec les pairs en handicap est évité (surtout lorsque l'atteinte est de cause accidentelle et nécessite une période deuil) car il enlève toute possibilité de re-devenir « comme tout le monde ». Par la suite, la décision d'aller vers des lieux de regroupement tels que les espaces sportifs par exemple est un bon indicateur qu'une phase d'acceptation est amorcée.

La participation à un groupe de pairs est décrite par les personnes qui ont vécu cette expérience comme une phase importante de leur reconstruction (Marcellini, *op.cit.* ; Ville, 2005). Les échanges avec « ceux qui sont passés par là » permettent de dépasser le handicap et entamer un processus de reconstruction identitaire. Dès lors, le regroupement n'est plus perçu comme un facteur d'aggravation du handicap mais au contraire comme un espace susceptible d'apporter un impact positif sur les représentations et l'identité des personnes concernées. La rencontre dans l'espace sportif, souligne Anne Marcellini, « ouvre la voie à des relations facilitant l'ouverture et la participation sociale, le développement d'activités et la sortie de l'isolement social » (p. 97). Dans un groupe sportif de personnes en fauteuil roulant, l'apprentissage se réalise sous la forme d'un transfert de connaissances dispensé par celui qui a l'expérience de la vie en fauteuil, l'« ancien », vers celui qui ne sait pas encore « rouler », le « nouveau » (Marcellini, 1997). Ce transfert se distingue selon deux axes : le formel et l'informel (Hall, 1959). Le discours formel englobe ce qui concerne l'éducation corporelle, l'expérience du corps « en fauteuil » et ses spécificités. Celui-ci permet aux « nouveaux » d'entendre un autre discours que celui du monde médical, souvent remis en question par les « anciens ». Il est aussi le moyen d'apprendre les « techniques » de conduites vis-à-vis des valides (attitudes, conversations, relations amoureuses). Le discours informel n'est pas communiqué verbalement (comme le souligne Edward T. Hall) mais par la mise en scène du

corps. Il s'agit d'incorporer des conduites corporelles à tenir notamment face aux valides afin de « normaliser » la relation (stratégie d'évitement des situations stigmatisantes...). Ce processus se rapproche d'une forme d'éducation corporelle qui rappelle ce que Marcel Mauss (1950) décrit comme étant des « techniques du corps ». Celles-ci contribuant à la construction d'un « nous », qui permet de s'identifier à des attitudes, des actes, des expressions corporelles et émotionnelles. L'affirmation de spécificités face aux standards de la normalité et la capacité à faire face aux valides sont des stratégies individuelles mais aussi collectives importantes dans le processus d'intégration, notamment par la remise en cause des représentations sociales dominantes.

1.4 ...à une forme de mobilisation de minorités « actives »

Les usages sportifs s'inscrivent dans le cadre d'un processus de revendication à l'intégration active. Ainsi au-delà des logiques individuelles décrites précédemment, les pratiques sportives des personnes atteintes de déficiences révèlent aussi des stratégies collectives. Le groupe de personnes dites « handicapées » prend alors la configuration de « minorité active » comme celle proposé par Serge Moscovici (1976). Ce terme est utilisé par l'auteur pour décrire le processus d'intégration sociale des groupes minoritaires et stigmatisés comme un processus interactif et conflictuel. Interactif car, pour Moscovici, l'intégration n'est pas une simple adaptation d'un groupe minoritaire aux valeurs d'un groupe dominant, elle produit en retour des transformations au sein du groupe « fort ». De fait, cette transformation ne se fait pas sans heurt. Ainsi, en reprenant ce modèle, Anne Marcellini (2000) démontre que l'usage du sport du groupe des personnes en « fauteuils », au même titre que d'autres minorités stigmatisées (défiance auditive et visuelle, déviance sexuelle, personne de petite taille et défiance intellectuelle), entre dans cette même logique d'intégration. Les différents

groupes formés autour de la pratique d'un sport « entrent dans un long processus d'intégration sociale qui passe par diverses étapes, au cours desquelles ils modifient progressivement leurs modalités d'interaction avec la majorité : d'une relation d'**exclusion** et de "ghettoïsation" volontaire qui correspond à une position défensive, à une relation d'interactions provoquées et provocantes dans une position de **revendication**, pour finir par une relation de **fusion**, dans laquelle ils se dissolvent, l'objet de leur émergence (le besoin de défense face à la stigmatisation) devenant caduque » (p. 22). Selon les groupes et l'étape de son intégration, la pratique sportive passe par des états différents, entre fermeture et ouverture. Ainsi, plus l'étape d'intégration est récente plus la pratique sera fermée aux membres du groupe, et plus l'intégration sera effective plus la volonté d'ouverture sera affichée par le groupe concerné. L'auteur illustre ses propos à travers l'analyse des positions, des débats et des logiques internes aux groupes minoritaires, ici autour de la pratique sportive. Selon la minorité considérée (sourds, handicapés physiques ou handicapés mentaux), on constate que l'usage du sport rend compte de sa position sociale et de la stratégie qu'elle utilise pour s'intégrer, voire pour s'exclure. Par exemple, l'émergence du « sport silencieux », nom donné au mouvement sportif des personnes sourdes (Seguillon, 1998), se caractérise par sa volonté d'éloignement avec tous les autres mouvements sportifs (ordinaire compris). Ce rejet est interprété par Didier Seguillon comme une réaction défensive face aux difficultés qu'ils rencontrent dans leur intégration sociale, et notamment dans la société sportive. La naissance du regroupement des sourds, pas seulement sportif, est directement associée à l'interdiction de l'usage des signes dans les écoles des sourds, décrétée en 1880 au Congrès de Milan.

Cette logique d'auto-exclusion se différencie de celle des personnes handicapées physiques qui a été initiée dans le cadre de la rééducation fonctionnelle. Ce mouvement s'est ensuite émancipé du secteur médical pour se rapprocher progressivement du mouvement

sportif valide. Ayant toutefois traversé une période de « regroupement exclusif » en interdisant l'accès aux pratiques à d'autres populations, également celle des « valides », le mouvement sportif organisé par les personnes déficientes motrices est aujourd'hui rentré dans une phase de « négociation » pour permettre les pratiques « mixtes », c'est-à-dire en permettant l'accès à « leurs sports » ou en intégrant les sports des valides. Par exemple, les valides peuvent intégrer une équipe de basket en fauteuil par l'attribution d'une cotation spécifique. Parallèlement, certaines fédérations ordinaires (tennis, athlétisme...) acceptent d'accueillir les personnes handicapées dans leurs compétitions. Cette intégration respectueuse, et parfois relative (une personne en fauteuil ou appareillée ne pourra que difficilement gagner un valide) est un pas vers une étape de déstigmatisation effective et une participation banalisée.

Le milieu sportif est considéré aujourd'hui comme un formidable espace de visibilité sociale qui souscrit à la transformation des représentations sociales dominantes du handicap chez le grand public. La médiatisation des pratiques sportives des personnes handicapées semble corrélative à l'intérêt manifesté par les médias, de manière générale, à la question du handicap (Lachal et Combrouze, 1997). Ainsi, la diffusion des grands événements sportifs de portée internationale (Jeux paralympiques) fait l'objet d'une médiatisation croissante depuis 1992 (Gilbert et Schantz, 2008). Une analyse plus fine souligne toutefois que les représentations sociales positives du sport (performance, vitesse, concurrence...) ne sont pas encore attribuées aux pratiques sportives des personnes handicapées (fair-play, volonté, espoir...) (*Ibid.*). Malgré ce constat, il est indéniable qu'un processus de sportivisation est en marche⁹. L'accès grandissant aux types de déficiences mais aussi aux différentes pratiques sportives, participe activement à accroître la visibilité d'une catégorie de la population jusque-là invisible. L'organisation du sport handicapé est devenue un enjeu majeur ces dernières années, à l'image du processus politique.

⁹ Les jeux Paralympiques représentent la deuxième manifestation sportive internationale en nombre d'athlètes regroupés.

Ainsi, nous avons pu voir que la pratique sportive joue un rôle de catalyseur dans l'analyse du processus d'intégration des personnes handicapées. Elle permet de mettre en relief à la fois les trajectoires individuelles et collectives. Elle révèle aussi les conditions d'intégration mises en place au sein de la société. Au cours de cette enquête, notre travail fut de questionner la structuration des pratiques sportives à l'intention des personnes vivant des situations de handicap en Guadeloupe. Notre intérêt s'est porté sur les mobilisations collectives de personnes handicapées dans le cadre des pratiques sportives. Dès lors, ce centrage sur les formes de regroupements nécessite de faire le point sur les travaux relatifs aux organisations humaines.

2. Une approche compréhensive par l'analyse de la structuration des organisations associatives.

2.1 Introduction générale à une sociologie de l'organisation

Le terme d'organisation fait aussi bien référence au processus proprement dit, c'est-à-dire à la mise en place d'une structure ordonnée en vue de réaliser un projet, qu'au résultat de ce processus, la création d'une structure sociale. Cette définition participe à la détermination de l'organisation comme un système social dont le but est de réaliser un projet commun. Pour atteindre cet objectif, il faut nécessairement que les membres de l'organisation coopèrent et se coordonnent. Les nombreux travaux sociologiques concernant l'étude des organisations de production, administratives et plus récemment associatives, se sont penchés sur ce principe de coopération afin de comprendre le fonctionnement et surtout les « dysfonctionnements » de celles-ci (Laville et Sainsaulieu, 1997).

L'approche fonctionnaliste des organisations considère comme acquise une coopération entre les individus non naturelle. La réalisation d'un projet commun au sein d'une organisation suppose la présence d'un ensemble de conditions susceptibles de rendre possible une « action organisée » qui coordonne les pratiques des acteurs. En résumé, les acteurs doivent se fixer un objectif commun, à travers un accord implicite ou explicite, pour qu'un projet puisse être engagé. Cependant, derrière l'objectif principal accepté par l'ensemble des acteurs, peuvent apparaître des objectifs secondaires qui peuvent engendrer des dysfonctionnements. Merton (1936) expliquait déjà l'origine des dysfonctionnements rencontrés dans la structure bureaucratique à travers les termes de « fonction manifeste » (établie par l'institution de façon explicite) et de « fonction latente » (masquée par l'institution, implicite). Ainsi, les organisations cultivent une hiérarchisation des buts (collectifs, individuels, etc.) qui font l'objet de négociations et de luttes de pouvoirs. Pour fonctionner, les objectifs secondaires doivent faire l'objet d'un consensus, moulés dans un objectif « mobilisateur ».

L'approche systémique décrit les organisations comme des « sous-systèmes » du système social englobant, qui se différencient en fonction de la réalisation de buts spécifiques. Ces finalités peuvent être impulsées par l'environnement dans lequel l'organisation s'insère. Il en découle un modèle théorique abstrait qui considère les organisations comme étant inscrites dans un système global, et conduites à reproduire les normes et les valeurs de la société. Dans la lignée de cette approche, Parsons (1956) propose donc une classification des organisations à partir des buts et des fonctions premières qu'elles remplissent pour le fonctionnement harmonieux du système social global.

Toutefois, parallèlement à cette architecture du système organisationnel, dans laquelle l'acteur prend finalement peu d'initiative, des travaux se sont intéressés plus particulièrement

aux comportements des membres des organisations. Proches de la psychologie sociale, voire cognitive, les contributions de James March et Herbert Simon en 1958 en constituent les premiers apports. Ils proposent une classification progressive des comportements humains engagés dans les différentes organisations : la passivité ou l'absence d'initiative, la présence d'attitudes et de systèmes de valeurs propres aux acteurs, et la capacité de prise de décision et de résolution de problèmes. Ces différents comportements confèrent aux acteurs un choix d'action plus large que dans les précédentes analyses. A l'inverse d'un comportement « bureaucratique », les membres des organisations sont dotés de capacités cognitives qui leur permettent d'agir selon une « rationalité limitée », c'est-à-dire selon des prises de décision autonomes. Ils agissent alors selon des « répertoires de programmes d'action » qui permettent à l'organisation de fonctionner. L'approche de March et Simon contribue à un renouvellement de la sociologie des organisations qui va par la suite nourrir la problématique d'une analyse stratégique.

En France, les travaux de Michel Crozier s'associent à cette voie de recherche en accordant une place centrale à l'acteur et au concept du pouvoir. Pour cet auteur, les « dysfonctions bureaucratiques » sont liées aux relations de pouvoir qui paralysent les procédures organisationnelles. Dans le cas de la Seita étudié par Crozier dans *Le Phénomène bureaucratique* (1962), les agents d'entretien et de réparation ont conquis un pouvoir considérable sur les ouvriers de la production, en déterminant la fréquence et la durée des arrêts des machines. Cette maîtrise du temps les dote d'un pouvoir informel. La possession de compétences spécifiques, la détention d'informations, un défaut de communication sont autant de sources de pouvoir pour celui qui les détient. Ainsi, les normes de production et l'injonction de rentabilité générées par les organisations qui produisent des biens et des services, empêchent la « coopération » entre les membres et fabriquent des « groupes

professionnels ». La relation entre ces groupes génère des « relations de pouvoir » qui ne dépendent pas seulement des rapports hiérarchiques mais de la capacité des acteurs à utiliser des « zones d'incertitudes », c'est-à-dire des « espaces de liberté » qui se logent dans des interstices, dans lesquelles les acteurs vont jouer et dont ils vont se jouer. Ces concepts placent l'acteur au centre de l'analyse des fonctionnements des organisations. Des « stratégies », des « jeux de pouvoir » qui vont influencer sur le « système organisationnel », vont être identifiés par Michel Crozier et Erhard Friedberg (1977) comme un « système d'action concret ». C'est-à-dire un « jeu » à la fois structuré et mouvant de relations de pouvoir qui s'établissent dans les rapports sociaux. Les acteurs élaborent des stratégies en fonction de buts personnels qui entreront parfois en contradiction avec ceux de l'organisation. Les auteurs adoptent le modèle de March et Simon pour qui la rationalité de l'acteur est « limitée » et « contingente », à l'opposé de *l'homo-oeconomicus* (Pareto, 1906).

Au cours de notre travail, nous avons considéré l'acteur comme un élément central à la compréhension de la structuration du mouvement sportif des personnes handicapées en Guadeloupe. Les stratégies adoptées par les acteurs ne sont pas dépourvues de sens. Elles diffèrent en fonction des caractéristiques sociales et des histoires de vie de chacun des animateurs. Décrire ces trajectoires et percer les stratégies individuelles permet ainsi de définir en partie les logiques associatives et les enjeux qui sont poursuivis.

Notre étude se déroule dans le domaine sportif. Les récents travaux sociologiques qui se sont intéressés aux organisations sportives, se sont appuyés sur les concepts développés par la sociologie des organisations. Le paragraphe suivant est l'occasion d'aborder les différentes lectures réalisées sur le fonctionnement des organisations sportives. En partant d'une description large, nous nous intéresserons plus particulièrement à celles qui peuvent nous aider à mieux appréhender le fonctionnement des associations sportives.

2.2 Les organisations sportives

Comprendre le processus d'organisation et d'institutionnalisation de l'offre sportive des personnes handicapées en Guadeloupe suppose d'appréhender les différentes structures qui participent de ce mouvement, c'est-à-dire les clubs, ordinaires ou spécialisés, qui proposent des activités sportives « adaptées » aux personnes dites « handicapées » ainsi que les institutions sportives fédérales, éventuellement présentes, qui organisent et légifèrent pour les compétitions.

Le sport est devenu un phénomène universel et cela se vérifie particulièrement au vu des modes d'organisation qu'il génère. Pour William Gasparini, qui travaille sur les organisations sportives dans le modèle français, elles sont devenues « un véritable champ social dans la mesure où les pratiques sportives s'insèrent dans les espaces socio-économiques qui composent et structurent la société française : le sport associatif amateur dans le secteur privé non marchand, le sport professionnel et son commerce dans le secteur privé marchand, le sport scolaire et à vocation d'insertion sociale dans le secteur public, et enfin la pratique « libre » hors du cadre institutionnel » (Gasparini, 2003 : 9). A travers ce passage de l'ouvrage, on peut constater que l'auteur distingue trois formes d'organisation sportive: le groupe, l'organisation et l'institution. Elles se distinguent par leurs formes, leurs tailles et leurs activités normatives qui vont engendrer des formes particulières de socialisation, de contrôle et de régulation. Alors que l'institution sportive impose des définitions légitimes de la réalité sportive à la « masse » qui lui accorde un « total crédit », l'organisation associative est plus autonome. Elle ne concerne que le ou les acteurs qui la composent à travers une formalisation des relations et l'élaboration d'un projet commun à plus ou moins long terme. Toutefois, par la suite, lorsque l'on se reporte à l'histoire des nombreuses fédérations

sportives, les organisations associatives peuvent prendre de l'importance et imposer leur légitimité à plus grande échelle. On peut prendre pour exemple l'histoire du mouvement sportif des personnes atteintes de déficiences motrices en France qui a débuté en 1954 avec l'association sportive des mutilés de France (ASMF) pour devenir l'actuelle Fédération Française Handisport en 1977. En (seulement) vingt ans, le sport des personnes handicapées physiques, partie d'une organisation non formelle et militante, initiée par des acteurs désireux de retrouver une vie sociale, s'est progressivement développé dans une organisation formalisée et instituée. Cette formalisation est en réalité l'issue d'un consensus entre les différents acteurs qui ont participé à ce mouvement (Ferez et Ruffié, 2013, à paraître).

Cette nécessité d'un consensus montre que c'est l'« ordre moral », l'« univers symbolique construit par les acteurs » qui donne un sens à l'adhésion associative (Gasparini, 1997). Se pose alors la question de la forme adéquate que doit revêtir une organisation pour qu'elle soit acceptée, légitimée par les acteurs. En effet, les différentes catégories d'organisations sportives (association à but non lucratif, entreprise commerciale ou administration publique) sont insérées différemment dans le système social en fonction de la culture dont elles sont dépositaires. Ainsi, au niveau local, la forme associative peut être considérée comme plus légitime que les instances publiques par les acteurs locaux.

L'association sportive, ou club sportif, est donc un espace particulièrement riche lorsque l'on s'intéresse aux conditions de structuration des pratiques sportives. Son analyse structurelle aide ainsi à mettre en évidence les valeurs défendues par les acteurs exerçant une activité dans celle-ci.

2.3 L'association : Une organisation comme les autres ?

Depuis sa mise en place par la loi de 1901, le champ associatif a connu des transformations importantes par son usage social¹⁰ et dans sa relation avec l'Etat (Debbasch et Bourdon, 2006). L'association est un espace de sociabilité et de liberté en marge du système mercantile (à but non lucratif) qui présente la particularité de se placer dans et hors du contrôle de l'Etat. Cette position ambivalente, due à son statut juridique, provient de l'intérêt et de la méfiance¹¹ du pouvoir étatique envers cette forme d'organisation autonome. Le foisonnement du secteur associatif multiplie les rapports d'interdépendance avec l'Etat tant au niveau du contrôle que de la coopération.

En France, une étude du paysage associatif réalisée en 2007 recense plus d'un million d'associations déclarées, dans lesquelles 14 millions de bénévoles s'investissent et près de 2 millions de salariés sont employés (Tchernonog, 2007). Ce constat amène à prendre en considération le monde associatif, non plus comme un phénomène mineur voire marginal, mais bien comme un indicateur du changement social. Par exemple, l'analyse du fonctionnement interne des associations montre qu'elles s'adaptent aux transformations sociales, politiques et économiques. Les deux changements majeurs de ce secteur sont : d'une part, sa spécialisation et sa professionnalisation et d'autre part, la réduction du nombre de bénévoles. Ces tendances, liées l'une à l'autre, marquent l'implication croissante des associations dans des domaines autrefois réservés au secteur public et privé (santé, éducation, services à la personne).

¹⁰ La multiplicité des secteurs d'activités des associations en témoigne : sport, actions sociales, santé, loisirs, culture, éducation, développement local, humanitaire, etc...

¹¹ Si les associations sont considérées aujourd'hui comme un facteur important de la cohésion sociale en créant un lien entre le milieu socio-politique et le citoyen, c'est aussi pour cette raison qu'elles ont été longtemps suspectées (cf. Agulhon M., L'histoire sociale et les associations, in *Revue de l'économie sociale*, 1988, pp.35-44).

A l'opposé de celles qui sont conçues pour produire des biens et des services, les associations sont des organisations relativement autonomes qui se situent à l'interface de l'État et de l'individu. Ainsi, pour pouvoir analyser le fonctionnement associatif, il faut dépasser l'opposition systématique qui est faite entre le privé et le public. Au contraire, l'association se situe à l'interstice des deux domaines.

Cette perception du fondement associatif fait appel aux réflexions théoriques axées sur les formes de relations sociales que l'on peut rencontrer dans les travaux classiques en sociologie. Ferdinand Tönnies (1887), sociologue allemand, distingue deux formes sociales essentielles, la communauté (*Gemeinschaft*) et la société (*Gesellschaft*). L'auteur explique l'individualisation croissante des relations humaines en opposant ces deux concepts principaux. Il associe la communauté aux types de rapports sociaux basés sur le principe de solidarité, de l'affectivité, de la famille tandis que la société correspond au côté rationnel de ces rapports, symbolisés par des logiques d'entreprise économique moderne. Pour Tönnies, le principe communautaire observé dans les sociétés traditionnelles est relayé par le principe sociétaire au sein des sociétés modernes. Dans le prolongement, Max Weber (1921), autre sociologue allemand, approfondira ces propos dans les termes de « communalisation » et de « sociation ». De la même manière, chacun de ces types fondamentaux de relations sociales se distingue par les types de liens qui unissent les individus entre eux, « le sentiment subjectif des participants d'appartenir à une même communauté » s'oppose à celui qui « se fonde sur des compromis et des intérêts motivés rationnellement. » (*Ibid.* : 78).

Malgré leur opposition, ces définitions ressemblent aussi à celles qu'utilisent Durkheim pour décrire les fondements du lien social dans la société moderne (Durkheim, 1930). Dans son ouvrage, *De la division du travail social*, le sociologue français oppose une

« solidarité mécanique » qui renvoie aux sociétés traditionnelles à une « solidarité organique » qui caractérise les sociétés modernes. La distinction entre ces deux formes de solidarité réside dans la manière dont les individus sont reliés entre eux. La solidarité mécanique est caractérisée par une structuration étroite entre les individus, lesquels se regroupent par « similitudes » alors que la solidarité organique est constituée « par un système d'organes différents dont chacun à un rôle spécial » (*Ibid.* : 157). Ce type de solidarité est caractéristique de l'individualisme des sociétés modernes. Emile Durkheim, contrairement à Weber, pense que l'agir communautaire peut justifier la montée du mouvement associatif, fondateur du lien social. Raymond Aron rappelle à ce propos que « même dans cette société qui autorise à chacun d'être lui-même, il y a une part, plus considérable que nous croyons, de conscience collective présente dans les consciences individuelles » (Raymond, 1967 : 330 in Paugam, 2007 : 23).

Cependant, il paraît réducteur de définir l'association selon une simple interprétation d'un « agir sociétaire moderne » ainsi que de la rabattre vers un « agir communautaire traditionnel ». La première forme désignant un type de lien social dépourvu d'une identité commune, tandis que la deuxième représenterait une forme de résistance contre la perte du lien social. En effet, ce réductionnisme ne permet pas de prendre en considération la diversité des formes, des fondements et des fonctionnements associatifs que l'on peut rencontrer. Jean-Louis Laville et Renaud Sainsaulieu (1997) décrivent l'association comme un entre-deux, un compromis entre une logique sociétaire et une logique communautaire : une « réalité d'ordre socio-communautaire » (p.51) proche de l'« agir communicationnel » de Jürgen Habermas (1992)¹². Pour ce faire, ils rapprochent les associations de la « communauté politique moderne » qui représente un espace public dans lequel peuvent s'exprimer les libertés

¹² Jürgen Habermas ajoute aux types d'agir rationnels identifiés par Weber un agir de niveau supérieur, l'agir communicationnel, dans lequel « les acteurs recherchent une entente sur une situation d'action, afin de coordonner consensuellement leurs plans d'action et de la même leurs actions » (p.172).

individuelles et les intérêts communs. Elles sont « un espace opérant le passage de la sphère privée à la sphère publique par une rencontre interpersonnelle » (Ion, 1997 : 21). C'est-à-dire, qu'elles construisent des réseaux sociaux qui supposent des « relations directes personnalisées » tout en dépassant les appartenances « naturelles », territoriales, familiales ou professionnelles (*Ibid.*). Partant de cette idée d'un phénomène associatif qui incarne un espace privé-public, Jacques Godbout et Alain Caillé montrent aussi que les relations associatives se situent entre deux pôles, entre celui des interconnaissances et des personnalités, la « socialité primaire », et celui des relations d'anonymat et des fonctionnalités, « la socialité secondaire » (Godbout & Caillé, 1992). Selon qu'elles soient de tel ou tel type, on peut les qualifier de primaire-secondaire ou de secondaire-primaire.

Cet espace « intermédiaire » entre le public et le privé qui permet une adhésion volontaire des individus au sein des associations nécessite la référence à un bien commun, c'est-à-dire à un projet. A l'inverse des entreprises qui disposent d'objectifs économiques, les associations doivent s'appuyer sur ces « biens communs » pour « construire leur dimension institutionnelle ». Sous tendue par une protestation implicite ou explicite à l'encontre des manques de la société, ces « logiques institutionnelles » fournissent des repères pour l'action, des éléments de stabilisation et des conditions de pérennisation de l'action collective (Laville et Sainsaulieu, *op.cit.*). Ainsi, ces différentes approches nous montrent bien que le mouvement associatif présente une irréductible spécificité. On comprend alors que les associations, « institutions intermédiaires » (Sainsaulieu, 2001), sont enracinées dans les contextes culturels, sociaux et idéologiques dont l'analyse des conditions de leur création et de leur évolution permettrait de traduire l'état des conflits et des rapports sociaux.

2.4 L'engagement associatif

Nous venons de décrire comment le fondement associatif se situait à l'interface du public et du privé, du sociétaire et du communautaire, et du cercle primaire et du cercle secondaire. En bref, l'association est un espace où l'on retrouverait à la fois une logique de l'État ou du marché, basée sur le principe utilitaire, et, à la fois, une logique de l'entraide, basée sur le principe du communautaire. Une fois rassemblées, ces deux logiques seraient libérées de leurs obligations (d'échanges) et de leurs contraintes (temporelles) qui encourageraient dès lors l'engagement bénévole.

Selon Laville et Sainsaulieu (1997), dans le cadre des organisations associatives, l'engagement des acteurs provient du « sentiment d'avoir été portés par la conscience d'un manque de lien social dans la construction d'une société démocratique » (p. 18). Cette phrase donne un premier élément de réponse sur les motivations qui peuvent amener à l'engagement bénévole dans un cadre organisé. Le caractère démocratique de l'association caractérise l'absence de hiérarchisation et donc la possibilité de pouvoir participer pleinement aux prises de décisions. Sans cette assurance, le sentiment de revenir à un mode de gestion de type entrepreneurial annihilerait toute « adhésion volontaire ». Ainsi, l'engagement associatif peut se décrire comme une action autour d'un principe rassembleur qui trouverait sa cohérence dans un contexte conflictuel avec le système étatique ou marchand. En tout cas, si cette condition peut se vérifier en ce qui concerne l'origine de l'engagement, il n'est en aucun cas une condition de sa pérennité. En effet, une partie des associations finit par s'intégrer au système étatique ou marchand, par le biais de subventions ou en devenant des « prestataires de services », créant ainsi des dysfonctions au sein de la logique initiale.

L'engagement associatif est, selon Godbout et Caillé (*op.cit.*), associé au principe du « don ». Selon les auteurs, celui-ci ne peut s'exprimer dans le cas des organisations qui finissent par s'intégrer au système étatique ou marchand. L'expression du don s'observe essentiellement dans le cadre d'organismes communautaires, c'est-à-dire dans lesquels la rupture entre le « donneur » et le « receveur » est réduite. Toutefois, l'évolution des modes de fonctionnement des associations (professionnalisation) incite les auteurs à raisonner différemment, en opérant une distinction entre ce qu'ils appellent des organisations de type « instrumental » ou bien de type « expressif » (p.97). Les organisations de type instrumental sont fondées sur le principe du bénévolat. L'engagement se donne des fonctions sociales et donc tourné vers un objectif extérieur à celui qui donne. Au contraire, les organisations de type expressif se constituent sur le principe de la réciprocité. Elles se définissent alors en tant qu'« organismes d'entraide » et ont un caractère fermé (p. 98). Comme l'explique JT Godbout « les groupes d'entraide visent la solution d'un problème plutôt que le plaisir du lien. Mais c'est souvent dans le lien lui-même que se trouve la solution du problème » (p.99). Le don n'est donc pas présent puisque les actions sont tournées vers soi ou vers les membres de l'organisation. Pour qu'il y ait don, l'association « doit manifester une ouverture envers d'autres personnes que ses membres, ou que le noyau principal. Elle doit être ouverte » (p.97). Ainsi, pour résumer, l'absence de rupture entre les acteurs apparaît ici centrale pour définir le don au sein de l'engagement associatif. Que l'on soit dans un mode de fonctionnement basé sur l'entraide ou, au contraire, sur le volontariat, les acteurs ont tendance à évoquer la nécessité du principe du « lien communautaire », qui s'oppose de fait au modèle bureaucratique.

On peut ainsi penser qu'il existe une certaine hétérogénéité dans la définition de l'engagement bénévole. Celui-ci pouvant varier selon le mode de fonctionnement de

l'association ou, bien selon la nature de cet engagement. Dès lors, à quelles formes de bénévolat répondent les acteurs associatifs qui s'inscrivent dans le champ du handicap? Est-ce que la présence d'une déficience modifie la forme et la direction de l'engagement? Les associations qui s'inscrivent dans ce domaine présentent-elles des singularités de recrutement? Pour répondre à ces questions, il est nécessaire de décrire au préalable les différentes formes d'organisations investies par et pour les personnes atteintes de déficiences.

3. Les associations dans le domaine du handicap : une particularité ?

L'évolution du traitement social et politique du handicap en France, mais aussi au niveau international, n'est pas du simple fait d'une volonté institutionnelle. L'analyse historique du handicap en France montre la place prépondérante du secteur associatif dans le processus de structuration de la politique sociale dans ce domaine. Un ouvrage récent dirigé par Catherine Barral, permet de retracer de manière chronologique « le rôle des associations » dans le développement de ce que l'on peut nommer « l'institution du handicap » (Barral *et al.*, 2000). Ces différents travaux historiques montrent surtout la diversité des formes de mobilisation qui se sont développées au cours du siècle dernier. Au début du XX^e siècle, les interventions auprès des personnes handicapées proviennent essentiellement des sociétés de patronage et des sociétés d'entraide mutuelle d'infirmes. A la sortie de la Première Guerre mondiale, l'Etat entame une politique de reclassement des mutilés de guerre par la création de l'ONMR (Office National des Mutilés et des Réformés) en 1916. Cet organisme ministériel marque le début de la politique de compensation, tandis que parallèlement on assiste à la création d'associations de mutilés de guerre qui se mobilisent pour obtenir leur reclassement professionnel, combat prolongé par les associations d'infirmes civils (Montès, 2000). Aux

mouvements des mutilés et des infirmes civils (la FNMIT par exemple¹³) vont progressivement venir s'ajouter les mouvements associatifs de « personnes malades », tels que LADAPT (Ligue pour l'adaptation du diminué physique au travail) ou l'APF (Association des paralysés de France), et élargir le champ des revendications. La période de l'entre-deux-guerres est ainsi le point de départ des deux logiques qui vont constituer la politique du handicap en France : celle représentée par les pouvoirs publics, qui va investir dans le développement de services et de structures, et celle du secteur associatif des usagers, représentant l'action revendicative.

L'après-guerre est marqué par le développement de la prise en charge spécialisée dans le champ du handicap. L'apparition des associations de parents d'enfants handicapés, tels que l'APAJH (Association pour Adultes et Jeunes Handicapés) ou l'UNAPEI (Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés), joue un rôle important dans la relation entre l'Etat et les associations d'usagers (Plaisance, 2000). Progressivement, nombre d'associations vont se retrouver sous la tutelle administrative de l'État et connaître ainsi une refonte de leurs modes de gestions. Ainsi, comme le souligne Michel Chauvière (2000), le secteur de la prise en charge du handicap va « inexorablement s'achever contre l'Etat » (p. 397). Les associations militantes créées pendant l'entre-deux guerres par des personnes handicapées, comme l'APF (Association des paralysés de France), se sont considérablement développées pour devenir des groupements d'intérêts gestionnaires d'établissements et de services, suivies de près par les associations regroupant des personnes concernées par le handicap mental ou intellectuel, tel que l'UNAPEI (Union Nationale des Parents d'Enfants Inadaptés).

¹³ FNMIT : Fédération nationale des mutilés et des invalides du travail créée en 1920.

Cette délégation de l'Etat vers les grandes associations va susciter des réactions de protestations dans le secteur associatif de personnes handicapées. Cette collusion est vécue comme une mainmise du modèle gestionnaire sur la politique d'intégration des personnes vivant des situations de handicap, favorisant la ségrégation et l'exclusion. Ainsi, à partir des années 1960, on voit apparaître des mouvements contestataires de personnes handicapées adultes (Turpin, 2000). Trouvant leur inspiration dans le mouvement pour la vie autonome initié aux USA, ces groupements contestataires, tels que le GIHP (Groupement des intellectuels handicapés physiques¹⁴), le CLH (Comité de lutte des handicapés) ou le MDH (Mouvement des handicapés), revendiquent l'accessibilité en milieu ordinaire et l'auto-détermination. Ils entendent ainsi représenter la voie des personnes handicapées contre les associations gestionnaires et contre le pouvoir des professionnels de l'action sociale et médico-sociale.

L'ensemble de ces mouvements associatifs, gestionnaires et contestataires, vont jouer un rôle important dans la mise en place des lois relatives au handicap en France. Ainsi, si la politique publique s'est appuyée sur l'action des associations gestionnaires pour élaborer la première loi française pour l'intégration des personnes handicapées en 1975¹⁵ (Guyot, 2000), le mouvement autonome se fera entendre plus tardivement comme en témoignent les évolutions apportées avec la loi de 2005¹⁶.

Au-delà de l'aspect historique, un autre élément conceptuel sert à caractériser et à dissocier les associations qui investissent le champ du handicap. En effet, selon leurs stratégies, les caractéristiques des promoteurs et de la population vers laquelle se dirigent

¹⁴ GIHP signifie aujourd'hui Groupement pour l'insertion des personnes handicapées physiques.

¹⁵ La loi n°75-534 du 30 juin 1975 dite loi d'orientation pour l'intégration des personnes handicapées vise en particulier à structurer le secteur social et médico-social.

¹⁶ Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des chances et des droits, la participation sociale et la citoyenneté des personnes handicapées.

leurs actions, on retrouve différents modes de formation associative : celles qui se traduisent par une forme d'« auto-organisation » et celles considérées comme étant des « organisations pour autrui » (Laville et Sainsaulieu, *op.cit.*). Pour ces auteurs, l'« auto-organisation » se définit comme étant une organisation « dans laquelle les promoteurs mettent en place une activité pour le groupe dont ils estiment faire partie, les catégories dominante et bénéficiaire confondues » (*Ibid.* : 288). A l'inverse, l'« organisation pour autrui » est une organisation dans laquelle « les promoteurs génèrent une activité qu'ils estiment nécessaire ou souhaitable pour un groupe de bénéficiaires dont ils ne font pas partie » (p.288). Ainsi, dans le cas de « l'organisation pour autrui », « il existe au départ une différenciation marquée entre des acteurs forts membres de la catégorie dominante et des acteurs faibles appartenant à la catégorie bénéficiaire » tandis que dans le cas de l'auto-organisation, tous les acteurs « sont placés sur un pied d'égalité » (p.289). Pour Jean-Louis Laville et Renaud Sainsaulieu, chaque forme d'organisation présente ces « dysfonctionnements ». D'un côté, le mode d'organisation « pour autrui » peut évoluer « vers la consolidation des jeux défensifs de la part des acteurs faibles, vers le paternalisme ou des dépendances charismatiques vis-à-vis des fondateurs et vers la limitation de l'engagement en son sein ». D'un autre côté, dans le cas d'un rapprochement de « pairs » que représente le mode « d'auto-organisation », peut s'observer une « dysfonction fusionnelle ». Par ce terme, les auteurs désignent le fait que « plus les individus décident de coopérer étroitement, plus ils stimulent les dynamiques et les projets individuels et moins ils s'entendent sur le projet initial fondateur de leur expérience collective » (p. 290).

Dans le cadre du secteur associatif investis dans le domaine de la prise en charge institutionnelle du handicap, le mode de structuration privilégié est l'organisation « pour autrui ». En effet, l'émergence du secteur, puis son inscription dans l'action publique, a été

réalisée dans une logique sociale de solidarité, issue d'un modèle caritatif, et de compensation du handicap, issue d'un modèle médical. Ces deux modèles qui ont structuré le secteur de la prise en charge de l'infirmité à la fin du XX^e siècle, se trouvent encore diffusés dans le mode d'organisation des associations gestionnaires d'établissements spécialisés ainsi que celui des institutions administratives et rééducatives (publiques et privées) (Stiker, 2005). Toutefois, si le mode d'organisation « pour autrui » est encore généralisé en ce qui concerne le domaine de la déficience intellectuelle, on a pu voir que celui de la déficience physique cherche progressivement à s'émanciper de cette forme d'organisation. Les premières associations françaises de personnes handicapées physiques, comme la FNIMT puis l'AFP, se sont constituées sur le mode de l'auto-organisation dans le but de réclamer leur participation à une vie sociale active. Par la suite, le basculement de l'AFP dans un statut de groupement d'intérêt semble avoir quelque peu modifié la forme initiale, notamment avec l'intégration de personnes valides dans les espaces de décisions.

Ainsi, une différenciation apparaît au sein des modes d'auto-organisation selon qu'elle s'adosse ou non au modèle de réadaptation. En effet, ce terme semble aujourd'hui attribué plus globalement aux mouvements de personnes handicapées physiques qui se sont constitués en opposition au système médical de la prise en charge en France, comme par exemple l'association « Vivre Debout » (Galli & Ravaud, 2000). Dans ce cas, ce sont de jeunes handicapés, en conflit avec la direction de leur établissement, qui ont décidé de s'auto-organiser en « foyer de vie ». Ainsi, ils ont pu, grâce à leur volonté, créer une structure où ils peuvent décider et gérer leur vie.

En conséquence, nous avons pu voir que les associations ne reposent pas toutes sur les mêmes stratégies et n'instituent pas le même rapport entre handicap et société. Les différents

modes d'organisations et de logiques que nous venons de décrire peuvent s'étudier à travers l'opposition entre le modèle médical et le modèle social qui émerge depuis les années 1970. Le modèle social décrit un rapport « inclusif » dans la relation à l'environnement (Fougeyrollas, 1993, 2010) alors que le modèle médical est plutôt basé sur un rapport « exclusif ». Pour l'auteur, la conception de la prise en charge de la personne dite « handicapée » reflète aussi le contexte culturel et écologique de l'environnement dans lequel elle s'institue. Les formes « exclusives » de la prise en charge tendent à conserver les attitudes et les représentations sociales négatives du handicap. Elles s'appuient sur les principes de la pitié, de la charité, de la peur de la différence, de la tragédie, de la productivité, de l'éducation et de la réadaptation qui découlent des aspects historiques et culturels sous lesquels on peut examiner les différences ou déviances corporelles et fonctionnelles par rapport aux attentes sociales (Chauvière, 1980 ; Stiker, 2005). Les formes « inclusives » sont des conceptions qui cherchent à ce que la société reconnaisse et respecte les différences entre les individus et cherche à diminuer les obstacles environnementaux pour créer la participation sociale.

4. L'organisation sportive des personnes ayant des incapacités motrices : un mouvement « auto-organisé »

Les organisations des pratiques physiques et sportives des personnes stigmatisées peuvent elles aussi être distinguées selon les formes d'« organisation pour autrui » ou d'« auto-organisation ». En effet, à l'exception de celui des personnes handicapées mentales, tous les mouvements sportifs institutionnalisés de minorités stigmatisées sont aujourd'hui auto-organisés. Cette position spéciale du « handicap mental » provient du fait qu'il est perçu « comme l'élément le plus handicapant de la condition d'handicapé » (Giami et *al.*, 1988 : 49). Groupe stigmatisé par excellence, les personnes atteintes de déficiences intellectuelles

n'occupent à ce jour aucune responsabilité au sein des organisations en charge de leurs intérêts, et notamment des organisations sportives (Marcellini et Comte, 2004). Les décisions prises au sein des associations sportives et de la Fédération Française de Sport Adapté (FFSA) sont celles des dirigeants et des cadres, représentés en général par les parents d'enfants handicapés mentaux et/ou les professionnels du handicap et du sport.

De même, avant d'être « reconnus » comme des regroupements auto-organisés, d'autres minorités stigmatisées se sont constituées en groupe sportif par le biais d'une organisation « pour autrui ». Par exemple, la structuration des pratiques physiques et sportives chez les personnes sourdes et malentendantes (Séguillon, 1998) ainsi que chez les personnes ayant des déficiences motrices (Marcellini, 2000) trouve son origine dans l'institution médicale, éducative ou rééducative. Progressivement, des groupes de pairs se sont détachés de ces institutions pour investir les espaces de décisions et de responsabilités et passer à une forme « auto-organisée ». A l'image des groupes de mobilisations collectives et des discours d'autonomisation des années 1970, ce processus de responsabilisation peut être considéré comme une prise de pouvoir ou d'« empowerment »¹⁷ (Mériaux, 2003), des groupes sportifs dans des organisations développées « pour eux ». Néanmoins, si l'organisation sportive des personnes stigmatisées s'est progressivement détachée du secteur rééducatif, elle y reste liée concernant les modalités sportives comme pour la classification des athlètes handicapés par exemple.

Ce processus d'auto-organisation permet aux « minorités stigmatisées » de passer d'un statut de « minorité passive » à celui de « minorité active » (Moscovici, 1976). A travers l'auto-organisation sportive des personnes handicapées, les conditions d'accès à une place non discréditée sont réunies par l'adhésion aux logiques sportives « ordinaires » et

¹⁷ Processus d'accès au pouvoir ou au contrôle de sa propre situation par des individus ou des groupes.

« intégratives ». Elle est la preuve de l'atteinte de la phase finale de la dynamique d'intégration c'est-à-dire à une participation sociale « banalisée ». L'institutionnalisation des pratiques sportives des personnes handicapées est utilisée « comme un espace support d'une action politique (et médiatique)¹⁸ élargie visant la transformation du social » (Marcellini, 2005 : 168). Elle embrasse ainsi complètement l'objectif d'intégration des personnes handicapées par « assimilation », en permettant de « devenir comme tout le monde ». Le regroupement peut être alors interprété comme un espace de « sécurisation » dans lequel le stigmate disparaîtrait ou au contraire deviendrait un atout à faire valoir.

II. Le contexte guadeloupéen à l'épreuve des concepts du handicap et de l'organisation associative

Il est d'usage de présenter le cadre de l'étude avant d'analyser les comportements de ceux qui habitent le territoire. Cette habitude est d'autant plus nécessaire ici, alors que cet espace est encore méconnu ou émaillé de préjugés et de discours folklorisant. Sans tomber dans un déterminisme simpliste, nous pensons que le milieu participe à la formation de l'homme et de sa culture. La description des spécificités géographiques, démographiques et historiques du terrain doit permettre aux lecteurs de mieux appréhender les fonctionnements et les organisations qui s'y développent. Par rapport à la population concernée par notre étude, les personnes atteintes de déficiences physiques, cette partie cherche à mettre en avant les conditions économiques et sociales dans lesquelles elle évolue. A travers cette démarche, nous confirmons notre attachement au modèle conceptuel du processus de production du

¹⁸ L'ajout de ce terme, utilisé par l'auteur, est pour nous l'occasion de préciser que la mobilisation collective a pour effet d'augmenter la visibilité sociale et que le sport est un objet médiatique privilégié pour y accéder.

handicap (Fougeyrollas, 2010) et insistons sur la relation entre le handicap et l'environnement dans lequel la personne ayant une ou des incapacités évolue.

1. Un contexte historique et géographique particulier

1.1 Un archipel contrasté

La Guadeloupe est la plus spécifique des îles qui forment les petites Antilles, cela tient à son caractère archipélagique. Couvrant 1780 km², elle se compose de huit îles dont les deux principales se distinguent par leur taille et leur proximité. Ces deux îles sont séparées par un étroit bras de mer, appelée la rivière salée, et se différencient par de nombreux traits. La Basse-Terre (848 km²) est une masse volcanique qui dispose d'un massif montagneux (point culminant : la Soufrière à 1088 mètres) couvert en grande partie d'une forêt humide et sillonné de nombreux cours d'eau. La Grande-Terre (588 km²) est une étendue calcaire, relativement plate (point culminant 135 mètres) et couverte d'une forêt xérophile.

Les autres îles de l'archipel se classent en deux groupes. Les calcaires, Marie-Galante (157 km²) et la Désirade (20 km²) présentent les mêmes caractéristiques que la Grande-Terre. Les volcaniques, les Saintes, petit archipel de 14 km² situé au sud de la Basse-Terre. Les îles de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy sont situées à 200 km de la Guadeloupe et doivent leur rattachement à une volonté politique de centralisation administrative. Depuis 2007, ces dernières sont devenues des Collectivités d'Outre-Mer ce qui leur assure une certaine autonomie.

Le morcellement et l'exiguïté de ce territoire ont des conséquences sur la diffusion des informations et des modes d'organisations. Les différentes parties de l'archipel n'ont pas connu le même progrès économique et social. Les principales villes que sont Basse-Terre (chef-lieu) et Pointe-à-Pitre ont connu un développement plus important que le reste des

communes et des dépendances de l'archipel. L'isolement de certaines parties de l'île est encore remarquable aujourd'hui comme le Nord de la Grande-Terre ou bien le versant occidental (côte sous le vent) de la Basse-Terre.

Comme les autres îles de la Caraïbe, l'archipel guadeloupéen est marqué par une activité climatique et tellurique récurrente dans la région. Les risques naturels (cyclone, tremblement de terre, éruption volcanique, sécheresse) ont émaillé l'histoire de l'île et ont aussi modelé son évolution. Les cyclones ont détruit de nombreuses fois les ports principaux, entraînant de profondes conséquences sociales et économiques (famine). Les éruptions successives de la Soufrière (principal volcan de l'île) ont fini par retirer à la ville de Basse-Terre sa primauté institutionnelle et économique au profit de l'agglomération Les Abymes-Pointe-à-Pitre- Baie-Mahault, situées à la jonction des deux parties de l'île.



Carte détaillée de l'archipel de la Guadeloupe

1.2 Une population fluctuante

Au-delà de l'aspect géographique, la Guadeloupe est aussi marquée par ses caractéristiques démographiques particulières. Sa population se caractérise par sa diversité ethnique d'une part et sa variabilité d'autre part. Lors du dernier recensement de la population

effectué par l'INSEE¹⁹, la Guadeloupe compte 400.596 habitants (contre environ 315.000 au début des années 80). C'est une population jeune (212.000 habitants se situent dans la tranche d'âge 20-59 ans, soit 52% de la population totale) malgré une tendance au vieillissement²⁰ (Breton et *al.*, 2009). En effet, depuis 1999, la population augmente de 0,4% par an contre 0,7% au niveau national. Cette lente augmentation est due principalement à une diminution de la natalité (environ -3% en dix ans) mais est aussi la conséquence d'une migration de plus en plus importante des jeunes vers la métropole à cause de la forte proportion de chômage sur l'île (environ 65.000 demandeurs d'emplois en 2010 soit 17% de la population totale) (INSEE, 2009).

La répartition démographique est aussi inégale sur le territoire. La majorité des habitants se concentrent dans les agglomérations de Baie-Mahault, des Abymes et de Pointe-à-Pitre situées au centre de l'île. Proches géographiquement, elles centralisent la majeure partie de l'activité économique du département, au dépend des autres parties de l'île qui restent très rurales.

Une autre particularité de la population guadeloupéenne réside dans son caractère multi-ethnique. L'histoire de la Guadeloupe est parcourue de phases migratoires plus ou moins importantes qui ont progressivement transformé la société dans son ensemble. Depuis l'abolition de l'esclavage en 1848, les planteurs n'ont eu de cesse de chercher de la main d'œuvre à l'extérieur. Outre l'immigration africaine, le deuxième flux majeur est celui de la population d'origine indienne qui perdurera jusque dans les années 1930. En parallèle, d'autres flux mineurs viennent s'ajouter, principalement d'origine européenne et syro-libanaise. Ces flux migratoires en Guadeloupe ont produit sa diversité culturelle mais aussi des rapports sociaux parfois conflictuels (Benoist, 1972 ; Bonniol, 2006 ; Boutin, 2006). En effet, Jean-Luc Bonniol souligne le caractère ségrégatif de cette « situation créolisante »

¹⁹ INSEE, L'année économique et sociale 2010 en Guadeloupe, Antianeco n°74, Juillet 2011. Lien internet : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/guadeloupe/themes/ae_bilan/aes74ga/aes74ga.pdf

²⁰ Ce constat est commun à tous les départements d'Outre-mer, hormis la Guyane.

lorsque « la diversité des apparences physiques chez les arrivants sert de matériau à une idéologie hiérarchique : la "race" permet de justifier les ordonnancements sociaux (le "préjugé de couleur") ; la confrontation des différents traits culturels portés par les arrivants aboutit également à une stratification de ces traits en fonction de leurs origines » (p. 52-53).

Cette diversité culturelle peut rendre complexe la lecture de la société guadeloupéenne dans son rapport aux personnes, corporellement et fonctionnellement, différentes. En effet, les représentations sociales du handicap se distinguent d'une culture à l'autre (Gardou et *al.*, 2010) selon l'histoire, la géographie et les époques (Stiker, 2005). Si bien qu'au regard de la particularité sociale de la Guadeloupe, les significations attribuées au handicap, les modes de prise en charge et les formes de mobilisation des personnes atteintes de déficiences motrices pourraient être étudiées sous des angles différents.

1.3 Une histoire économique et sociale agitée

Au cours des quatre dernières décennies, la société guadeloupéenne a connu une transition rapide qui a profondément modifié son paysage géographique, économique et social. La Guadeloupe, comme la Martinique, la Guyane et la Réunion, a bénéficié du statut de département à partir de 1946. Cette reconnaissance a fourni le cadre politique permettant l'accès du plus grand nombre à la société de consommation, tout en conservant une logique économique héritée du système colonial (Glissant, 1981 ; Blérald, 1986 ; Constant et Daniel, 1997 ; Michalon, 2009 ; Dumont, 2010). La départementalisation a contribué à l'amélioration des conditions de vie locale : généralisation de l'accès à l'éducation, amélioration de l'habitat, développement des structures publiques, système de santé de qualité. Toutefois, l'extension des lois sociales (protection sociale, allocations familiales, chômage...) fut le produit d'une lente maturation maintes fois commenté. La mise en place du régime de protection sociale est

l'une des principales attentes de la population locale. Votée par le décret du 17 octobre 1947, elle ne sera effective qu'au début de l'année 1949. Il faudra attendre la fin des années 1990 pour que la Guadeloupe bénéficie pleinement de l'égalité en termes de droits sociaux avec les départements métropolitains²¹. Nous verrons par la suite qu'il en fut de même pour les différentes allocations concernant les personnes ayant le statut de personne « handicapée ».

Après l'euphorie de la départementalisation, la persistance des inégalités sociales entre les DOM et la métropole, mais aussi à l'intérieur de la société guadeloupéenne, entretient les frustrations engendrées lors de la colonisation. La période qui suit la départementalisation, amorcée par la loi dite « d'assimilation », est traversée par des difficultés économiques, politiques et sociales qui s'accroissent avec la chute de l'industrie sucrière qui doit faire face à l'insertion progressive des économies antillaises dans le système de concurrence internationale (Blérald, *op.cit.* ; Constant et Daniel, *op.cit.* ; Audebert, 2011). Ces crises ne feront qu'attiser les ressentiments et verront s'accroître les discours contestataires et identitaires qui secoueront la société guadeloupéenne dans les années 1970.

L'édification de la protection sociale est également désignée pour avoir contribué au déclin des solidarités familiales, ciment de la société antillaise (Audebert et Saffache, 2002 ; Lanoir L'Etang, 2005). La représentation de la Guadeloupe, et des autres territoires d'outre-mer, comme un « pays d'assistés » ou « d'un pays sous-perfusion » est largement répandue. La soudaine ingérence de l'État-Providence dans des secteurs d'activités concernés auparavant par le domaine privé comme la famille est considérée comme destructrice d'un lien social. Ce procès a pris de l'ampleur et toujours d'actualité avec les difficultés économiques et la précarité qui ne cessent de gonfler. De nombreux acteurs reprochent aux pouvoirs publics locaux de s'être trop largement appuyés sur la dépendance structurelle et d'avoir manqué d'innovation productrice (Jalabert, 2007). Les difficultés que rencontre la

²¹ Le régime local des allocations familiales est aligné sur celui de l'hexagone depuis 1994 ; l'alignement du SMIC sur celui de la métropole depuis 1996 et celui du RMI (devenu RSA) depuis 2002 (Forgeat et Celma, 2002).

Guadeloupe actuellement sont, pour la plupart, attribuées à la période post-départementalisation. La gestion « métropolitaine » des mutations politiques, économiques et sociales, les choix stratégiques des pouvoirs publics locaux et la persistance des inégalités sociales vont devenir les creusets d'un mouvement indépendantiste qui émerge à partir des années 1960. La frustration qui s'ajoute à la précarité donne aux discours identitaires une caisse de résonance de plus en plus importante.

Toutefois, certains auteurs tendent à relativiser ce discours sur le déclin de la société guadeloupéenne. Comme nous le montre Claudine Attias-Donfut et Nicole Lapierre (1997), l'édification de la protection sociale a inversée les relations inter-générationnelles au sein des familles. D'un mode de solidarité familiale ascendante (des enfants vers les parents), la mise en place des prestations sociales pour les personnes âgées a modifié la circulation des aides privées qui se sont tournées vers les enfants (descendant). Parallèlement, l'amélioration du niveau de vie a étendu le système d'entraide dans le temps et dans l'espace. Au vu de leur analyse, les auteurs constatent que « l'aide publique contribue à élargir le champ des solidarités familiales au niveau de la survie à celui de l'intégration sociale et du présent au jour le jour à l'élaboration de projets personnels et familiaux » (p. 112). Elles soulignent également que l'assistance aux personnes âgées est encore largement répandue au sein des familles, et effectuée principalement par les hommes.

L'histoire du secteur du handicap en Guadeloupe est bien entendu tributaire de l'histoire sociale de la Guadeloupe. La politique de « rattrapage » qui a été entamée depuis les années 1950 est très certainement dirigée vers les priorités comme l'éducation ou la mise en place d'un système de santé de qualité. En effet, comme nous l'expliquerons plus loin, la lutte contre l'illettrisme et le taux de mortalité infantile seront parmi les premières mesures entreprises. Par la suite, les difficultés économiques qui vont accentuer la précarité et le taux

de chômage donneront aussi des politiques prioritaires en ce sens. Le handicap ne semble pas être la priorité des pouvoirs publics.

Dès lors, quels sont les espaces de prise en charge du handicap en Guadeloupe ? Et qui en sont les principaux promoteurs ? Observe-t-on, ici aussi, un espace familial traditionnel à l'opposé d'un domaine administratif et/ou médical ? Ou bien peut-on repérer d'autres espaces particuliers ? Enfin, malgré le discours du « retard », retrouve-t-on une évolution du secteur du handicap identique à celui de la métropole, c'est à dire une « décentralisation » des compétences vers des acteurs locaux et en majorité des associations ?

1.4 Un recensement difficile du handicap en Guadeloupe ?

Au début de notre étude, nous avons tenté d'effectuer un recensement du nombre de personnes atteintes de déficiences motrices en Guadeloupe afin de pouvoir faire une comparaison avec le nombre de personnes licenciées à la Fédération Française Handisport. Les dernières études réalisées sur l'évaluation du handicap en Guadeloupe²² ne nous ont pas permis de réaliser cette proportion. Les difficultés à effectuer un recensement précis de la population déclarant un handicap n'est pas propre à la Guadeloupe. L'ensemble des travaux réalisés sur le territoire fait état de la même complexité à évaluer la population des personnes handicapées. Cette difficulté semble provenir de deux points : la diversité des approches de la notion de handicap et la présence de « freins » au niveau local. Nous reviendrons sur ce dernier point plus loin. La définition du handicap s'est homogénéisée administrativement en

²² Pulvar E., *Etat des lieux et besoins de la prise en charge des personnes handicapées en Guadeloupe*. Observatoire des Inadaptations et des Handicaps de la Guadeloupe, Juin 2005 ; Géran C., *Le handicap en Guadeloupe : l'âge, un facteur déterminant*. Premiers résultats, n°80, octobre 2011.

France à partir de la loi de 2005²³ en reprenant la définition de « situation de handicap » promue par l'Organisation Mondiale de la Santé (2002). Auparavant, la pluralité des approches rendaient difficile une lecture cohérente des données obtenues.

Dans l'impossibilité d'obtenir des chiffres précis sur notre population d'étude, nous sommes donc davantage intéressés aux caractéristiques générales de la population guadeloupéenne déclarant avoir un handicap et sur la structuration de la prise en charge en Guadeloupe afin de repérer d'éventuelles « disparités » locales.

En s'appuyant sur l'enquête HID (Handicap, Incapacité, Déficience) réalisée en 1999, l'« état des lieux » effectué en 2005, à la demande du Conseil Général, estime que les personnes vivant avec un handicap représentent environ 8 à 10 % de l'ensemble de la population totale. La répartition en fonction de la tranche d'âge serait de 35000 et 38000 personnes adultes (supérieur à 15 ans) et environ 8500 enfants et adolescents handicapés (inférieur à 15 ans). L'étude la plus récente effectuée en 2011 et qui s'appuie sur le dernier recensement de l'INSEE (2008), semble corroborer ces chiffres, en précisant toutefois les différentes approches du handicap utilisées. En effet, sur les 8,5 % de la population qui « déclare ne pas pouvoir accomplir certaines tâches de la vie quotidienne », les auteurs de l'étude font la distinction entre le handicap reconnu (13.600 personnes soit 3% de la population totale) et le handicap ressenti (30.000 personnes soit 7,5%). Le handicap reconnu concerne les personnes qui déclarent bénéficier ou avoir fait la demande d'une reconnaissance administrative (rente, allocation, carte d'invalidité, travailleur handicapé, etc...) et le handicap ressenti concerne ceux qui ont répondu positivement à la question : « Considérez-vous avoir un handicap ? » A ces deux définitions, s'ajoute celle de handicap identifié qui recense les

²³ Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

personnes déclarant une impossibilité complète à effectuer des tâches courantes et/ou nécessitant l'aide d'un tiers (16.600 personnes soit 3,9%). Au total, en 2008, 49.000 personnes sont concernées par le handicap en Guadeloupe.

Outre cette précision, ce dernier travail dresse certains constats sur la situation sociale de cette population qui nous aideront dans notre analyse. Dans un premier temps, on observe une « méconnaissance des procédures officielles de reconnaissance du handicap au sein de la population » (ORSaG, 2006)²⁴. En effet, la part de handicap reconnu, c'est-à-dire déclaré à une administration en vue d'obtenir une reconnaissance particulière, est nettement inférieure à la moyenne nationale (0,2% en Guadeloupe contre 3% en France métropolitaine). Toutefois, ce décalage tend à se réduire au regard du nombre de demandes d'allocations spécifiques en constante progression par rapport à ceux enregistré en métropole. Par exemple, les demandes d'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ont augmenté de plus de 40% entre 1990 et 2003 contre 22,9% pour la moyenne nationale. En 2008, le nombre de bénéficiaires de l'AAH sur le département est de 7800 (3,74% des 20-59 ans) alors qu'en France ils sont 817851 (2,39%). Pour les enfants, le nombre de bénéficiaires de l'allocation d'éducation d'enfant handicapé (AEEH) est de 1466 (1,20% des moins de 20 ans), et en France 153043 (0,96%) (ORSaG, *id.*).

Dans un deuxième temps, on peut dire que l'insertion professionnelle des personnes handicapées est réduite lorsque l'on lit que « les trois quarts des personnes handicapées restent inactives » (72%). L'ensemble de ces constats, associés à l'histoire sociale de l'île, donne un premier aperçu des conditions de vie des personnes handicapées en Guadeloupe. En effet, la méconnaissance des droits et la faible intégration professionnelle sont des signes de la

²⁴ Observatoire Régional de la Santé de la Guadeloupe, La santé observée : Les adultes handicapés en Guadeloupe, Fiche 5.2, Février 2006.

difficulté que les personnes handicapées rencontrent dans leur désir d'une meilleure participation sociale. Les raisons de ces barrières ne sont pas déterminées dans ces travaux mais la forte ruralité de l'espace géographique guadeloupéen et l'absence d'accessibilité notamment dans le domaine du transport, sont des causes possibles.

Enfin, nous avons pu voir que les structures de prise en charge recensées font défaut en Guadeloupe. Les taux d'équipements médico-sociaux départementaux sont plus bas que la moyenne nationale, et ce en particulier pour certains types d'établissements comme les foyers d'accueil médicalisés (0,016 place pour 1000 habitants en Guadeloupe contre 0,42 en métropole) et les foyers de vie (0,24 contre 1,59), structures accueillant les personnes présentant les incapacités les plus importantes. Parallèlement, nous relevons que « plus de la moitié des personnes en situation de handicap (vivant à domicile) bénéficie d'une aide à domicile non professionnelle » (53%) (Géran, 2011). Cette aide familiale est essentiellement apportée par les enfants (40%) et les proches (13%), et majoritairement composée de femmes. Ce constat est-il lié aux facteurs socio-économiques de l'île ou alors est-il la preuve d'une forme de prise en charge familiale issue des fondements de la solidarité en Guadeloupe ? Nous aurons l'occasion de discuter à ce propos lorsque nous traiterons des modes d'organisations associatives en Guadeloupe.

2. Des représentations sociales favorables à la stigmatisation des personnes handicapées ?

De nombreux travaux laissent penser qu'il existe des spécificités dans le traitement social de la « différence » au sein des sociétés créoles. Lorsqu'il s'agit d'étudier des conduites et des pratiques qui servent à se prémunir du mal et de la maladie, ces travaux font références à des

comportements où se mêlent modernité et tradition²⁵. Les modèles préventifs, explicatifs et curatifs de la maladie oscillent entre un système de prise en charge rationnel, qui fait appel aux technologies modernes de soins et de prévention, et un système « irrationnel », dans lequel l'atteinte est vécue comme résultant d'une « faute » ou d'une attaque « sorcellaire » contre lesquelles il est nécessaire de se « protéger » (Flagie, 1992 ; Bougerol, 1997). C'est au final l'hypothèse d'un syncrétisme entre éléments de tradition et de modernité qui est plus ou moins explicitement défendue. Par-delà l'apparente intégration des informations bio-rationnelles sur les différentes pathologies rencontrées, la persistance des modèles d'interprétation traditionnels (et notamment magico-religieux) semble orienter les modes de représentations étiologiques et les attitudes visant à s'en protéger.

Ce « système » de représentations de la maladie prend sa source dans l'histoire des sociétés antillaises. Histoire tragique et violente, marquée par la période esclavagiste et coloniale, qui a eu, en premier lieu, pour conséquence de produire une société stratifiée et hiérarchisée. Aujourd'hui encore, on observe des traces de cette stratification à travers la permanence de « préjugés de couleur » (Benoist, 1972 ; Bonniol, 2006) caractérisés par un étiquetage systématique des individus encore présent dans la société guadeloupéenne moderne (bleu, mulâtre (sse), chabin(e), couli, béké, blan...) ²⁶. A travers cette hiérarchie des couleurs de peau, où le corps apparaît comme un vecteur d'identification, on peut s'interroger sur la puissance des cadres normatifs, tout particulièrement dans le champ du handicap. Dans cette

²⁵ Ces deux mots d'usage courant à la signification évidente en apparence sont rarement définis de manière convaincante. On a tendance à définir l'un en référence, voire en opposition à l'autre. Bien souvent, la tradition est confondue avec le passé, voire la coutume, et la modernité est évoquée comme synonyme de l'actualité ou du présent contemporain. L'ouvrage d'Eric Hobsbawm et Terence Ranger *The Invention of Tradition* publié en 1983 et récemment traduit en français relance le débat en faisant intervenir la notion de « traditions inventées ». Cette expression « inclut à la fois les traditions qui ont été effectivement inventées, construites et instituées de manière officielle et celles qui émergent de façon plus indistincte au cours d'une période brève et datable – peut-être quelques années à peine – et s'établissent d'elles-mêmes avec une grande rapidité » (p. 11).

²⁶ Bleu est un individu très noir de peau, le chabin est un individu clair de peau avec les traits afro-caribéens, le couli désigne les individus d'origine indienne, les békés sont les descendants des blancs esclavagistes et propriétaires terriens, les « blan » désignent les métropolitains.

configuration le corps différent, porteur de « stigmates », semble être largement rejeté, d'autant plus que certains travaux permettent de penser que l'atteinte corporelle pourrait être attribuée à une punition « divine » renvoyant à l'idée d'un tabou enfreint ou alors, à un maléfice en guise de représailles ou de jalousies (Bougerol, *op.cit.*).

Au cours de travaux plus récents, Christiane Bougerol (2009) nous montre comment, aux Antilles, « la sorcellerie est communément évoquée pour trouver hors de soi la cause d'un malheur, d'une série de déconvenues ou d'un événement inopiné et éprouvant », notamment dans le cadre des incidents routiers (p. 166). Contrairement aux gens du bocage en France métropolitaine (Favret-Saada, 1977), la sorcellerie possède un statut proche de l'officialité dans les îles. Avouer avoir subi un « sort » ne risque pas d'être interprété comme étant « arriéré ». En réalité, la référence à la sorcellerie rappelle combien l'imaginaire fait partie de la culture antillaise. En témoigne, par exemple, le principe de « protection » qui semble gouverner les relations avec l'environnement social, notamment en ce qui concerne le domaine préventif. En effet, la prévention contre les atteintes infectieuses est récurrente dans une société où les questions sanitaires ont souvent été problématiques (Benoist, 1993 ; Boutin, 2006). Par exemple, certains travaux nous expliquent comment la lèpre, ayant sévi dans les années 1930, a été traitée par une logique de stigmatisation/dissimulation des personnes atteintes, et ainsi contribué à la logique d'exclusion des malades du Sida à partir des années 1980 (Dumont et *al.*, 2011). Sans expressément faire le lien avec ces faits historiques, Catherine Benoît (2000) décrit certains comportements protecteurs lors d'une étude ethnographique des jardins créoles en Guadeloupe. Pour l'auteure, les représentations sociales du corps et du mal renvoient à une compréhension humorale selon laquelle l'état de santé dépend de la circulation des fluides corporels, de leur équilibre et des qualités physiques qui leur sont associées. La mise en évidence de ces catégories, introduite dans une conception de la personne et du monde selon laquelle la prévention d'une affection, qui provient toujours de

problèmes avec l'entourage social et surnaturel, requiert certaines techniques. Celles-ci, régies par un ensemble de règles journalières pouvant nécessiter l'intervention d'un guérisseur, consistent à « protéger », « fermer » et « nettoyer » l'organisme et le lieu habité.

Ce n'est, bien sûr, pas qu'aux Antilles que les marquages corporels hors normes, et plus généralement le corps malade et meurtri, suscitent la peur de la contagion (Douglas, 1971). Ces derniers conduisent fréquemment les individus à la méfiance et entraînent des logiques de cloisonnement des populations atteintes, quelle que soit la contagiosité réelle de leurs attributs stigmatisés (Laplantine, 1986 ; Vigarello, 1993). C'est la « contagion du sens » qui prévaut (Le Breton, 1998). On isole les sidéens, par exemple, ou on craint que la maladie mentale ne se transmette par simple contact (Jodelet, 1989).

En Guadeloupe, la prise en charge de la différence est fatalement associée au même processus. Le traitement social du handicap, si l'on se base sur le fait que le corps est soumis à un contrôle social contraignant, serait de cacher la différence du regard des autres pour éviter de porter préjudice à sa renommée. L'absence de travaux à ce sujet ne permet pas d'avoir de réelle certitude sur la manière dont les personnes handicapées étaient (ou sont) traitées dans la société antillaise. Toutefois, parallèlement à la notion de rejet, il semble exister aussi une possibilité de surprotection familiale. En effet, la question du traitement social du handicap peut être associée à celui des personnes âgées ou autres personnes atteintes d'incapacités, notamment au sein du milieu familial. Certains travaux font état d'une prise en charge familiale importante notamment dans le cas des personnes âgées (Attias-Donfut et Lapiere, 1997) ou lors d'événements liés à la mort (Boutin, *op.cit.* ; Lanoir L'Etang, *op.cit.*). Ces propos vont quelque peu à l'encontre de travaux qui font état d'un contrôle social contraignant poussant au rejet et à l'enfermement des personnes atteintes de déficiences. A ce

sujet, la thèse de Rémy-Francius (2003) sur le « tètè » pose comme hypothèse que les représentations de la déficience intellectuelle et les modalités de sa prise en charge sont révélatrices du fondement social et culturel de la société guadeloupéenne. Cette thèse dévoile, dans un premier temps, la permanence d'une explication des origines du retard mental liée à des croyances magico-religieuses. Mais, cette étiologie, loin de créer un rejet systématique, semblait rendre possible une intégration sociale des personnes concernées au sein de la communauté. En effet, une forme de solidarité de proximité s'organisait autour de la personne atteinte de différences physiques ou intellectuelles. Dans la mesure du possible, les personnes étaient sollicitées pour effectuer des tâches diverses au sein de la fratrie mais aussi à l'extérieur (notamment lors de cérémonies religieuses).

Une rapide mise en comparaison de données permettrait de rappeler, depuis les Antilles, combien ce qui paraît différent de l'« ailleurs », introduit en réalité la dimension de l'imaginaire, la question du sens du mal et de son traitement symbolique, mais aussi des logiques de stigmatisation et de contrôle social. En fait, tout ce qui semble spécifique à la Guadeloupe peut certainement trouver une expression similaire dans les études portant sur d'autres espaces géographiques.

En arrière-plan des « représentations », c'est aussi le thème d'un « retard » sur la métropole qui semble également parfois refaire surface (Dumont, 2010). Dès lors, le choix de porter son attention sur les organisations permet d'avoir une autre approche sur les « représentations » sociales du handicap en Guadeloupe. En effet, les possibilités pour les personnes handicapées de s'organiser collectivement, les revendications qu'elles portent à travers leur regroupement semblent à même de proposer une analyse des conditions de leur intégration au sein de la société guadeloupéenne.

3. Le regroupement associatif en Guadeloupe

Selon une étude récente (Bazin et *al.*, 2011), la Guadeloupe fait partie des régions les plus actives dans le secteur associatif (710 créations d'association en 2010 contre 490 dans la moyenne nationale par département). En 2011, on compte environ 7000 associations animées par 55.000 à 60.000 bénévoles. Par ailleurs, 806 associations emploieraient environ 10000 personnes ce qui fait de la Guadeloupe l'une des régions les plus employeuses dans le secteur associatif (14,2% de la part du privé contre 9,5% dans la moyenne nationale). Ce secteur est donc producteur d'emplois, ce qui lui confère un statut privilégié dans une région où le chômage est important (environ 30%). Outre cet aspect, les chiffres démontrent une intense vie associative en Guadeloupe. Malgré leurs stagnations, les associations classées dans les secteurs culturels et sportifs restent très présentes. Le secteur du handicap n'est pas clairement caractérisé dans cette étude de 2011. Nous ne savons donc pas s'il se situe dans la catégorie « social » ou celle de « santé ». Selon les archives de la Maison Départementale des Personnes Handicapées de la Guadeloupe (MDPH), on peut comptabiliser 33 associations gestionnaires d'établissements médico-sociaux en 2005 (MDPH, 2005).

Le mouvement associatif observé dans les Antilles Françaises est le plus souvent relié aux concepts de solidarité, d'entraide et d'identité culturelle (Lanoir l'Étang, 2005). Les fondements du tissu associatif puisent leurs origines au cours de la période de l'esclavage, où la solidarité entre « déportés » était vitale. Les solidarités entre esclaves ont pris différentes formes au cours de l'histoire comme par exemple les « nasyons »²⁷ pour les rassemblements d'esclaves de mêmes origines ou d'une même « habitation »²⁸, les « marrons » pour les regroupements de fugitifs, les confréries noires ou « sociétés » qui ont vu le jour dans les

²⁷ Nations.

²⁸ Grandes propriétés de maîtres.

ceintures urbaines des Antilles avec l'apparition des affranchis puis des gens de couleurs libres (Celma, 1998). Les confréries noires sont décrites comme des communautés « d'entraide mutuelle, de résistance, d'épargne et réhabilitation face aux humiliations de l'esclavage » (Lanoir L'Etang, *id.* : 88) et apparaissent ainsi comme les premières formes d'associations observées aux Antilles, telles qu'on peut les définir dans les sociétés occidentales. Ce sont des formes d'entraide organisées, des « solidarités tournantes » qui se manifestent autour d'un moment de convivialité et de manifestations culturelles.

Ces formes d'entraide, encore présentes dans la société guadeloupéenne actuelle, se sont construites autour de la précarité qui prévalait pendant la période coloniale d'abord dans les « habitations » puis ensuite dans les « lakous »²⁹. Aujourd'hui, selon certaines études, l'arrivée de la société de consommation semble avoir quelque peu délité ce type de solidarité. Les familles se sont dispersées, les prestations sociales généralisées et les conditions de vie améliorées. Les solidarités de type « mécanique » ont fait place à celles de type « organique » (Durkheim, 1950), même si ces dernières semblaient déjà exister à travers les « solidarités de productions », tels que les « konvwas » et les « koudmens »³⁰. Ces formes de solidarités sont essentiellement des aides à caractères économiques. Toutefois, comme nous l'avons vu, il s'agit aussi de prendre en compte les nouvelles formes de solidarités (Attias-Donfut et Lapierre, *op.cit.*) afin d'avoir une vision objective sur ce phénomène.

Dans l'ensemble, les dynamiques solidaires semblent immédiates, spontanées, voire occasionnelles. Selon Luciani Lanoir L'Etang, ces formes d'entraide « égalitaires » et « circulaires » ne semblent pas propices à promouvoir un fonctionnement associatif efficace et

²⁹ Forme d'habitat regroupant les familles pendant l'exode rural qui a suivi l'abolition de l'esclavage. Lire : Flagie A., Baroches, Quartiers de la ceinture urbaine de Pointe-à-Pitre, contribution à une sociologie de la Guadeloupe, thèse de doctorat, université de Paris V, Juillet 1982.

³⁰ Les « convois » et les « coups de main » sont des formes d'organisations solidaires à des fins d'entraide productive. Elles se réalisent, par exemple, lors d'un travail agricole important. Autrefois régies par des règles de coordination variable (service, bénéfice de la récolte, dette), elles ont subies les effets de l'arrivée de la société de consommation (individualisme, salariat). Pour développer ce sujet voir : Fallope J., *Esclaves et citoyens, les noirs en Guadeloupe au XIXème siècle*, Société d'histoire de la Guadeloupe, Basse-Terre, 1992 ; Laplante A., *Un système d'échange de journées de travail, le convoi Marie-Galantais*, centre de recherche Caraïbes, Martinique, 1972.

durable : « Les solidarités historiquement déterminées de l'espace guadeloupéen sont en inadéquation avec la solidarité historiquement déterminée de l'espace hexagonal français. Les individus et les groupes en Guadeloupe ont instrumentalisé la solidarité hexagonale et se sont installés, pour la frange la plus précarisée de la population, dans la dépendance économique et sociale. » (p.358)

Dans cet extrait, l'auteure souligne l'influence extérieure qui semble transformer voire pervertir le champ associatif guadeloupéen. Pour elle, l'arrivée d'une solidarité nationale massive depuis 1946 est à l'origine de l'affaiblissement des « solidarités de proximité ». Ce changement de lien social peut être alors vécu comme une dilution de l'identité culturelle. Les réactions associatives qui suivent les mouvements nationalistes des années 1970 sont encore fortement ressenties aujourd'hui. Depuis les années 1980, de nombreuses associations qui ont pour objectif de revaloriser le patrimoine culturel voient le jour. Ces associations peuvent adopter différentes formes de réappropriation du passé. Soit en renouant avec les traditions perdues ou sous la forme de combat culturel avec notamment les groupes carnavalesques (AKIYO, VOUKOUM³¹). Les mouvements collectifs carnavalesques sont interprétés comme une forme de « patrimonialisation » de la culture antillaise (Giraud, 1999). Un processus de réinterprétation, ou de créolisation, cherchant à réinventer la tradition dans un but de contestation. Ainsi, comme le montre Stéphanie Mulot (2003), les groupes de « masques » sont un exemple de ces actions culturelles contestataires qui font appel à la « tradition [pour] garantir la virginité et l'originalité d'un phénomène, en prouvant que la colonisation, pourtant incontournable, ne l'aurait pas affecté » (p. 120).

En outre, malgré une forte activité associative, la durée de vie de nombreuses associations est souvent très courte. Pour certaines d'entre elles, le but recherché est

³¹ AKIYO : Qui sont-ils ?; VOUKOUM : Vacarme.

l'obtention d'une manne financière que le secteur associatif génère. Pour d'autres, cette instabilité proviendrait du mode de fonctionnement associatif propre à l'univers guadeloupéen. En effet, Luciani Lanoir L'Etang soulève l'absence de « contrat social » dans le cadre de la solidarité en Guadeloupe. Pour l'auteur, le fonctionnement associatif en Guadeloupe est hérité du fonctionnement des sociétés des générations précédentes. Ces dernières possédaient une structure hiérarchisée, où les dirigeants étaient omnipotents et paralysaient ainsi toutes les initiatives bénévoles. Or, le bénévolat associatif est essentiellement basé sur les principes de la spontanéité et de l'absence de contraintes, ferments indispensables à l'engagement et à l'altruisme. Dès lors, l'absence de verticalité fausse les « règles du jeu déterminant la répartition du pouvoir et les prises de décisions » (Laville et Sainsaulieu, 1997 : 39) qui permettent l'action collective en association. Le principe démocratique du fonctionnement associatif est donc remis en question, ce qui aboutirait à « un manque d'efficacité et surtout à des rivalités internes et externes » (Lanoir L'Etang, *op.cit.* : 208).

L'histoire du mouvement associatif et sportif en Guadeloupe est un espace privilégié pour analyser le processus de quête identitaire qui a jalonné l'histoire de la société guadeloupéenne. En effet, des premières associations sportives créées au début du XX^e siècle jusqu'à la forte médiatisation des athlètes antillais au niveau international, le sport apparaît comme un outil pour s'identifier puis revendiquer une identité culturelle. Cette quête identitaire oscille entre une volonté de rattachement au système sportif métropolitain et celle d'une émancipation afin d'exprimer son indépendance.

4. Le mouvement sportif en Guadeloupe : un espace de quête identitaire

L'histoire du sport dans l'espace insulaire montre des différences et des similitudes avec le développement que l'on connaît en France et en Europe. Dans les Antilles Françaises, le mouvement sportif prend son essor entre la fin du XIX^e et le début de l'entre-deux guerres (Dumont, 2002). Importées par les marins et les militaires dans un premier temps, les pratiques sportives sont rapidement incorporées par une tranche de la population (la plus aisée) pour souligner son attachement à la patrie et aux valeurs correspondantes : « la religion sportive est un puissant vecteur d'acculturation. Les pratiquants partagent la foi dans un modèle de société et la croyance dans une ascension morale et sociale par le sport » (Dumont et Ruffié, 2012 : 2). L'organisation du milieu sportif local se réalise à travers l'expérience métropolitaine vécue par les promoteurs antillais lors de leurs études ou voyages. L'idéal sportif est celui de l'athlète complet et bien éduqué, au-delà des compétences physiques, le « parfait sportif » doit être polyvalent et cultivé. Ainsi, les premières organisations sportives créées aux Antilles dans les années 1930 proposent des pratiques à la fois « sportives », « culturelles » et « artistiques »³² (Dumont, 2002, 2006, 2009). L'athlétisme est une des premières activités importées par la classe blanche dans l'archipel. Par la suite, viendront le football et le cyclisme véhiculés par les organisations de jeunesse laïques et catholiques (Gastaud, 2004, 2010). Ainsi, l'organisation des pratiques physiques et sportives aux Antilles participe dans les premiers temps à une politique d'assimilation à la culture française et concerne essentiellement la classe sociale blanche dominante. Toutefois, le sport, seule possibilité d'ascension sociale dans le système colonial, devient progressivement plébiscité par les Antillais d'origine noire africaine.

³² En 1947, toutes les associations sportives recensées proposent également des activités de lectures, des causeries et des expositions.

Au fil des années, le sport se popularise et recouvre des enjeux plus vastes. La départementalisation qui advient en 1946 contribue à cette popularisation et à la construction de structures sportives. Les organisations « omni-sportives », encore ancrées dans un modèle élitiste, doivent se calquer sur le modèle fédéral français. Chaque pratique doit être placée sous la tutelle d'une ligue, elle-même gérée par une fédération métropolitaine. En 1952, la fédération omnisport de la Guadeloupe disparaît et est remplacée par plusieurs ligues spécialisées : celle de football la même année, puis celles de basket-ball et d'athlétisme en 1954. Cette mutation structurelle est favorisée par la modernisation institutionnelle dû au changement de statut et révèle un processus d'intégration institutionnelle qui est en marche. Le CREPS, créé en 1965 aux Abymes, symbolise la politique d'équipement, notamment en matière d'infrastructures sportives, qui est opérée en Guadeloupe entre les années 1960-1970.

Toutefois, dans le même temps les premières fausses notes de l'assimilation au modèle français apparaissent et ressurgissent dans l'organisation sportive antillaise. L'éloignement géographique et la gestion « coloniale » des institutions d'Outre-mer deviennent rapidement des facteurs de déceptions et de rancunes. Les revendications d'égalité entre Noirs et Blancs sont symbolisées par les mouvements noirs américains des années 1960 (Black Panthers) médiatisés lors de certaines compétitions internationales³³. Dans le même temps, la Guadeloupe est secouée par les émeutes ouvrières de 1967. Réprimées dans le sang, ces événements vont renforcer la vague indépendantiste qui parcourt le département.

Privés d'échanges compétitifs avec les sportifs métropolitains pour des raisons techniques et économiques, les sportifs antillais éprouvent aussi des difficultés (financement,

³³ Des athlètes noirs américains lèvent leur poing ganté, signe des Blacks Panthers, sur les plus hautes marches du podium aux Jeux Olympiques de Mexico en 1968. Ils seront exclus des Jeux par le Comité International Olympique. Ces images vont alimenter les courants nationalistes qui se développent dans la Caraïbe à la même époque.

autorisation fédérale, etc...) à rencontrer ceux des îles proches de la Caraïbe. « Le modèle français, qui n'amène pas les avantages attendus semble de plus en plus subi et freine les désirs d'échanges [...] l'Etat français qui pourtant multiplie la dimension des contrôles et prescriptions dans le domaine sportif, n'apporte en échange aucune véritable prestation » (Dumont et Ruffié, 2012 : 6).

Ainsi, les échanges avec les pays voisins sont des indicateurs de relations de plus en plus houleuses entre les institutions sportives locales et nationales. Lenteurs administratives, freins institutionnels ou barrières communicationnelles, tout semble contraindre les possibilités d'émancipation et multiplier les frustrations. Associés aux problèmes économiques et sociaux qui explosent à l'époque, ces derniers alimentent le discours identitaire qui prend racine dans les années 1960 avec l'apparition des mouvements indépendantistes et d'une « politisation des identités » (Daniel, 2002). A partir des années 1980, les premiers hymnes et drapeaux nationalistes apparaissent dans les stades des Antilles. La participation aux épreuves métropolitaines, emblème de l'aliénation identitaire, est de plus en plus critiquée voire refusée. Ainsi, de nombreux présidents de clubs de football locaux refusent que leurs équipes participent à la coupe de France. Dans le même temps, l'émergence des sportifs antillais au niveau national et international deviennent des symboles de réussite et de fierté guadeloupéenne (Dumont, *op.cit.* ; Reno, 2004). Roger Bambuck est le premier athlète antillais « médiatisé » : demi-finaliste du 100 mètres au JO de Tokyo en 1964, Champion d'Europe du 200 mètres et du 4x100 mètres et vice-champion d'Europe du 100 mètres en 1966. Comme pour venir renforcer ce symbole de promotion sociale, il devient Secrétaire d'Etat de la Jeunesse et des Sports entre 1988 et 1991.

Les sportifs antillais deviennent aussi un espoir de relève pour l'Etat français qui a perdu les sportifs africains dans la période de décolonisation. Les sollicitudes de

l'administration et notamment du Haut-Commissariat aux Sports favorisent la recrudescence des licenciés dans l'archipel³⁴.

Aujourd'hui, la Guadeloupe est considérée et se considère comme un « pays » de sportifs. Depuis les années 1970, on assiste à une croissance exponentielle des licenciés sportifs. Augmentation qui coïncide avec l'apparition d'une classe moyenne et de la société de consommation à la suite de la départementalisation. Progressant de 146% entre 1970 et 1976, puis de 116% entre 1976 à 1983, le taux de licenciés sportifs représente 14,3% de la population totale en 2006, soit 62.946 licenciés toutes fédérations confondues³⁵. La Guadeloupe figure ainsi en deuxième position parmi les départements d'Outre-Mer (DOM), derrière l'île de la Réunion (131.000 licenciés soit 17% de la population totale). Lors du dernier recensement effectué en 2006, on comptabilise 1.003 associations sportives et les licences compétitions sont majoritaires. Parallèlement à ces pratiques « instituées » et « formalisées » par l'action des organisations sportives fédérées au mouvement sportif fédéral national, on observe de nombreux pratiquants effectuant des pratiques sportives « hors club ».

Simultanément, on assiste à une valorisation du « local » (Daniel, *op.cit.*) à travers la transformation de pratiques traditionnelles en pratiques sportives, comme par exemple la « yole » martiniquaise et la « saintoise » guadeloupéenne (Pruneau *et al.* 2010). Ces embarcations utilisées traditionnellement pour la pêche subissent une « mutation » en « engins sportifs ». La pratique de la voile traditionnelle devient un objet d'analyse du processus de sportivisation « entendu comme le passage des événements culturels du mouvement traditionnel aux événements sportifs modernes » (*Ibid.*). Les auteurs relèvent un véritable « enthousiasme » populaire autour de ces activités qui témoignent d'une volonté d'un « retour

³⁴ Le nombre de licenciés augmente brusquement entre 1960 (190 licenciés) et 1967 (600 licenciés).

³⁵ Annuaire statistiques de la Guadeloupe, Direction Départementale de Jeunesse et des Sports de Guadeloupe

aux sources ». Cette forme de sportivisation se retrouve sous d'autres pratiques telles que les concours de « bœufs-tirants ». Ces courses chronométrées³⁶, également très suivies par la population locale, mettent en compétition de puissants bœufs tirants des charrettes en bois qui servaient autrefois à transporter les récoltes de canne-à-sucre. Ces pratiques procèdent à « une mise en scène permanente des spécificités, érigées en véritables emblèmes d'une identité recomposée » (Daniel, *op.cit.*). La sportivisation du patrimoine apparaît comme un vecteur de « dignité » et de « spécificités » qui « participent à la construction symbolique d'identités collectives » (*Ibid.*).

Le mouvement sportif des personnes handicapées apparaît au cours des années 1980, période « active » au niveau sportif (de plus en plus de sportifs antillais se révèlent au niveau international) et au niveau identitaire (le courant identitaire prend de l'ampleur au sein des revendications sociales et culturelles). Ce mouvement se développe aussi à une période où les personnes handicapées physiques commencent à revendiquer l'application de leurs droits à l'instar de ceux qui vivent en métropole. A travers l'analyse du mouvement sportif des personnes handicapées peut-on envisager les mêmes mécanismes de structuration que celui observé dans le milieu ordinaire aux Antilles ? Au-delà du processus d'intégration sociale, observe-t-on des discours de revendications identitaires, notamment sur un modèle de prise en charge spécifique ?

³⁶ La pratique du bœuf-tirant, qui n'existe qu'en Guadeloupe, a été inventé dans les années 70 par l'association de sauvegarde des bœufs tirants, fondée par des éleveurs, soucieux de voir disparaître la « race » de bœufs locaux. L'attelage est constitué d'une charrette tirées par deux bœufs et menés par un seul « chauffeur ». Le but de l'épreuve est de transporter une charge comprise entre 1300 et 1600 kilos au sommet d'une montée de 70 mètres très accidentée. Cette pratique est institutionnalisée car elle fait l'objet d'un certains nombres de règles (nombre limité de coup de fouet à 12), de catégories selon le poids de l'animal (cadet, minime, catégorie C, catégorie B et l'Elite) ainsi que de l'organisation d'un championnat régional.

III. Synthèse et problématique

Le point de départ de notre travail a été un questionnement sur la pratique sportive des personnes handicapées en Guadeloupe. Celui-ci conduit à une réflexion plus globale sur la place des personnes handicapées dans la société et renvoie, de ce fait, aux représentations sociales des personnes handicapées, qui sous-tendent les comportements, les discours et les actes à leur égard. Nous avons pu voir que les attitudes de tout un chacun dans les interactions interindividuelles avec des personnes dites handicapées (rejet, pitié, gêne, culpabilité et évitement) sont liées à la forme de traitement politique, institutionnel et social du handicap (enfermement, charité, solidarité, réadaptation, institutionnalisation, intégration, inclusion) (Winance, 2004 ; Stiker, 2005). Toute une série de techniques d'« effacement ritualisé » (Le Breton, 1984) du corps endommagé est mise en œuvre, de façon implicite et explicite, afin de permettre au processus d'intégration de se réaliser.

Le sport, champ de l'excellence et de la performance (Ehrenberg, 1991), est un puissant outil de normalisation et de déstigmatisation (Marcellini, 2005). L'accès aux pratiques sportives s'est progressivement ouvert aux personnes handicapées jusqu'à devenir un espace de visibilité sociale grâce à la médiatisation des grands événements sportifs tels que les Jeux Paralympiques. Ainsi, les stratégies individuelles ou collectives de reconstruction identitaire se joignent pour parachever un processus d'intégration. Le regroupement entre pairs dans le cadre des pratiques sportives permet la remise en cause des représentations sociales dominantes à leur égard.

Le regroupement des personnes handicapées participent aussi d'une construction identitaire collective. Repérée depuis l'entre-deux guerres, en France, l'auto-organisation de personnes handicapées motrices s'est constituée sur le mode du militantisme. Aujourd'hui, ce mouvement est séparé en deux groupes selon des objectifs en contradictions : des

groupements d'intérêts de gestion d'établissements et de services et des associations de pairs-représentants qui poursuivent les actions militantes (Barral et *al.*, 2000 ; Gardien, 2010). Parallèlement, les pratiques sportives des personnes handicapées se sont émancipées d'une logique médicale pour s'instituer dans une logique sportive compétitive, favorisant leur rapprochement avec le mouvement sportif « ordinaire ».

Le mouvement sportif des personnes handicapées en Guadeloupe semble suivre d'autres logiques. Doit-on penser alors que les « spécificités » de l'environnement social, politique et économique de l'île freinent son développement ? En effet, au regard des différents travaux portant sur les Antilles, et notamment la Guadeloupe, il apparaît difficile pour les personnes handicapées de prétendre à une participation sociale entière. A la notion de « retard », concernant les dispositifs structurels, s'ajoutent des représentations sociales ou « culturelles » du handicap pouvant être interprétées comme aggravant encore la stigmatisation des personnes handicapées. Les modes de regroupement associatif semblent aussi mettre en avant le particularisme local. Un mode de solidarité de proximité, calqué sur un modèle familial, est décrit comme étant à la base du fonctionnement associatif aujourd'hui en Guadeloupe (Lanoir L'Etang, 2005). Par ailleurs, l'histoire associative des Antilles est associée à celle du mouvement d'affirmation identitaire. Le sport en est un exemple puisque au-delà d'être une pratique corporelle performatrice (Ehrenberg, 1991), il fut d'abord utilisé comme un moyen de revendiquer une citoyenneté française au début du XX^{ème} siècle (Dumont, 2002) pour, par la suite, devenir un moyen d'affirmation d'une identité antillaise.

L'enjeu de ce travail est, à partir d'une approche organisationnelle, d'étudier l'univers associatif guadeloupéen des personnes handicapées physiques dans le cadre des pratiques sportives. Cette analyse a pour but, non pas d'étudier le sport des personnes dites handicapées comme un simple espace d'observations privilégiées des « représentations » du corps

« atteint » - et de leurs conséquences - mais comme un des lieux de la production socio-culturelle de ces représentations. Les difficultés que rencontre le Handisport dans son développement ne sont-elles pas produites par l'organisation post-coloniale de la société guadeloupéenne ? Le fonctionnement du milieu associatif sera donc appréhendé comme un analyseur de cette situation. Nous chercherons à savoir si ce milieu jouit d'une dynamique organisationnelle propre ou s'il reproduit un modèle post-colonial qui contribue à opposer un modèle national et un modèle local. En France métropolitaine, dès l'entre-deux guerres, on a pu voir le rôle joué par les personnes handicapées dans la mise en place des politiques sociales en faveur d'une meilleure intégration en milieu ordinaire. Le mouvement sportif a suivi dès la fin de la Seconde Guerre mondiale, notamment par la création de l'ASMF en 1954. Celui-ci va s'organiser progressivement pour aboutir à la constitution du modèle fédéral Handisport en 1977.

A la fin des années 1970, il n'existe aucun mouvement auto-organisé de personnes handicapées en Guadeloupe. Ainsi, nous allons nous interroger sur les conditions d'émergence d'un mouvement auto-organisé de personnes handicapées et sur les relations entre ce mouvement et la question des pratiques physiques et sportives en Guadeloupe. Quels sont les individus, les organisations et les institutions qui ont participé au développement progressif des activités physiques et sportives des personnes handicapées sur ce territoire ? Quelles sont les étapes ou les phases successives du processus de structuration de ces pratiques ? Quelles sont les logiques et les enjeux qui sous-tendent cette structuration locale désignée comme « difficile » voire « chaotique » ?

IV. Méthode de recueil de données et d'analyse

Afin de comprendre les raisons des difficultés que rencontre le mouvement sportif des personnes atteintes de déficiences motrices dans son développement en Guadeloupe, nous avons choisi de nous intéresser à sa structuration d'un point de vue objectif (à partir de quelle période ces activités se sont développées ? quel en est l'état des lieux aujourd'hui ? quelles sont les différentes formes d'organisations repérées ? qui sont les promoteurs ? qui pratiquent ?) et d'un point de vue subjectif (quelles sont les stratégies mobilisées par les acteurs ?). Notre objet est donc abordé à la fois dans une approche historique et sociologique qui nous conduit « naturellement » à nous inscrire dans une démarche interdisciplinaire qui apparaît souvent comme inéluctable (Bourdieu, 1995). La socio-histoire, comme la définit Gérard Noiriel, a notamment pour but de « déconstruire les entités collectives [des personnes désignées comme « handicapées » par exemple] pour retrouver les individus en chair et en os, rappelant constamment que chaque être humain est une combinaison unique d'une multitude de facteurs identitaires » (2006 : 109). Notre travail s'inscrit dans cette logique par la place importante accordée à l'acteur pour comprendre un processus historique.

1. Vers une approche socio-historique

Nous nous inscrivons dans la posture selon laquelle un des postulats de base des sciences dites sociales est d'appréhender « l'histoire, les genèses, les trajectoires et productions sociales passées afin d'éclairer l'état suivant des choses » (Combessie, 2007 : 5). Elles doivent faire apparaître le passé pour comprendre le présent, et aussi appréhender le présent pour analyser le passé. Jean-Claude Passeron insiste également sur ces analogies

méthodologiques, au point de considérer l'histoire et la sociologie comme « épistémologiquement indiscernables » (Bourdieu et Passeron, 1985).

L'absence de données concernant notre objet, les pratiques sportives des personnes handicapées en Guadeloupe, nous a amené à investir une période plus ou moins large et à utiliser diverses méthodes de recueil de ces données. De ce fait, nous nous situons dans un domaine se prêtant bien à une démarche socio-historique comme le perçoivent Guibert et Jumel (2002), c'est-à-dire « à un croisement des sources, à un examen des mutations, à un dévoilement des réalités passées et présentes, à une compréhension des pratiques individuelles et des phénomènes collectifs » (p.3).

Même si Gérard Noiriel tente d'en circonscrire un domaine de recherche propre (*op.cit.*), la socio-histoire reste encore considérée par certains de ses promoteurs comme un label faible et peu revendiquée (Buton et Mariot, 2009). Ce terme est surtout utilisé jusqu'ici pour désigner des travaux qui se placent au carrefour de la sociologie et de l'histoire, tels que ceux analysant l'institution politique, l'action publique et les modes de domination (Offerlé, 2004, 2012 ; Noiriel, 2006 ; Buton, 2009). Il peut toutefois être transposé vers d'autres travaux tels que ceux proposant l'analyse des processus d'institutionnalisation des pratiques d'éducation physique et sportive (Marsault, 2009), ou plus récemment ceux portant sur la structuration du secteur du handicap, de la maladie ou de l'enfance inadaptée (Barral et *al.*, 2000)³⁷. L'ensemble de ces travaux tend à mobiliser les savoir-faire des deux disciplines, la sociologie et l'histoire, en considérant les processus au sens large et les acteurs. Gérard Noiriel vient appuyer cette conception en résumant la socio-histoire comme une « sorte de boîte à outils » (*op.cit.* : 6) qui affirme bien le caractère multi-méthodologique de cette approche.

³⁷ L'ensemble de ces travaux font l'objet d'un ouvrage collectif co-dirigé par Catherine Barral, Florence Paterson, Henri-Jacques Stiker et Michel Chauvière, membres d'ALTER, association de chercheurs et d'acteurs de terrain créée en 1989 qui a pour objectif de promouvoir les « connaissances socio-historiques en matière de handicap ». Cet ouvrage a pour objectif d'analyser les expériences associatives du secteur de l'« altérité » pour comprendre la construction de l'« institution du handicap ».

La combinaison des deux disciplines nous est apparue essentielle pour comprendre le rythme de structuration du mouvement Handisport en Guadeloupe. Elle permet de cerner à la fois le caractère stable de l'institution, témoin d'une pérennisation de son action, et à la fois l'aspect dynamique, porté par les acteurs. Pour cela, nous avons utilisé des techniques d'entretiens (individuels (n=22) et collectifs (n=2)) appuyés sur le recueil de données d'archives et administratives ainsi que d'observations (directes et participantes (6 mois)). Dans cette perspective, les outils méthodologiques se sont entrecroisés au fil de la recherche. Ils n'ont pas été utilisés séparément ou simultanément mais bien en inter-relation (Noiriel, *op.cit.*). Tout en conservant leurs objets respectifs, chaque outil a apporté une richesse supplémentaire par la diversité des points de vue adoptés. Diversité qui permet de cerner à la fois l'objectif et le subjectif, le concret et l'abstrait, l'instituant et l'institué, le passé et le présent.

2. Un regard micro-sociologique

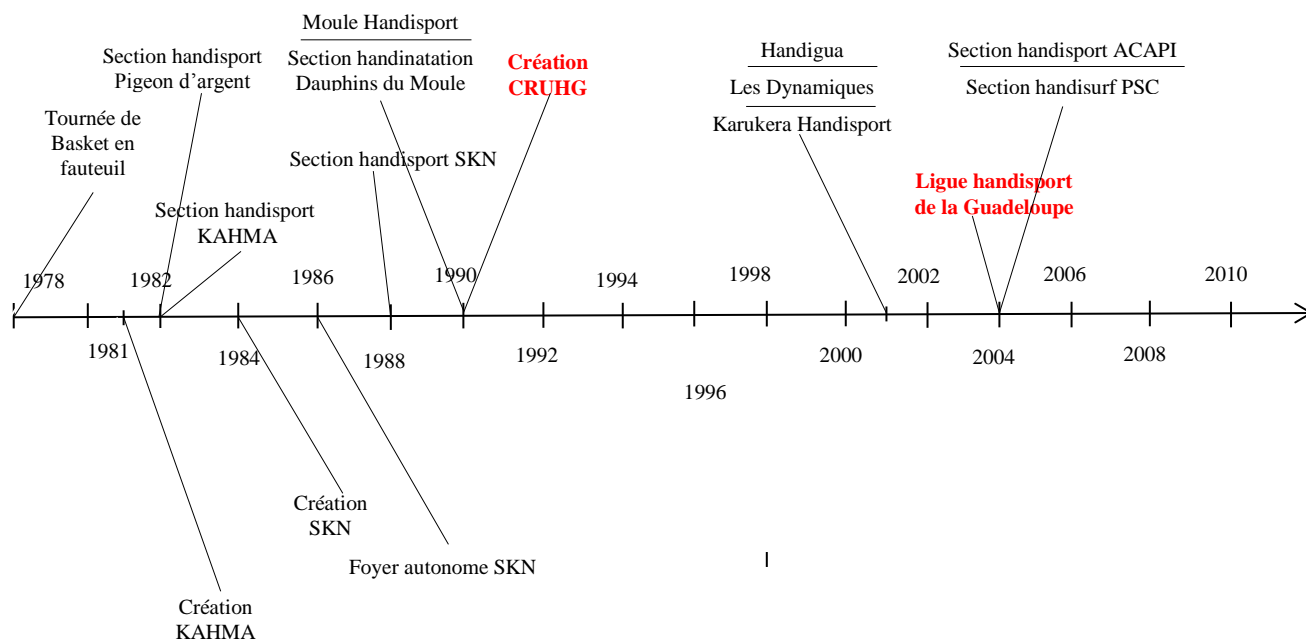
La description historique et sociologique du mouvement sportif des personnes dites « handicapées » en Guadeloupe a nécessité un croisement de données de terrain. Pour ce faire, nous avons fait le choix d'avoir recours à une méthode sociologique qualitative. Nous nous y sommes inscrit à la fois en ce qui concerne la méthode d'enquête (entretiens, observations, archives personnelles et administratives) et dans la forme d'exposition des résultats de la recherche (histoires de vie, monographies associatives, analyse de contenu).

« Une méthode, guide pour la route, éclaire mais ne décide pas la route. Assurer la pertinence d'une méthode, c'est l'ajuster aux questions posées et aux informations accessibles » (Combessie, *op.cit.* : 9). La question de la méthode utilisée s'est présentée à

nous face à l'absence de données sur notre objet de recherche à laquelle nous étions confronté. Cela a eu pour conséquence de nous placer dans une situation de découverte et d'exploration et de procéder à une délimitation du terrain par étape. Pour réaliser notre recherche, notre travail s'est effectué en deux temps. Tout d'abord, nous avons effectué une enquête préliminaire qui avait pour objet de repérer et de baliser l'ensemble des pratiques sportives destinées aux personnes handicapées et des structures qui les organisent. Cette phase devait servir à tracer le cadre général de notre terrain en créant un recensement détaillé de ces structures. Elle devait aussi permettre de produire une frise historique capable de retracer le déroulement de cette structuration. Pour ce faire, nous avons donc effectué une enquête auprès de différentes instances institutionnelles capables de regrouper ces informations telles que la Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports. Toutefois, de cette première investigation, nous n'avons pas pu obtenir un recensement exhaustif des organisations spécifiques au mouvement sportif des personnes dites « handicapées ». En effet, parmi celles dont nous avons obtenu les coordonnées, nous avons constaté que certaines associations recensées n'existaient plus, étaient en sommeil ou alors n'avaient jamais vraiment existé, tandis que d'autres n'étaient pas référencées faute de s'être déclarées en tant que telles. Finalement, nous avons dû effectuer nous-même un travail de vérification auprès des organisations recensées, puis nous avons complété cette liste par une enquête de terrain (recherche sur internet, recueil de témoignages) d'autres organisations non mentionnées.

A la fin de cette première enquête, nous avons produit une liste des organisations associatives qui ont proposé une offre sportive spécifique aux personnes atteintes de déficiences motrices depuis 1980, année de la première activité « handisport » recensée. Ce tableau se divise en trois colonnes selon que cette activité s'est développée au sein d'une association non sportive, d'une association spécifique Handisport ou d'une section créée dans un club ordinaire. Suite à ce travail de recensement, un exercice de périodisation a été effectué

afin d'avoir une représentation linéaire de la structuration du mouvement sportif spécifique (création des associations et des sections; événements sportifs spécifiques; etc.).



Parallèlement, un certain nombre d'entretiens ont été menés avec des professionnels et/ou des institutionnels du secteur de la prise en charge du handicap en Guadeloupe. Ces derniers furent contactés lors de notre phase d'exploration. N'ayant que très peu de données sur la prise en charge du handicap en Guadeloupe, ces acteurs ont pu apporter leurs témoignages de l'histoire institutionnelle du handicap en Guadeloupe, ainsi qu'une certaine quantité d'archives administratives (données statistiques, rapports, enquêtes). Les données obtenues ont été utilisées dans notre travail pour définir l'espace socio-culturel dans lequel notre terrain évolue. Certains de ces acteurs ont été par la suite des « passeurs » nous facilitant l'entrée en relation avec certains responsables associatifs³⁸.

³⁸ Ces institutionnels ont été interviewés individuellement mais aussi collectivement. En effet, notre enquête s'inscrit dans un programme de recherche entamé par le laboratoire ACTES (Université des Antilles et de la Guyane) qui s'intéresse au développement de la prise en charge du handicap en Guadeloupe. Cette étude encore en cours comptabilise à ce jour 10 entretiens individuels et 5 entretiens collectifs.

Cette phase de délimitation du terrain de recherche a permis d'orienter notre stratégie de recueil de données. Les sources écrites (journaux, archives associatives, archives administratives) n'ayant pu être clairement repérées, la source la plus importante d'informations s'avérait être les acteurs de ce mouvement sportif spécifique. Les sources orales ont donc été choisies pour pouvoir décrire cette structuration à travers le recueil de témoignage. Ainsi, c'est comme si le terrain se découvrait par le terrain. La réalité n'était plus dans les archives administratives (comme elle est habituellement dans une enquête historique) mais dans la rencontre avec les acteurs. Les sources orales ont permis de mettre à jour des réalités passées sous silence par les documents d'archives.

De cette manière, nous avons choisi de « privilégier l'expérience des acteurs en reconstruisant autour d'eux le contexte qui lui donne sens et forme » (Revel, 1997 : 23). Selon l'auteur, l'intérêt porté aux acteurs favorise l'émergence d'une « micro-histoire » (*Ibid.*) grâce à l'analyse de l'expérience des individus à travers les traces, les discours voire les indices que les acteurs ont laissés. « C'est une histoire qui avance comme la paléontologie. Par regroupements, par interprétations successives, mais sans en avoir la maturité. » (Liotard, 1999 : 404).

Ainsi, cette enquête s'est construite par étape. L'absence de données d'archives mais aussi de productions scientifiques dans notre domaine, nous a conduit à utiliser essentiellement les sources orales comme moyens de réponse aux questions qui se posaient à nous. Outre la description historiographique du parcours de vie de ces différents acteurs, nous avons cherché à appréhender le sens qu'ils donnent à l'action collective mais aussi à la pratique sportive, en bref les stratégies collectives et les logiques de pratiques qu'ils justifient ou auxquelles ils donnent sens.

3. Méthodes de recueil et d'analyse de données

3.1 Construction du terrain et échantillonnage

Au cours de cette enquête, nous avons réalisé des histoires de vie et des monographies associatives. Après avoir désigné les organisations étudiées pour cette enquête, nous avons par la suite réalisé des entretiens avec certains membres de ces structures (n=18). Ces acteurs ont été choisis en fonction de leur statut de présidents et/ou de fondateurs. Dans certains cas, où il nous était impossible de rencontrer ces derniers, nous avons réalisé des entretiens avec des « acteurs intermédiaires », c'est-à-dire qui ont occupé des responsabilités au sein de structures associatives et/ou sportives.

a. Les différentes formes d'organisations associatives et sportives rencontrées

Pour cette enquête, nous avons choisis d'analyser l'ensemble des organisations que nous avons recensées proposant une offre sportive à l'attention des personnes ayant des incapacités motrices. Cela n'a pas toujours été possible en raison de la disparition de certaines d'entre-elles et de la dispersion de leurs membres. Au final, les organisations étudiées ont été celles qui étaient encore en activité et leurs membres accessibles.

Ces organisations sont classifiées selon le niveau du « système social » qu'elles occupent (Gasparini, 2003). Parmi les 3 niveaux repérés, nous distinguerons dans ce travail les « organisations » (clubs sportifs, associations à vocation sociale, etc...), les « institutions »

(fédération sportive, comité fédéral régional). Le troisième niveau, « le groupe », n'ayant pas été observé au cours de cette étude.

a.1. Les organisations

L'encadré suivant présente les organisations associatives que nous avons analysées :

- La KAHMA
- Soleil Kléré Nou
- Les Dauphins du Moule
- Les Dynamiques
- Karukera handisport
- Handigua
- Le Poyo Surf Club
- L'ACAPI

Chacune de ces organisations détient une histoire particulière qu'il convient d'analyser. Cette histoire sera regardée, pour part, à travers le discours des acteurs fondateurs mais aussi à travers la récolte de données connexes tels que les archives ou les phases d'observations menées au sein de certaines d'entre-elles. Au cours de l'enquête, nous avons élaboré une grille d'analyse permettant de relever un certain nombre de critères structurels pour chaque organisation. Le nombre de pratiquants, l'affiliation à une instance fédérale ou la présence d'un entraîneur diplômé ont une influence importante sur le fonctionnement de l'organisation ainsi que sur les rapports sociaux au sein de celle-ci. Les données obtenues grâce à cette

grille, présentée ci-dessous, ont pu ainsi participer de façon décisive à la description du mode de fonctionnement de chacune des organisations.

- Date de création/ date de fin
- Pratique(s) proposée(s)
- Nombres de pratiquants sportifs
- Lieux de pratique
- Type(s) de handicap(s) rencontrés
- Affiliation la Fédération Française Handisport ou autres Fédérations sportives
- Définition de la pratique: loisirs/ compétitions/ santé
- Encadrement des pratiques: bénévole/ salarié; valide/handicapé; diplômés des encadrants
- Modes de financement : subventions ; sponsors ; fonds privés

a.2. Les institutions : « Les deux comités régionaux Handisport »

Parallèlement aux organisations associatives que nous venons de citer, nous avons aussi considéré le mouvement sportif fédéral Handisport en Guadeloupe. Les organisations sportives fédérales se distinguent par leur rôle de socialisation (diffusion de valeurs), de contrôle (respect du règlement) et de régulation (cohésion entre les clubs) (Gasparini, *op.cit.*). L'analyse organisationnelle de ces organisations institutionnelles permet de constater des enjeux plus larges. La description historique du mouvement fédéral est un élément fondamental pour analyser l'évolution du mouvement sportif de façon générale. Dans le cas de la Guadeloupe, l'étude de ces organisations institutionnalisées et des enjeux périphériques qu'elles engendrent peuvent nous permettre d'appréhender les difficultés de développement du mouvement sportif des personnes ayant des incapacités motrices. La description des deux tentatives d'organisation des instances fédérales en charge de la promotion du Handisport

témoigne d'une particularité locale qu'il est nécessaire de prendre en compte. Un premier mouvement a été initié en 1990, le Comité Régional Unifié Handisport de la Guadeloupe, et sera rapidement abandonné vers 1996. Un deuxième essai sera réalisé en 2004 avec la constitution de l'actuelle Ligue Handisport de la Guadeloupe. L'analyse du premier, le Comité Régional Unifié Handisport de la Guadeloupe (CRUHG), sera effectué au travers de la mémoire des acteurs de l'époque, tandis que celle du deuxième, la Ligue Handisport de la Guadeloupe (LHG) est plus riche.

b. La description de la population interviewée

Dans notre démarche qualitative, la place accordée aux acteurs est centrale, et en particulier les acteurs exerçant des responsabilités actives au sein des structures associatives et sportives. En effet, nous considérons ici que ce sont les « acteurs agissant qui sont, à la fois, dépositaires d'une histoire de vie, témoins de phénomènes sociaux, mais aussi des parties structurantes de l'action » (Mucchielli et Le Goaziou, 2010 : 11). Dans le cadre de notre enquête, nous avons décidé de circonscrire notre population aux fondateurs des différentes organisations, dans la mesure où ils sont porteurs de la logique « institutionnelle » de celle-ci (Laville et Sainsaulieu, 2007). Ce sont principalement les présidents mais aussi les secrétaires, trésoriers et autres membres qui ont occupé, et/ou occupent encore, des fonctions officielles particulières dans l'association. Ces acteurs sont des sources essentielles pour établir les monographies des associations. Ils permettent aussi d'identifier les logiques stratégiques poursuivies au sein de celles-ci.

Nous avons élargi notre population de départ à d'autres acteurs ayant participé activement à ces organisations (membres actifs, entraîneurs, pratiquants). En effet, ce sont aussi des acteurs qui « produisent le système d'action concret de l'organisation » (Gasparini, *op.cit.* :

30) mais qui ne sont pas nommés dans les organigrammes officiels. Ils exercent ou ont exercé une influence sur les décisions prises au sein des organisations que nous avons étudiées. Leur position leur permet d'être aussi les témoins privilégiés des enjeux et des relations au sein des organisations.

Au final, nous avons interviewé 10 présidents-fondateurs d'associations ou sections sportives dont 7 étaient des hommes et 3 étaient des femmes. Nous avons complété ces entretiens avec les interviews de 8 « acteurs intermédiaires » (5 hommes et 3 femmes).

Les acteurs interviewés						
		Association	Statut (période)	Etiologie (date et âge) Type de handicap	Origine, circulation	Age à la date de l'entretien
1	Emile	KAHMA	Président-fondateur(depuis 1981)	Accidenté (1956, 12 ans), paraplégie,	Guadeloupe Rééducation en métropole pendant deux ans	65 ans
2	Angèle	KAHMA	Vice-présidente-fondatrice (entre 1981 et 1982) puis trésorière (1982- 1984)	Pas de handicap	Guadeloupe N'a jamais vécue en métropole	60 ans
3	Stéphane	KAHMA	Trésorier-fondateur (entre 1981 et 1982)	Accidenté (1979, 17 ans), amputation tibiale, appareillé	Guadeloupe Rééducation en métropole 1 an, puis étude et activité professionnelle quatre ans	50 ans
4	Cécile	KAHMA	Secrétaire salariée (actuelle)	Pas de handicap	Guadeloupe A fait ses études en métropole	38 ans
5	Claude	KAHMA	Responsable section sportive et entraîneur-fondateur de l'équipe de handibasket (depuis 1982)	Accidenté (1981, 20 ans), paraplégie	Guadeloupe Rééducation en métropole pendant deux ans	56 ans
6	Yannick	Toulouse Invalide Club (KAHMA)	Co-fondateur de la KAHMA	Accidenté (1968, 18 ans), paraplégie	Guadeloupe Vit en métropole depuis l'âge de 18 ans	50 ans
7	Marie	KAHMA	Membre active depuis 1981 puis présidente de la KAHMA entre 1987 et 1991	Accidentée (1970, 20 ans), Tétraplégie	Guadeloupe A vécu en métropole 6 ans (20 ans-26 ans)	NR
8	Youri	KAHMA, Ligue Handisport de la Guadeloupe, ACAPI, Poyo surf club	Sportif, Secrétaire-adjoint de la Ligue Handisport	Accidenté, (2000, 24 ans) paraplégie	Guadeloupe Rééducation en métropole pendant deux ans	30 ans
9	Sabine	Soleil Kléré Nou	Présidente de Soleil Kléré Nou (depuis 1990)	Myopathie Paraplégie depuis l'âge de 16 ans	Guadeloupe N'a jamais vécue en métropole	57 ans
10	Edmond	Soleil Kléré Nou	Président-fondateur (entre 1986 et 1990)	Accidenté, (1974, 19 ans) tétraplégie	Guadeloupe A vécu en métropole pendant 14 ans (formation + rééducation + foyer d'hébergement)	56 ans

11	Axel	Les Dauphins CRUHG LHG	Avant son accident : Président-fondateur du club des Dauphins en 1978. Après son accident : responsable section handinotation au club des Dauphins du Moule diplômé BE Handisport (depuis 1990)	Accidenté, (1983, 23 ans) Atteinte partielle, marche difficile	Guadeloupe Rééducation en métropole pendant quatre ans puis formation en alternance pendant deux ans	54 ans
12	Yvan	Handigua	Entraîneur Co-fondateur de la Ligue Handisport de Guadeloupe	Pas de handicap	Métropole Arrivé en Guadeloupe à 50 ans	60 ans
13	Géraldine	Karukera Handisport	Fondatrice (2001) puis salariée (2004-2008)	Pas de handicap	Guadeloupe A fait ses études en métropole pendant trois ans	29 ans
14	Ludovic	Karukera Handisport	Président (depuis 2002)	Pas de handicap	Métropole Arrivé en Guadeloupe à 13 ans	31 ans
15	Steeve.	ACAPI Ligue handisport de la Guadeloupe	Fondateur (1981) puis encadrant salarié (BE)	Pas de handicap	Guadeloupe N'a jamais vécu en métropole	56 ans
16	Carlos	Poyo Surf Club	Fondateur-encadrant salarié (BE)	Pas de handicap	Guadeloupe N'a jamais vécu en métropole	38 ans
17	Jacques	Ligue Handisport de la Guadeloupe	Président actuel	Accidenté (1975, 18 ans) paraplégie	Guadeloupe A vécu en métropole pendant 20 ans	55 ans
18	Tatiana	Ligue Handisport	Secrétaire	Pas de handicap	Métropole Non renseigné	68 ans
19	Julien	KAHMA/ Soleil Kléré Nou	Sportif à la KAHMA depuis 1982	Accidenté (1975, 18 ans), paraplégie	Guadeloupe A vécu en métropole pendant quatre ans, puis aux Etats-Unis pendant un an	55 ans
20	Alain	KAHMA	Sportif-entraîneur de l'équipe de handibasket de la KAHMA depuis 2004	Poliomyélite, marche difficile	Sénégal Arrivé en Guadeloupe à 40 ans	42 ans
21	Marcel	KAHMA	Sportif, responsable associatif de Berk handisport	Accidenté (1982, paraplégie	Guadeloupe A vécu en métropole pendant 14 ans	55 ans

Au cours de notre enquête, nous avons considéré les acteurs comme notre source principale d'informations. La multitude d'informations à recueillir et l'absence de données écrites à notre disposition furent les principales raisons de ce choix méthodologique. Les acteurs que nous avons rencontrés intéressaient notre recherche en premier lieu. Ils sont à la fois les témoins privilégiés du mouvement sportif des personnes handicapées en Guadeloupe depuis son émergence et les acteurs fondateurs de ce mouvement. Cette position leur confère un double statut, celui de détenteurs et de producteurs de discours et de pratiques. En effet, en ayant participé à la structuration de l'offre sportive, ils y ont aussi diffusé leurs propres représentations. Cette combinaison implique donc la présence d'un grand nombre d'informations à obtenir que nous devons prendre en compte dans notre technique de recueil de données. La technique de l'entretien individuel fut l'outil essentiellement utilisé au cours de l'enquête.

3.2 Techniques de collectes des données

a. Des entretiens ouverts

Dans le cas de notre étude, l'entretien oral fut la principale technique de recueil de données utilisée. C'est une technique à la fois souple et contrôlée qui consiste à faciliter l'expression de l'interlocuteur en lui accordant toute liberté pour produire son récit mais aussi à la guider pour qu'il donne des précisions sur les thèmes retenus (Blanchet et Gotman, 2005). Selon ces mêmes auteurs, « l'enquête par entretien est l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur des faits ; ces faits concernant les représentations (pensées construites) et les pratiques sociales (faits expérimentés) » (p. 23). Dans notre cas, les

entretiens devaient nous permettre de recueillir des éléments factuels sur la structuration du Handisport en Guadeloupe, sur l'histoire personnelle et sociale de ces acteurs clés ainsi que les logiques stratégiques qu'ils mobilisent au sein des organisations. Nous espérons ainsi dépasser la simple description historique et aborder des sujets plus personnels.

Cette technique de recueil de données a aujourd'hui évolué, notamment grâce à la présence du magnétophone, et est devenue une méthode d'enquête à part entière. La collecte de données par le biais de sources orales nécessite la mise en place de conditions favorables à sa bonne réalisation. Les sources sont des individus avec qui des liens doivent être tissés afin d'obtenir d'eux qu'ils acceptent de nous faire partager leur histoire et leurs représentations des événements. Après avoir mis en place les conditions de la rencontre, la réalisation de l'entretien oral nécessite une rigueur technique pour susciter un échange, qui doit se faire pour l'essentiel dans un seul sens.

La mise en place des entretiens- Les acteurs interviewés au cours de notre investigation ont été approchés de différentes façons. La plupart d'entre eux le furent lors de nos déplacements sur le terrain (manifestations sportives, assemblées associatives, etc...). D'autres furent contactés par téléphone soit spontanément de notre fait, soit après avoir été « introduit » par une tierce personne. Enfin, un certain nombre d'acteurs faisaient déjà partie d'un réseau de connaissances construit bien avant notre intérêt pour ce sujet³⁹, au cours de notre enfance ou pendant notre activité professionnelle au sein d'un centre de rééducation en Guadeloupe.

Une fois le contact établi, nous présentions les raisons de notre recherche tout en restant le plus large possible. Nous souhaitons ainsi garder le degré de liberté et le niveau de profondeur propice à la communication. Préciser les raisons de notre recherche pouvait

³⁹ C'est le cas de Loïc et de Carlos qui entretiennent des relations amicales avec le chercheur

influencer le discours des interviewés et ainsi enlever la souplesse nécessaire à l'entretien oral afin de laisser à l'interviewé le libre choix de ses propos.

Une fois présenté, les demandes d'entrevues ont été faites spontanément. Les réponses furent en générale positives, la majorité des acteurs manifestant une réelle envie de partager leur histoire et leurs sentiments sur un sujet pour lequel ils étaient trop peu souvent, voire jamais, sollicités. Pour une grande part, les entretiens se sont réalisés au domicile des interviewés. Pour nombre d'entre eux, la principale raison fut leur handicap qui rendait leur déplacement plus difficile. Ceci va à l'encontre des dispositions requises par certains auteurs pour l'obtention d'un discours neutre (Blanchet et Gotman, *op.cit.*). Dans notre cas, ce fut au contraire un moyen d'obtenir de nombreuses informations. En effet, l'entretien au domicile autorise des entrevues longues en diminuant la contrainte temporelle. Il permet aussi d'avoir une relation plus intime avec les interlocuteurs qui, en nous acceptant chez eux, témoignent d'une réelle volonté de nous parler. Enfin, les lieux de vie sont souvent aussi des lieux de stockages d'archives personnelles auxquels nous souhaitions avoir accès.

Nous avons toutefois fait face à deux refus de la part d'acteurs qui ne désiraient pas nous rencontrer. Chacun pour des raisons diverses : une relation conflictuelle avec d'autres acteurs que nous avons rencontrés pour l'un, un désir de garder ses informations en vue de l'écriture d'une autobiographie pour l'autre.

Le déroulement des entretiens- Ces entretiens commençaient par une question ouverte : « *Pouvez-vous me parler de l'histoire de la section ou du club handisport auquel vous appartenez, en commençant par les raisons personnelles qui vous ont motivé à vous y investir ?* ». Elle devait permettre à l'interviewé d'aborder l'histoire de la structure, son histoire personnelle mais également ses représentations générales sur la(es) pratique(s) du sport et éventuellement les raisons de son engagement dans une ou des pratiques sportives. La

durée des entretiens devait être suffisamment longue en raison du grand nombre de thèmes à aborder. Les entretiens ont tenu au minimum une heure et demi, certains étant même allés jusqu'à trois heures. La durée était alors suffisante pour aborder la totalité des sujets et pour prévenir la phase du discours « préconstruit ». En effet, un certain nombre de mécanismes de défense et de rationalisation doivent être dépassés afin d'avoir des données les plus objectives possibles (Grawitz, 2001).

Au cours de l'entretien un certain nombre de relances pouvait être effectué. Ainsi, des précisions pouvaient être demandées, de manière la plus neutre possible, sur des thèmes qui n'auraient pas été abordés. Notre enquête portant sur l'histoire des acteurs et celles des structures, nos relances servaient essentiellement à obtenir des précisions historiques. Elles pouvaient aussi de reprendre certains propos tenus par les interviewés sur des thématiques nouvelles qui apparaissaient au fil de l'entretien.

Au final, nous avons réalisé 23 entretiens individuels dans des conditions diverses selon les acteurs interviewés (domicile, lieu de travail, structures sportives, université, bar). A notre demande, certains acteurs ont été interviewés à plusieurs reprises (maximum deux fois) afin d'approfondir certains propos. Cela n'a malheureusement pas été possible pour tous les acteurs en raison de leur dispersion.

L'entretien n'est pas l'outil le plus évident à la disposition du chercheur. Outre les difficultés matérielles et purement méthodologiques, un détour par l'histoire est parfois délicat pour certains interviewés qui, soit par choix personnel, soit par souci de mémoire, soit par choix stratégique, ont des difficultés à se souvenir des dates, des chiffres, des noms, etc., ou tentent « d'orienter » le chercheur. Le travail personnel et la confrontation entre les entretiens aident à reconstruire « cette vérité », même si cette dernière ne doit pas être une

obsession. Il s'agit en fait de ne pas être naïf dans la confrontation avec les acteurs. Les interlocuteurs ne disent pas tout, mentent parfois, cachent la vérité ou l'arrangent à leur goût. Pareto parle de « vernis logique » (1917) pour expliquer que les acteurs ont tendance à manipuler la vérité. Le sociologue doit en être conscient et chercher à savoir s'ils font ce qu'ils disent et s'ils disent ce qu'ils font, en croisant les discours et en apportant d'autres éclairages et des preuves tangibles. En effet, « beaucoup d'acteurs ne manquent ni de talent ni de bonnes raisons pour falsifier la représentation des faits » (Goffman, 1973 : 61) et chaque conversation possède son propre équilibre entre révélations et dissimulations. Outre les faits historiques, l'analyse organisationnelle nécessite aussi d'autres outils que le seul entretien pour pouvoir être réalisée.

Nous avons donc choisi d'utiliser d'autres types de techniques tels que des entretiens collectifs, le recueil d'archives administratives et personnelles, ainsi que des phases d'observations *in situ* afin d'étayer les données obtenues à l'oral.

b. Des entretiens collectifs

La technique d'entretien collectif trouve son origine au sein du label *focus group*, utilisés dans les sciences sociales anglo-saxonnes (Duchesne et Haegel, 2004). Les nombreuses traductions françaises telles que celles de « groupe centré », de « groupe de discussions » ou d'« entretiens collectifs » témoignent de la faible standardisation de cette technique. En outre, les entretiens collectifs sont difficilement caractérisables en raison de la forte plasticité de cet outil. La complexité de mise en œuvre et la diversité des objectifs visés en sont pour beaucoup : « Certaines recherches mettent ainsi au centre de l'analyse les interactions, alors que d'autres s'intéressent surtout à ce qu'elles ont produit et laissent davantage de côté les mécanismes de production. Par ailleurs, certains travaux recherchent une "naturalité" »

maximale, tandis que d'autres assument leur dimension expérimentale » (Garcia et Haegel, 2011). Toutefois, ces auteurs tentent de circonscrire les paramètres de cette technique : « Elle inclut des entretiens qui mettent en jeu des groupes d'interconnaissance à qui on peut réserver le nom "d'entretiens de groupe" ou de "groupes de discussion" mais aussi des entretiens rassemblant des participants qui ne se connaissaient pas au préalable ; elle englobe également des entretiens « *focused* », par exemple centrés sur des scénarios, et qui peuvent donc être désignés comme des *focus group* plus ou moins directifs » (*Ibid.*).

L'objectif des entretiens collectifs était pour nous de collecter de nouvelles données historiques et de vérifier les données obtenues au cours des entretiens individuels. La présence de plusieurs acteurs fut particulièrement profitable à notre enquête. En plus de croiser les informations en « direct », cette technique oblige les acteurs à effectuer un exercice de remémoration. Elle se présente aussi comme une technique relativement efficace pour révéler ou corriger certains faits historiques, ainsi que certaines anecdotes « enfouies » dans les mémoires. L'organisation d'entretiens collectifs fut aussi pour nous un excellent outil pour collecter des archives personnelles et commenter certaines d'entre-elles au cours de l'entretien. Enfin, ces entretiens ont également eu pour effet d'accentuer l'implication des acteurs dans notre recherche. En effet, nous avons pu organiser deux entretiens collectifs avec deux années d'intervalles. Ceux-ci se présentaient sous la forme de *journées d'études* organisées par l'UFR STAPS de l'université des Antilles-Guyane (Pôle Guadeloupe) et auxquels étaient invités les différents protagonistes dont nous souhaitions l'interaction. Ce choix d'organisation permettait ainsi de donner à la rencontre un aspect institutionnel. La sélection des interviewés s'est faite en fonction du thème de la *journée d'étude* (présentés par le tableau ci-dessous) et des compétences qu'ils pouvaient apporter en relation avec ces thèmes. Les groupes constitués se présentaient naturellement sous la forme d'une

« interconnaissances » en raison du nombre relativement restreint d'acteurs dans les domaines respectifs.

UAG 14 Mai 2010	Sport et Handicap
UAG Juin 2010	Mouvement autogéré handicap

Même si la technique d'entretiens collectifs avait pour objectif premier d'obtenir des données historiques, nous avons cependant relevé certains « jugements » ou « arguments » pouvant permettre d'approfondir des sujets ou d'aborder d'autres thèmes.

Nous devons toutefois éviter de tomber dans certains pièges pouvant être tendus par la configuration d'interconnaissances de nos groupes. En effet, « l'interconnaissance conduit souvent les enquêtés à rester dans le domaine de l'implicite (...), dès lors, beaucoup de choses échappent à l'enquêteur qui manque ainsi d'éléments pour les interpréter » (Garcia et Haegel, *op.cit.*). Un autre danger à éviter est aussi celui de perdre la main sur le débat et de s'éloigner du sujet de notre recherche ou encore de ne pas pouvoir renchéris sur les sujets importants. L'enquêteur doit alors intervenir de façon ponctuelle au cours de l'entretien sous la forme de questions ou de demandes de précisions sur des propos tenus.

c. Des données textuelles

« La collecte d'archives documentaires peut être tenue pour un point essentiel de beaucoup de recherches sociologiques et une méthode à mettre en œuvre dès le début, avant même le séjour sur le terrain » (Combessie, *op.cit.* : 13). Au début de notre investigation, nous

avons donc utilisé les données d'archives administratives afin d'établir la liste des associations (cf. partie ci-dessus). Par la suite, nous avons pu accéder de manière exhaustive, grâce aux archives départementales de Basse-Terre, à des revues associatives telles que la revue Handikappables (8 numéros) et la revue Soleil Kléré Nou (3 numéros).

A notre demande, nous avons aussi pu avoir accès à un certain nombre de documents associatifs tels que les statuts et règlements des associations étudiées, certains procès-verbaux et courriers officiels. Ceux-ci ont pu être reprographiés avec l'autorisation des personnes.

Il faut d'ailleurs préciser qu'il nous a été impossible d'accéder aux statuts des associations à partir des registres des autorités préfectorales de la Guadeloupe malgré plusieurs tentatives de notre part. Cela nous a interdit l'accès aux premiers statuts de certaines associations comme la KAHMA ou ceux du premier Comité régional Handisport créée en 1990.

Enfin, des documents personnels archivés par les acteurs associatifs (coupures de journaux, photographies) ont été également rassemblés le cas échéant.

L'ensemble de ces documents sont autant de traces écrites de l'histoire individuelle et collective des acteurs et des organisations qu'ils représentent. Les revues Handikappables et Soleil Kléré Nou, éditées au cours des années 1980 par des associations de personnes en fauteuil roulant, permettent d'avoir des données sur les événements et les discours de cette époque.

Dans toute recherche, les sources documentaires peuvent fournir une diversification des éclairages. Dans notre cas, les données issues de ces documents écrits récoltés ont été croisées avec les autres sources (entretiens, observations) afin d'avoir une interprétation la plus objective possible.

d. Des observations

Au cours de notre recherche, nous avons été amenés à réaliser un certain nombre d'observations. Certaines de ces observations ont été réalisées de façon ponctuelle et directe (manifestations sportives, regroupements associatifs, assemblées générales des associations) tandis que d'autres ont été faites de manière prolongée et participative au sein de la section Handibasket de la KAHMA pendant 6 mois.

d.1. Des observations directes

Ces observations avaient pour objectif premier d'« explorer » notre terrain de recherche. Elles devaient servir à construire notre phase de recueil de données effectives en accédant à l'« environnement » (membres, infrastructures, temps de pratique sportive) des différentes organisations retenues pour notre étude. Cette phase a permis par la suite d'obtenir des entretiens avec les fondateurs et/ou responsables des associations. Elle donnait lieu aussi à d'autres phases d'observations lors de la réalisation des activités sportives.

Ainsi, les notes prises au cours de ces observations directes (grille ci-dessous) ont servi à l'analyse des logiques d'organisation de l'offre sportive à l'attention des personnes ayant des incapacités motrices, proposées dans les espaces associatifs respectifs.

- Description matérielle : lieu, matériels utilisés,
- Description du groupe social : caractéristiques des pratiquants, caractéristiques des encadrants, caractéristiques du public présent le cas échéant
- Description du déroulement des pratiques

d.2. Des observations participantes

Cette méthode a été utilisée dans l'objectif d'entrer dans l'intimité d'un groupe de personnes en fauteuil pratiquant le handibasket. Il s'agissait non seulement d'observer plus longuement le déroulement d'une pratique, mais aussi d'apprendre à distinguer les règles, les attitudes et les expressions du milieu étudié (de Sardan, 2007 ; Perera et *al.*, 2011).

Le choix de la KAHMA comme lieu d'observation participante a été fait au regard de son ancienneté et de son implication centrale sur la structuration du Handisport en Guadeloupe.

Outre la description du déroulement de la pratique (grille ci-dessous), ces temps d'observations étaient l'occasion de relever des informations « non formelles », c'est-à-dire des discours qui ne pourraient être tenus lors d'interactions formalisées (entretien).

- Dispositions matérielles : description du lieu de pratique observé, du mode de déplacement et d'accès des sportifs à ce lieu, du matériel disponible etc.
- Groupe social : nombre de pratiquants et de non-pratiquants (accompagnateurs ou spectateurs éventuels), caractéristiques des acteurs (type de handicap, description sociodémographique, rôle), assiduité des participants, sexe
- Modalité et organisation de la pratique
- Interactions sociales
 - Gestes, attitudes, comportements
 - Discussions, échanges
 - Développement des relations hors de la pratique le cas échéant

Déroulement de la période d'observation

L'observation participante « implique que l'observateur participe, c'est-à-dire qu'il soit accepté au point de s'intégrer dans le groupe, de se faire presque oublier en tant qu'observateur, mais en restant présent en tant qu'individu » (Grawitz, *op.cit.* : 773). Nous avons procédé à une enquête par immersion en intégrant ce groupe sportif et en nous initiant à leur activité. Notre immersion consistait à participer aux entraînements en fauteuil et à prendre ensuite des notes régulièrement sur chaque séance. Un carnet de bord était tenu lors de chaque rencontre avec le groupe et y étaient notés le déroulement des pratiques, les interactions entre les membres de l'équipe et les propos tenus au cours des échanges verbaux. Cette rencontre de « terrain » a dû prendre en compte un certain nombre de contraintes méthodologiques. La confrontation entre le chercheur et le groupe peut s'avérer délicate dans le cas d'un groupe hors-norme comme celui que nous avons étudié. A l'instar de Loïc Wacquant (2000), dans le monde pugiliste, nous n'avons pas clairement annoncé notre identité de chercheur au début de notre intégration. Ce choix identitaire fut une problématique de notre terrain. En effet, certains pratiquants avaient été rencontrés lors de nos précédentes fonctions professionnelles, notamment celle occupée au sein de la Ligue Handisport de la Guadeloupe. Cette dernière pouvait engendrer des risques de méfiance à notre encontre de la part d'acteurs qui étaient en conflit avec les dirigeants de la ligue, et biaiser les paroles et les comportements du groupe. Pour éviter cet écueil, nous avons laissé le choix aux observés de nous « repositionner » en tant qu'étudiant STAPS-APA⁴⁰ qui avait pour objectif de réaliser un stage. Cette position avait pour objectif d'atténuer le risque de biais et de niveler le rapport affinitaire avec l'ensemble du groupe qui avait l'habitude d'avoir à faire avec des étudiants STAPS de la filière APA. Ce mode d'accès nous a permis de dépasser la question de la

⁴⁰ Activités Physiques Adaptées.

différence corporelle et d'adopter rapidement les normes et les valeurs propres au terrain. Notre connaissance du monde du handicap était reconnue⁴¹ ainsi que celle du monde sportif.

Cette position fut aussi un élément facilitateur pour garder une distance « objective » avec le terrain. En effet, une implication de longue durée risque d'habituer le chercheur à la façon de vivre et de réagir du groupe au risque de ne plus se poser les bonnes questions. Mon statut d'étudiant m'autorisait à prendre des « pauses » à la fois pendant les entraînements afin de prendre des notes, et à la fois pendant plusieurs jours sans être écarté du jeu pour autant. Ces pauses me permettaient de me détacher du terrain et de prendre du recul vis-à-vis des données produites.

Enfin, il est utile de préciser que certains des acteurs observés dans le cadre de cette pratique de Handibasket furent des personnages clés pour notre terrain, c'est-à-dire des informateurs sur l'histoire de leur pratique sportive et de leur implication dans les organisations. Ils pouvaient aussi devenir des « passeurs », des « médiateurs », des « portiers », qui « ouvrent la voie vers d'autres acteurs-clés ou vers des scènes culturelles difficiles d'accès » (de Sardan, *op.cit.* : 101). Par exemple, certains acteurs sont licenciés en parallèle dans d'autres associations, et ce depuis plusieurs années parfois. Ces doubles, voire triples affiliations, nous ont permis d'avoir des informations sur ces autres associations et de rencontrer les membres fondateurs.

Au final, la période d'observation a duré 6 mois, à raison de un à deux entraînements par semaine au sein d'un gymnase dans la périphérie de la ville de Pointe-à-Pitre (Grande-Terre). Certaines observations ont été effectuées hors du lieu habituel, lors de manifestations ponctuelles. Ces dernières étaient réalisées à l'occasion de démonstrations de basket en fauteuil et lors de manifestations organisées par l'association de la KAHMA. Nous avons aussi participé à une manifestation culturelle organisée par un collectif d'associations dont fait

⁴¹ Par exemple, après quelques semaines d'observation, certains pratiquants n'hésitaient plus à effectuer des actes intimes devant moi comme vider sa poche d'urine.

partie la KAHMA. Nous étions conviés à assister à tous ces événements mais pas tout le temps à jouer. C'était pour nous l'occasion de prendre des notes.

Après 6 mois d'observations, nous avons le sentiment d'être arrivé à « saturation des informations ». Une routine semblait s'installer et les notes étaient de moins en moins prises, voire complètement abandonnées certains soirs d'entraînement. Nous avons décidé d'arrêter progressivement les observations avec la fin de la saison sportive.

Cette phase d'observation participante fut éminemment riche d'un point de vue humain et relationnel. Elle nous a permis de pénétrer un milieu particulier et peut être encore méconnu de l'intérieur, celui d'un groupe de sportifs blessés médullaires. A ce jour, il n'existe d'ailleurs aucun travail ethnographique effectué sur ce terrain à notre connaissance. Nous ne pourrions toutefois pas user de toutes les données obtenues au cours de ces observations. En effet, la teneur de ces données ne coïncide pas dans leur totalité avec cette étude. Nous préférons ainsi garder des questions en suspens afin de les traiter plus tard dans d'éventuels articles plus spécifiques. Cependant, ce type d'observation permet de discerner des éléments non appréhendables par les entretiens et les documents d'archives. Il autorise l'accès à une plus grande intimité avec les acteurs et favorise ainsi la liberté de parole malgré notre présence. Il nous a ouvert des espaces qui nous auraient été sûrement fermés en d'autres circonstances. Nous sommes devenus progressivement un membre « à part entière ». Parfois nos absences furent reprochées (sur le ton de la plaisanterie) et notre participation à des manifestations extérieures semblait sincèrement souhaitée et attendue. Notre origine guadeloupéenne et l'utilisation du créole dans les échanges ont certainement joué un rôle important dans cette imprégnation du milieu. Cette phase fut l'occasion de réaliser un certain nombre d'entretiens avec des acteurs de ce groupe, aussi bien avec les « pionniers » de cette équipe qu'avec les « jeunes ». Le croisement des données d'observations avec les entretiens a

notamment été réalisé pour comprendre les différentes stratégies poursuivies, comme par exemple ceux en lien avec l'aspect générationnel.

3.3 Analyse des données

Cette partie est l'occasion de discuter des méthodes d'analyse utilisées pour l'interprétation des données recueillies. La diversité des données recueillies au cours de ce travail a nécessité plusieurs formes de traitement afin d'obtenir des monographies des organisations étudiées, des histoires de vie des promoteurs et des analyses de discours.

a. Analyses des données textuelles

Les données d'archives écrites recueillies étaient très variées, tant du point de vue de leurs sources (associatives, personnelles, administratives) que de leurs formes (revues, documents administratifs, courriers, quotidiens, photographies). La majorité d'entre-elles sont des documents écrits, certains d'ordre officiel (statut d'associations, compte rendu d'assemblées, courrier officiel, revues associatives) et d'autres d'ordre privé (photographies, coupures de presse). Ainsi, la première démarche dans l'analyse des données écrites consiste à identifier les auteurs de ces sources écrites et les raisons de leur production. « Le chercheur n'exerce aucun contrôle sur la façon dont les documents ont été établis et doit sélectionner ce qui l'intéresse, interpréter ou comparer des matériaux pour les rendre utilisables » (Grawitz, *op.cit.* : 573). Ainsi, l'analyse de documents écrits soulève d'abord un problème d'authenticité, de validité de l'interprétation, et de véracité des faits relatés. Il convient de discerner ce qui relève de l'information ou de la communication. Cette dernière possède un

champ d'action plus large car « elle s'interprète en fonction de la représentation que s'en font l'émetteur et le récepteur » (*Ibid.* : 605).

L'analyse de documents d'archives « convient particulièrement pour l'analyse des changements sociaux et du développement historique des phénomènes sociaux » (Quivy & Van Campenhoudt, 2006 : 182). Les documents recueillis concernent en majorité des événements qui se sont déroulés à une période révolue et sont donc essentiels à notre analyse sur la structuration du mouvement sportif des personnes atteintes de déficiences motrices en Guadeloupe. Cette analyse historiographique des archives a permis de reproduire le plus fidèlement possible les parcours d'acteurs, leur histoire, mais aussi celle des institutions et d'associations qu'ils ont fréquentées. Dans le cadre de l'offre des pratiques sportives, la création des structures, les types de pratiques, le nombre de pratiquants, sont autant de données qui ont pu être collectées, avant d'être mises en perspective par l'analyse.

Par ailleurs, le contenu même des articles de revues recèle des informations sur les représentations sociales du handicap véhiculées par les auteurs. Leur analyse thématique complète les résultats sur le rôle et la place attribuée aux personnes handicapées, ou sur leur accession à des espaces de loisirs sportifs.

b. Analyse des entretiens : la technique d'analyse des relations par opposition

Plusieurs étapes ont été nécessaires au traitement des entretiens individuels ou collectifs. En premier lieu, l'ensemble des interviews et des discussions informelles, a fait l'objet d'une retranscription. Le corpus de textes ainsi constitué a subi ensuite divers types de traitements pour en permettre l'analyse.

L'objectif d'une analyse de contenu consiste en « l'identification de l'univers de référence des acteurs sociaux, c'est-à-dire la mise à jour de l'organisation de données

concrètes et des valeurs qui lui sont attachées » (Léger et Florand, 1985 : 238). Le choix s'est orienté plus spécifiquement vers une analyse des relations par opposition (ARO). Cette méthode, conçue par Raymond (1968) « informe sur la structure idéologique à partir de laquelle l'interviewé construit son projet » (Blanchet et Gotman, *op.cit.* : 115). Cette technique vise à repérer les oppositions établies par le locuteur entre différents signifiés. L'unité de découpage des entretiens intégralement retranscrits est l'énoncé, énoncé qui établit une relation de signification par la mise en relation d'un signifiant et d'un signifié. Le repérage des oppositions entre signifiants permet alors d'accéder aux oppositions de sens, l'ensemble des relations d'oppositions des signifiés associées à un même signifiant pouvant être collectées dans des tableaux récapitulatifs.

On obtient pour notre exemple, le découpage et la réduction suivant:

*« Je suis resté ici parce que je me suis rendu compte que tous les handicapés retournent en **métropole** et qu'ils continuent à vivre bien, et qu'ici rien ne se fait. Donc je vais rester ici et je vais me battre **ici**. »*

signifiant	signifié
Ici [la Guadeloupe]	rien ne se fait
ici	se battre
ici	rester
métropole	retournent
métropole	vivre bien

Le classement du discours signifiant

Il y a ici émergence d'une opposition entre le signifiant «ici», la «Guadeloupe» et «métropole».

Le classement du discours signifié

En ce qui concerne les signifiés, on retrouve une opposition entre les signifiés «rien ne se fait», «rester», «se battre» et les signifiés «retournent», «vivre bien».

Interprétation

Le classement du discours signifiant fait apparaître une opposition entre deux lieux géographique : ici, la Guadeloupe, et la métropole.

Le discours signifié, ici plus riche, explicite les données du discours signifiant en précisant les représentations et évaluations que le locuteur leur accorde. En l'occurrence, dans notre exemple, le signifiant «ici» est renvoyé aux signifiés «rien ne se fait», «se battre» et «rester», associant ainsi la Guadeloupe à une définition du retard et de la difficulté. Parallèlement, le signifiant «métropole» est renvoyé aux signifiés «retournent» et «vivre bien», définition de la facilité et du bien-être.

L'interprétation que l'on peut donner, à la suite de cette analyse des relations par opposition, est la suivante : la mise en opposition par le sujet des différents lieux de vie des personnes handicapées d'origine guadeloupéenne débouche sur une opposition entre deux choix de vie. L'un étant de rester en Guadeloupe pour se battre et l'autre de partir en

métropole pour vivre dans de meilleures conditions. Le sujet tente ainsi de se dégager de la personne handicapée qui décide de rentrer en métropole et donc de ne pas se battre contre la fatalité de son handicap.

La technique ici présentée a été utilisée pour analyser les discours concernant la définition du handicap, du Handisport et du mouvement associatif. Après avoir repéré dans le discours de tous les énoncés, y compris certaines archives textuelles, les termes « handicapés », « sport », « association », « regroupement », nous avons procédé à une analyse des relations par opposition. Nous nous sommes ainsi attachés à repérer le système symbolique qui sert à légitimer l'identité des personnes handicapées, des postures collectives et des logiques de pratiques sportives qu'il justifie ou auxquelles il donne sens.

c. Analyse des observations

Les observations menées ont permis de dégager le profil du fonctionnement et des conditions de réalisation des pratiques sportives dans les clubs actuels. Elles ont favorisé l'évaluation des modalités de pratiques sportives proposées, le type de fonctionnement social en vigueur et de situer chaque structure par rapport à ces deux critères. Ces données permettront ensuite de repérer les similitudes et adéquations entre chaque structure, et ainsi d'évaluer les stratégies mises en place par les sujets et les clubs au regard de l'espace dans lequel elles sont mises en jeu.

4. Plan de présentation du travail

Cette recherche est née de la volonté de comprendre la place faite à la pratique sportive au sein du mouvement associatif des personnes handicapées physiques. L'approche inductive permet d'appréhender le terrain sans *a priori* et sans hypothèse. Ce travail prend acte autour d'un désir de décrire, comprendre, et expliquer l'histoire contemporaine d'un mouvement sportif, de sa genèse à aujourd'hui, à travers les archives, les discours et les pratiques des acteurs. De fait, on réalise une analyse socio-historique du mouvement Handisport, dans l'île de la Guadeloupe, en s'attachant à analyser conjointement les pratiques et les discours.

La réflexion s'articule autour d'une mise en perspective de l'émergence du mouvement sportif des personnes handicapées motrices au niveau local. Ce travail sera donc présenté au travers de biographies et de monographies associatives. Pour autant, ce travail monographique s'avère complexe car la simple description historiographique n'est en rien un gage de compréhension du phénomène. Cette approche n'est donc pas exclusivement chronologique, mais plutôt chrono-thématique, où mettre en parallèle les deux focales permet à la fois de décrire et de comprendre.

Afin de poursuivre un raisonnement logique, historique et chronologique, cette thèse se décompose en deux périodes bien distinctes.

Une première période, des années 1978 à la fin des années 1990, concerne l'émergence du mouvement associatif « autogéré » des personnes handicapées motrices en Guadeloupe et l'utilisation du sport. Cette première période est, dans un premier temps, introduite par une description historique de la situation sociale des personnes handicapées pendant la période de la départementalisation.

La seconde partie, plus contemporaine, de 2000 à 2010, met en évidence les nouveaux acteurs et les nouveaux enjeux qui traversent le mouvement Handisport au niveau local.

Pour cela, tout au long du raisonnement, les archives, les entretiens, les observations, autrement dit toutes les sources récoltées sur le terrain, permettront de mieux comprendre l'évolution de ce mouvement sportif.

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSES

I. Introduction et présentation des conditions d'émergence des pratiques sportives des personnes handicapées en Guadeloupe

Il est nécessaire, dans le premier temps de cette analyse socio-historique, de rappeler les conditions d'émergence de la prise en charge du handicap, et plus particulièrement celle du handicap moteur, en Guadeloupe. Les récentes études s'accordent pour constater « les difficultés de recensement de la population ayant des incapacités », et le « retard structurel de la Guadeloupe comparé à la métropole » (Pulvar, 2005 ; Fiata, 2006). Ces propos rappellent ceux fréquemment tenus par les acteurs associatifs locaux lorsqu'ils nous expliquaient, lors des entretiens, comment ils ont dû, au début des années 1980, « aller chercher les handicapés chez eux » pour « les faire sortir », et aussi les actions qu'ils ont dû mener pour « avoir les mêmes droits que les personnes handicapées vivant en métropole ». Ces discours, redondants, demandent que soit apporté un éclairage sur le contexte qui précède notre période d'étude (des années 1980 à aujourd'hui). Comment étaient prises en charge les personnes atteintes de déficiences motrices en Guadeloupe avant cette période ? Comment cette prise en charge s'est-elle développée ? Quels en étaient les espaces ?

Cet éclairage veut aussi jeter les bases d'un questionnement sur le rapprochement systématique entre la Guadeloupe et la question du « retard », aussi bien que sur les « spécificités » guadeloupéennes. N'assistons-nous pas là, à des discours dé-historicisés et fausement objectifs (Mills, 1959) banalisant une situation et empêchant finalement toute possibilité de compréhension d'un phénomène plus profond ? Le but n'est certes pas de négliger l'existence d'un retard structurel, mais de dépasser l'explication culturelle qui deviendrait pathologique.

Cet exercice d'historicité a pour objectif d'identifier les différents espaces de prise en charge de la déficience, et plus particulièrement de la déficience physique, en Guadeloupe à partir de

l'après-guerre. Celui-ci ne pourra toutefois s'avérer exhaustif et complètement abouti dans la mesure où il n'existe que trop peu, pour l'heure⁴², de travaux en sciences humaines et sociales sur la prise en charge du handicap en Guadeloupe. Nous nous baserons donc, dans un premier temps, sur les ouvrages scientifiques de l'histoire de la Guadeloupe que nous étayerons, dans un deuxième temps, avec les propos des acteurs que nous avons interviewés⁴³. De même, les rapports des organismes locaux du champ du handicap et les productions universitaires ou de fin d'étude de travailleurs sociaux⁴⁴, seront également mis à contribution. Nous cherchons ici à comprendre les préalables au mouvement associatif et sportif local des personnes ayant des incapacités motrices.

1. La situation des personnes handicapées physiques avant la « départementalisation »

Lorsque l'on cherche à étudier des événements sociaux récents, on ne peut s'empêcher de se questionner sur les conditions de leurs formations⁴⁵. Les nombreux travaux réalisés sur l'histoire du handicap (Chauvière, 1980; Ebersold, 1997 ; Stiker, 2005) montre l'importance d'appréhender les différentes manières sociales et culturelles de traiter les

⁴² Ce travail, dirigé par le laboratoire ACTES (UFR STAPS, Université Antilles-Guyane, Guadeloupe), est en cours. Il est réalisé en collaboration avec l'OIH (Observatoire Régional des Inadaptations et des Handicaps de la Guadeloupe) et le laboratoire Santesih (UFR STAPS, Université de Montpellier 1). Il est notamment financé par le CNSA et la DRESS/MiRE.

⁴³ Plusieurs entretiens collectifs ont été réalisés avec des professionnels médico-sociaux puis des personnes handicapées physiques afin de collecter des données sur l'histoire de la prise en charge du handicap en Guadeloupe. Ces différents acteurs ont tous vécu pendant la période de structuration de la prise en charge.

⁴⁴ Au cours de notre travail, nous avons travaillé en collaboration avec l'Observatoire des Inadaptations et des Handicaps de la Guadeloupe. Cet organisme est à la fois un organisme de recherche et un centre de ressources documentaires. Il regroupe notamment l'ensemble des mémoires réalisés lors des formations de directeur d'établissements médico-sociaux. Nous avons pu ainsi consulter certains d'entre eux qui rejoignaient notre thématique comme par exemple celui effectué par Fiata A., *Changement social et situation de handicap en Guadeloupe*, Mémoire de DEA, 2006.

⁴⁵ Pour des questions d'intelligibilité, nous considérons ici que la départementalisation de la Guadeloupe qui a lieu en 1946 est une date charnière qui marque le début du processus de rattrapage institutionnel et structurel par rapport à l'hexagone.

déficiences afin de comprendre la construction du rapport au corps déviant ou diminué. Malgré l'absence de données scientifiques sur le traitement social des personnes atteintes de déficiences en Guadeloupe durant la période « anté-départementalisation », nous allons tenter ici d'énoncer quelques pistes de réflexion en nous appuyant sur de récents travaux.

Jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle, les Antilles sont gouvernées sur un mode de gestion coloniale. En effet, « si tous les habitants de Guadeloupe et de Martinique, comme ceux de Guyane et de la Réunion, ont été, avec l'abolition de 1848, déclarés citoyens français, ils sont néanmoins restés colonisés pendant encore un siècle » (Dumont, 2010 : 7). La population indigène tarde à profiter de la politique assimilationniste mise en place et doit « affronter un patronat retors dont la priorité sociale est la mise à sa disposition d'une main d'œuvre stable au service de la grande culture de la canne à sucre » (Boutin, 2006 : 405).

La religion est fortement ancrée dans l'histoire coloniale des Antilles. Pendant la période esclavagiste, l'Eglise joue un rôle important dans l'acculturation des « noirs » afin de les amener à accepter leur sort. Cette mission se trouve renforcée à l'approche de la période de l'abolition de l'esclavage :

« Au cours des années qui précèdent l'émancipation, la mission de l'Eglise évolue et s'élargit, elle doit évangéliser les esclaves et contribuer à la sauvegarde du travail et de l'économie sucrière. La monarchie de Juillet par la loi du 18 juillet 1845 dite loi Mackau et l'ordonnance du 18 mai 1846 prévoit que l'on dispense une instruction religieuse aux esclaves. Les articles 2 et 3 de l'ordonnance stipulent que cette instruction sera dispensée, le dimanche à l'église de la paroisse ou à domicile, c'est-à-dire sur l'exploitation "de concert avec les maîtres", en un mot sur le temps libre de l'esclave. » (Boutin, *op.cit.* : 89-90)

Ce passage désigne le processus d'acculturation des esclaves, à qui sont inculqués des traits culturels par l'entremise de la religion catholique. Ainsi, l'Eglise parvient à imposer un modèle de référence notamment en ce qui concerne la famille. Les rites religieux qui

concernent le mariage, la mort et la naissance sont progressivement incorporés par la population. Cependant, les caractéristiques héritées de la société esclavagiste ne sont pas totalement écartées. Les rites traditionnels issus de la culture africaine sont encore fortement présents et « s'arrangent » avec les nouveaux rites (*Ibid.*).

Progressivement, à partir de la fin du XIX^{ème}, la tranche de la population aisée se diversifie et les « Noirs » accèdent de plus en plus à des fonctions importantes (politiques, juridiques et médicales). L'accès à l'école joue un rôle primordial dans cette émancipation. Après la guerre mondiale de 1914-1918, ce sont notamment les premières sorties massives (voyages, études...) des Antillais vers l'hexagone qui font bénéficier la population antillaise des progrès rencontrés en métropole. On assiste alors au développement des premières mesures sanitaires qui permettent notamment de réduire la forte mortalité infantile (*Ibid.*).

La question de la solidarité et de l'égalité sociale devient alors de plus en plus prégnante dans une société où la précarité est encore très forte et concerne la majeure partie de la population. Les premières actions associatives et caritatives vont d'abord se tourner vers l'enfance en danger et vers l'aide aux sinistrés lors des grandes catastrophes naturelles. La première association recensée est la crèche Sainte-Anathilde créée à Pointe-à-Pitre par Anatole Léger⁴⁶. La question des secours aux enfants semble initiée par cet acte mais il faut attendre la création de l'association « Goutte de lait » (Fiata, *op.cit.*), en 1928, par une femme de notable à la suite d'un cyclone dévastateur pour l'île⁴⁷ pour assister à une prise en compte de l'enfance meurtrie. Par la suite, en 1935, une deuxième création d'association « congrégationniste » de protection de l'enfance est observée : « La rosette ». Cette association d'inspiration religieuse sera à l'origine des premiers établissements développés pour le redressement des jeunes relevant de la délinquance juvénile : Saint-Jean-Bosco (pour

⁴⁶ Anatole Léger (1803-1883) est un notaire, d'origine européenne. Il est élu président du Conseil Général en 1859 (siège qu'il gardera jusqu'en 1875) puis devient maire de la ville de Pointe-à-Pitre en 1860 et 1861.

⁴⁷ 1270 morts

les garçons) en 1950, situé à Gourbeyre (Basse-Terre) et Notre-Dame de Grâce (pour les filles) en 1958, établi aux Abymes (Grande-Terre).

Le début de l'action sociale concerne donc principalement l'« enfance en danger » et découle en grande partie de la notabilité et de la charité chrétienne. L'action conjuguée de certains notables et de l'Eglise dans la prise en charge de la jeunesse en difficulté s'est mise en place et s'est organisée au début du XXème siècle jusqu'à l'après-guerre, notamment grâce aux moyens financiers et fonciers dont ils disposaient. Ils viennent ainsi combler le manque de l'Etat et des institutions locales, encore absents sur ces problématiques. Les notables qui étaient à l'origine de ces organisations sont les promoteurs des premières actions sociales en Guadeloupe qui s'expriment le plus souvent comme un engagement citoyen et républicain. Les enjeux sont de prouver à la France colonisatrice que le peuple antillais est évolué et mérite la considération de civilisation. Le développement de l'action sociale apporte « un avancement humain de l'élévation dans une échelle fantasmée de valeurs, où l'occident est donné et perçu comme référence » (Dumont, 2009 : 110).

Au début du XXème siècle, la nouvelle bourgeoisie locale, instruite, s'investit dans des actions associatives diverses et notamment caritatives. L'entre-deux guerres est une période de forte création associative dans le domaine culturel et sportif (Dumont, 2001 ; Lanoir L'Etang, 2005). Cette frénésie associative est marquée par une volonté d'assimilation à la mère patrie, la France, et marque le désir d'accéder à la citoyenneté en se calquant sur le modèle républicain.

Toutefois à cette même période, les progrès sociaux et techniques (comme l'accès aux soins) ne sont encore accessibles que pour une tranche favorisée de la population, souvent blanche. L'une des missions principales du lent processus d'assimilation entamé après l'abolition de l'esclavage, à savoir « absorber », « inclure à la nation », se poursuit et concerne d'abord l'éducation de la population. Les moyens mis en œuvre afin de combler le

retard dans l'accès à la scolarisation⁴⁸ font de la question du handicap une préoccupation secondaire.

2. La Départementalisation : le point de départ d'une structuration de la prise en charge du handicap ?

Sur le plan économique, la Guadeloupe tente de rattraper son retard structurel par rapport à la métropole (Dumont, *op.cit.*). Sur le plan sanitaire, les causes de mortalité sont encore nombreuses, surtout infantiles. Les politiques sanitaires sont plutôt dirigées vers une prévention des maladies infectieuses (tuberculose, paludisme) et de celles provoquées par l'insalubrité de l'environnement (gastries, maladies cardio-vasculaires et respiratoires...).

Au début de la départementalisation (1946), il n'apparaît aucune structure de prise en charge pour les personnes handicapées physiques hormis l'asile de Saint-Claude, qui est décrit comme le premier lieu où sont accueillies des personnes handicapées physiques et mentales. C'est un espace d'enfermement, au sens Foucauldien du terme, où sont regroupés les « anormaux », les « incurables », dans un mélange de pathologies. A cette période, le taux de mortalité infantile⁴⁹ laisse penser que très peu d'enfants nés avec un handicap lourd survivent à leur première année de vie.

La survenue accidentelle du handicap ne relève pas du même processus de prise en charge. Les structures médicales en place ne semblent pas pouvoir s'occuper de façon optimale des « infirmes civils » :

⁴⁸ Il faut attendre l'année scolaire 72/73 pour que 99% des enfants guadeloupéens soient scolarisés- voir Giraud & alii, *L'école aux Antilles*. Langues et échec scolaire. Paris, Karthala, 1992. En France, la scolarisation des enfants débute dès la fin du XIXème siècle grâce à un système éducatif qui en réalité est mis en place dès la moitié de ce siècle. A ce sujet cf. Whitney et al., *La scolarisation en France, 1829-1906*. Annales, Economies, Sociétés, Civilisations, 39^{ème} année, n°1, janvier-février 1984, pp.116-157.

⁴⁹ A cette période, la mortalité infantile est difficile à chiffrer avec exactitude notamment à cause des sous-déclarations. En 1934, les autorités locales estiment que la mortalité infantile représente plus de 25% de la mortalité totale. Pour approfondir la question, se référer à la page 49 de l'ouvrage de Raymond Boutin (2006).

« [...] j'ai été accidenté à 12 ans [en 1958], et je suis resté 2 ans ici à l'hôpital chirurgie infantile de la Guadeloupe. Parce que quand le médecin m'a reçu après mon accident, il a dit : "de toute manière il a une fracture de la colonne, il va mourir". Bon, ben, il a dit à mes parents "vous allez attendre 24h, il va mourir". Après 24h, j'ai vu que j'étais encore vivant, je leur ai dit d'aller voir le médecin. Ils sont allés voir le médecin qui était le docteur Julien, qui a dit : "mais madame, je vous ai dit 24 heures, même si il n'est pas encore mort, attendez 48 heures ! Je vous ai dit qu'il va mourir de toute manière". Dans cette période, c'était ça la médecine guadeloupéenne (...) »

(Emile, 65 ans, Président de la KAHMA depuis 1981, paraplégie).

A cette absence structurelle s'ajoute le manque de professionnels médicaux spécialisés dans le domaine de la rééducation physique et fonctionnelle :

« [Expliquant l'aggravation de son handicap] je n'avais rien fait comme rééducation. Parce que les kinés n'existaient pas encore ici [en Guadeloupe, en 1958]. Donc y'avait un masseur qui s'appelait XXX, qui était un Marie-Galantais, qui faisait des massages (...) »

(Ibid.).

A l'absence de prise en charge institutionnelle du handicap se substitue alors celle des familles. Dès lors, les conditions de vie des personnes atteintes de déficiences motrices dépendent du niveau social des parents.

« (...) avant y'avait rien hein ! Avant nous étions chez nous, chez maman et papa, on faisait rien. On était là ! Ma sœur faisait de la peinture, moi je faisais des mots croisés. C'est vrai qu'on ne se tournait pas les pouces non plus. On avait nos activités propres. Et mes parents, nos parents

avaient une voiture, quand je dis "nos", c'est ma sœur aussi [qui avait un handicap], mes parents avaient un véhicule, ils avaient acheté un véhicule pour nous. Nous avions des frères, des amis. »

(Sabine, 50 ans, Présidente de Soleil Kléré Nou, atteinte de la myopathie).

Le seul type de handicap que l'on rencontre à cette époque dans les rues des communes guadeloupéennes, concerne la déficience mentale légère, ceux qui peuvent être utiles⁵⁰. Pour cette population de déficients légers, les « tèbès »⁵¹ comme on les appelle en Guadeloupe, la prise en charge est reléguée au domaine privé, à la famille. Ces enfants sont parfaitement intégrés dans la fratrie, participent aux activités quotidiennes de la famille voire du quartier et bénéficient d'une « surprotection » familiale (maternelle) qui les immunise contre d'éventuelles attaques extérieures (Rémy-Francius, 2012). Parallèlement, les acteurs s'accordent pour dire que les enfants handicapés étaient (et sont encore) le plus souvent vécus comme des malédictions divines ou expliqués par des faits de sorcellerie. Les croyances magico-religieuses prédominent et le « kimboisè »⁵² est tout aussi important que le médecin en ce qui concerne la santé des individus.

A partir des années 1960, en Guadeloupe, le traitement social de la déficience fonctionne selon deux modes opératoires : dans les familles pauvres, ils restent à l'intérieur de la famille, dans les familles les plus aisées, ils sont envoyés en métropole dans des institutions spécialisées. Les parents, pour certains, bénéficient de congés administratifs, et c'est ainsi toute la famille qui suit parfois l'enfant. Ces migrations, outre les allers-retours successifs,

⁵⁰ Par exemple à Petit Bourg, précise un des interviewés, ce sont les débiles légers qui vont sonner les cloches pour signifier la rentrée ou la sortie des classes. D'autres ouvrent la porte de l'Eglise pour la messe. Ils avaient une fonction sociale, et bénéficiaient également d'une grande protection de la part de la population.

⁵¹ Terme créole pour désigner les déficients intellectuels légers.

⁵² Sorcier aux Antilles, aussi appelé Gadéd-zafè.

engagent un coût financier pour la Sécurité Sociale et transforment ces familles en vecteurs de la culture métropolitaine.

« C'est que des fonctionnaires [...] Ils sont partis car il n'y a pas de structure en Guadeloupe, c'est la Sécu qui organise les départs. Ces départs sont organisés, et les familles suivent. Ils venaient à Clermont-Ferrand, à Lyon, Bordeaux. Ça créait des problèmes d'adaptation lorsque les gamins retournaient. »

(Séminaire collectif du 11 novembre 2009)⁵³

A travers ces propos, on comprend que ces migrations alimentent le ralentissement de la création de structures spécialisées en Guadeloupe. Celle-ci, souffrant d'un manque de moyens financiers, s'oriente plutôt vers une prise en charge privée de type familial. L'idée de décalage avec la métropole, où « *la vie est formidable* », est renforcée par le témoignage de ces familles « *migrantes* ».

Conscient du travail de recherche et d'analyse qu'il reste à fournir pour éclairer cette période, il existe quelques certitudes sur la situation des personnes handicapées physiques en Guadeloupe au début de la période de départementalisation. Le département de la Guadeloupe ne possède aucune structure adaptée spécifique à leur prise en charge. Les familles, surtout les plus modestes, sont isolées face à la déficience de leurs enfants mais peuvent bénéficier toutefois d'un réseau de solidarité familial et de proximité qui les soulage dans leur « sort ». Le secteur social est essentiellement occupé par des organisations religieuses et laïques mais qui ne sont pas destinées aux personnes atteintes de déficiences physiques mais à « l'enfance en danger ».

⁵³ Au cours de ce séminaire étaient présents cinq directeurs d'établissements médico-sociaux d'origine guadeloupéenne.

Ainsi, c'est à partir des années 1970, que des professionnels d'origine guadeloupéenne s'investissent dans des initiatives de structuration dans le secteur du handicap infantile. Pour les interviewés, il est surtout question de mettre de l'ordre dans un domaine où l'Etat est encore absent en Guadeloupe. Ainsi, l'un des interviewés, médecin pédiatre au sein d'un service de pédiatrie en Guadeloupe, arrivé en 1966, nous raconte ses premières actions :

« j'ai eu beaucoup d'enfants qui étaient de ce fait, un petit peu mal formés, handicapés et il fallait trouver une solution. Certains pour lesquels il n'y avait pas de solution, j'ai dû les envoyer dans des services spécialisés en métropole, pour d'autres, petit à petit, on a voulu monter des structures localement, parce qu'on s'est dit que ce n'était pas la peine de les envoyer pour qu'ils soient coupés totalement du milieu familial et du milieu culturel »

(Médecin Pédiatre, arrivé en 1966 en Guadeloupe)

Parallèlement, les parents d'enfants et/ou d'adultes « handicapés », appuyés par des « clubs services », commencent à s'organiser et progressivement à agir en concertation avec l'Etat.

3. Les années 1970 : Le développement des dispositifs institutionnels et associatifs de la prise en charge du handicap en Guadeloupe

Les associations semblent avoir eu un moindre poids dans le développement du secteur du handicap comparativement à la métropole (Barral et al, 2000). Les premières associations

créées par les médecins et les clubs services sont les seules à s'intéresser à ce problème. Face à l'ampleur de leurs missions, elles vont petit à petit s'institutionnaliser.

L'association « Goutte de lait », créée en 1928, devient la Maison de l'Enfance en 1944, pour devenir enfin une association gestionnaire d'établissements médico-sociaux (l'Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence) (ADSEA) en 1967 (Fiata, *op.cit.*).

Cette institutionnalisation est toutefois possible grâce à l'aide l'Etat et des institutions régionales qui commencent à s'intéresser au problème. Cependant, les premières structures de prise en charge concernent pour l'essentiel les enfants atteints de handicaps dits « comportementaux ». L'échec scolaire apparaît encore comme le principal souci des autorités locales. En 1965, la première section d'éducation spécialisée est créée au sein d'un établissement scolaire. Cette orientation se trouve renforcée par la constitution de l'ADSEA en 1967 qui est à l'origine de la création du premier centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) en 1974, « les Lucioles », puis du premier Institut Médico-Educatif (IME) en 1976, « les Gommiers ». Les deux structures se situent dans la région de Basse-Terre⁵⁴.

Malgré cette apparente structuration, pour beaucoup d'acteurs, le secteur du handicap continue de se constituer autour de l'entraide et de la solidarité entre les familles et certains professionnels :

« [...] beaucoup d'organisations autour du handicap vont procéder de cette façon. Les parents qui vont s'organiser, un petit groupe commence à faire un goûter ensemble, quelques petites réunions, ensuite faire des petites activités avec les enfants pour se rassembler, ça existe encore, ça existe encore (...) et au fur et à mesure ça va se structurer »

(Sylvain, 57 ans, Directeur d'établissement médico-social, fondateur de l'Association Guadeloupéenne de Sport Adapté (AGSA))

⁵⁴ Historique retracé grâce aux différents sites internet des structures

Ces projets de structures parentales vont-eux aussi se construire dans un premier temps de façon marginale et s'organiser par la suite pour répondre aux exigences institutionnelles.

« L'ADSEA s'est créée et a créé l'IME, tandis que dans les deux autres foyers, Soleil Levant et Pélican, l'établissement fonctionne mais pas comme un établissement avec un budget, ce sont les parents qui font fonctionner avec leurs enfants. Et on leur dit qu'ils ne peuvent pas fonctionner comme ça, qu'ils peuvent demander de l'aide au département. Et à ce moment-là ils créent une association. Et ça c'est important pour comprendre ce qui se passe aujourd'hui. C'était pour légaliser la structure. Le Pélican est un foyer occupationnel, mais sans la structure officielle. C'est important de comprendre que les parents ont créé leur outil et après, sont allés le légaliser. »

(Séminaire collectif, 11 novembre 2009).

A partir des années 1970, on assiste aussi à la mise en place d'une politique locale de formation professionnelle des premiers éducateurs spécialisés qui auront pour objectif de structurer et de diriger les futures structures médico-sociales. Cette professionnalisation du secteur social a débuté en 1962, lorsque deux premiers éducateurs spécialisés d'origine guadeloupéenne sont affectés au domaine de la justice infantile. Au début des années 1970, une seconde vague d'éducateurs, plus nombreux, revient de métropole où ils se sont formés. Ils participent à la modernisation de l'action médico-sociale, créent des associations en lien avec des notables locaux (médecins et clubs services), siègent aux conseils d'administration et réforment l'action médico-pédagogique sur l'île. Ils inventent leur métier de A à Z en tentant d'adapter à la Guadeloupe ce qu'ils ont appris en métropole malgré toutes les difficultés issues du décalage culturel et social qui perdure entre les deux espaces.

« J'ai fait ma formation en 69 / 72. J'ai passé 2 ans en Martinique et je suis arrivé en Guadeloupe en 73 / 74, et là j'ai été obligé de tout remettre en question. Les conflits entre mères et filles par exemple. C'est à mille lieux de ce que j'avais appris à Dijon sur les adolescentes. Je n'ai pas vu les mêmes choses, d'où la nécessité que fut pour moi de remettre en question le savoir... »

(Alain, 65 ans, Educateur spécialisé, Directeur d'établissement médico-social)

A travers ce témoignage, c'est la question de la formation qui semble faire débat dans les années 1970. Le décalage culturel, mais peut être aussi les coûts des déplacements vers la métropole, rendent nécessaire la mise en place d'une formation locale.

« Les premières formations qui se font en Martinique, sont dans les années... 1977. » rappelle le responsable d'un institut médico-éducatif, issu de la dernière promotion qui est partie en métropole, en 1976. En Guadeloupe, les premières formations locales débutent entre 1977 et 1978. Quoi qu'il en soit, les connaissances locales font cruellement défaut et les représentations sociales locales sur le handicap freinent le développement du secteur.

A cette structuration s'ajoute l'action d'acteurs institutionnels, comme ceux de la DDASS, qui participent également à des créations d'associations en partenariat avec les pouvoirs locaux.

On observe que la question du handicap physique n'est que rarement concernée par cette structuration associative hormis lorsqu'il s'agit des personnes polyhandicapées. L'isolement au sein de la famille ou la migration vers la métropole des personnes vivant avec un handicap moteur en est peut être la cause. Il faut attendre la fin des années 1970 pour voir apparaître la première structure de rééducation fonctionnelle de l'île.

Le premier service de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle (MPRF) ouvre ses portes le 1^{er} septembre 1977 dans les locaux de l'ancien sanatorium implanté sur la commune de Bouillante. A l'origine, cet établissement a été créé en 1969 pour prendre en charge les tuberculeux qui ne pouvaient plus l'être dans l'Hôpital principal de Saint-Hyacinthe à Basse-Terre. Compte tenu de la régression de la tuberculose vers la fin des années 1970, le Service de MPRF débute avec 28 lits et occupe un étage du bâtiment⁵⁵.

Toutefois, la création de ce service et sa faible capacité d'accueil ne peut enrayer la logique préalable développée par les guadeloupéens celle du « *syndrome du Boeing 747* ». Ces propos sont ceux tenus par les médecins locaux, pour nommer le départ des Antillais, accidentés et victimes de traumatismes graves, vers la métropole pour bénéficier de soins chirurgicaux, de réadaptation et de rééducation dont l'absence se fait cruellement sentir en Guadeloupe. Malgré les progrès effectués dans ce domaine, cette logique perdure et témoigne de la persistance de représentations sociales axées sur un « retard ». Cette peur de ne pas pouvoir bénéficier d'un traitement efficace en Guadeloupe incite de nombreux guadeloupéens à partir en métropole pour disposer d'un secteur médical qu'ils estiment de meilleure qualité.

4. La circulation des personnes handicapées physiques entre la métropole et la Guadeloupe : la preuve d'un « retard » ?

La fréquence de la circulation des Guadeloupéens ayant des atteintes physiques suite à des maladies ou à des traumatismes accidentels vers la métropole témoigne de leur confiance très relative à l'égard de la médecine exercée dans le département.

Les rapports avec la médecine guadeloupéenne semblent pleins d'antagonismes. Les discours révèlent à la fois un sentiment de respect et de méfiance vis-à-vis du corps médical.

⁵⁵ Il compte aujourd'hui 211 lits sur trois niveaux, ainsi qu'un parc sportif de 3 hectares.

La notoriété du médecin (discours savant), sa participation symbolique au processus assimilationniste (progrès, réussite sociale), lui donnent un certain pouvoir sur les corps. Même si, comme nous l'avons vu, il peut être encore en concurrence avec certaines pratiques traditionnelles. De plus, loin de diminuer avec le temps et les progrès, le sentiment de ne pouvoir bénéficier de soins adéquats persiste et se renforce. A partir des années 1970, les demandes de transfert vers la métropole se poursuivent malgré la construction des premiers centres de rééducation sur l'île :

« [après mon accident] ...je suis resté 3 ans consécutifs [de 1982 à 1985] au sanatorium [hôpital de Selbonne], 3 ans, et j'ai dû me battre avec le médecin pour que je puisse partir en métropole, j'ai dit, je quitte, je quitte votre hôpital, je le ferai de moi-même et comme j'avais déjà l'adresse, j'avais mon kiné, je me souviendrai toujours de cette femme qui m'a dit monsieur XXX, je vous donne l'adresse où normalement tous les handicapés ont l'habitude d'aller, c'est à Garches..., elle m'a filé l'adresse, elle m'a filé le nom du médecin, ma copine m'a pris un billet, mon frère m'a accompagné, et j'ai quitté l'hôpital, j'étais obligé de quitter l'hôpital, et je suis parti seul, mon frère m'a accompagné, mais je me suis retrouvé seul à l'hôpital à Garches. »

(Marcel, 55 ans, joueur de handibasket à la KAHMA, paraplégie).

Ces différents témoignages montrent l'existence de conflits entre les personnes accidentées et le corps médical local. Ici, Emile et Marcel, à deux époques différentes, se disent obligés de « fuir » les hôpitaux guadeloupéens, avec la complicité de l'entourage, pour accéder à des établissements réputés de métropole.

Ce départ, qui implique un éloignement familial de plusieurs années en métropole, est pour la personne handicapée une nouvelle expérience qui dévoile le décalage entre les deux territoires : en termes d'accessibilité et d'application des droits.

« ...il faut aussi comprendre que pratiquement toutes les prestations qui ont été votées en hexagone, ont été mises en place avec beaucoup de retard [en Guadeloupe]. Par exemple, l'allocation compensatrice, il faut savoir qu'elle date de 75[en métropole], elle a été mise en place en 88 [en Guadeloupe].»

(Edmond, 48 ans, Président de Soleil Kléré Nou de 1986 à 1990, tétraplégie).

Cette vie en métropole est aussi un moyen de dépasser son handicap, ce qui selon les personnes, aurait été impossible si elles étaient restées en Guadeloupe :

« [...] j'ai voulu leur montrer aussi, la manière de faire, aller faire des courses, aller chez le coiffeur, au marché, j'ai voulu vivre comme avant et donc dans l'association y'a beaucoup de progrès. Il faut dire que j'avais vécu en France, y'avait aussi de ça, j'avais vécu dans les grands boulevards, je voyais que, là-bas les psychologues m'avaient boosté hein ! Donc par rapport à la personne qui vient de débiter, j'étais un peu enseignante. Donc quand j'ai eu mon accident, on allait m'enfermer comme un balai, même quand je suis rentrée en Guadeloupe, au contraire, faut aller se baigner, faut aller à la plage, se mettre en maillot, le corps ne pouvait pas heu, je n'avais aucune barrière. »

(Marie, 56 ans, Présidente de la KHAMA de 1988 à 1990, tétraplégie).

5. Conclusion

Dans cette partie, nous avons esquissé les conditions sociales antérieures à notre période d'étude (1980 à nos jours), afin que le lecteur puisse s'appuyer, même succinctement, sur une toile de fond. En l'absence de travaux scientifiques sur le sujet, et bien que cela ne représente pas l'objet central de notre étude, il semblait toutefois important de proposer ce point de départ pour situer quelques aspects de l'histoire de l'espace social, économique et

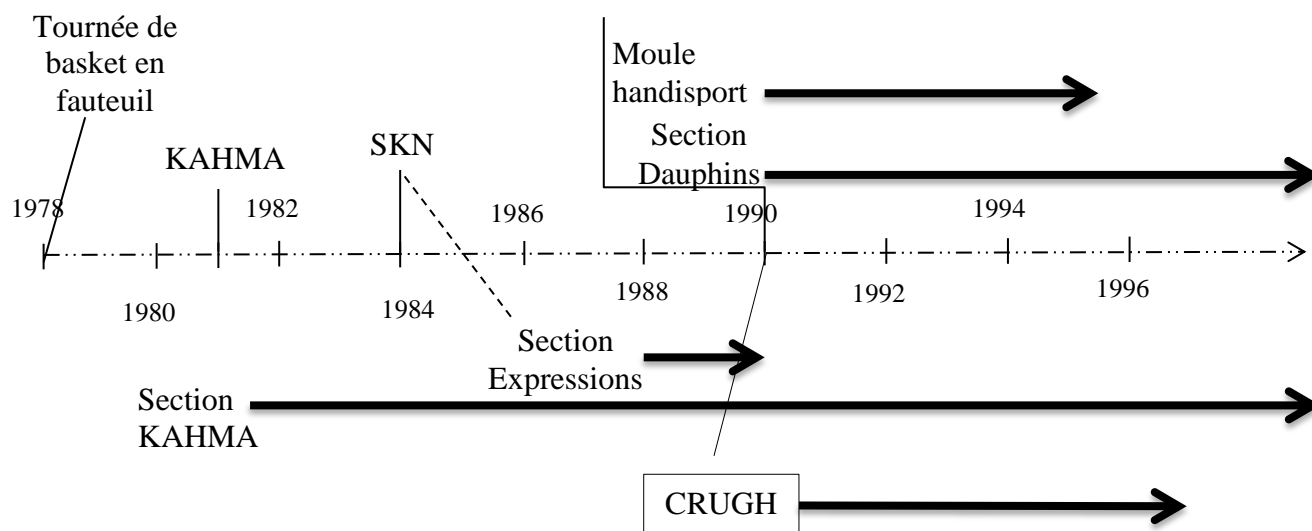
culturel dans lequel ont grandi et ont évolué une partie des acteurs que nous avons rencontrés et interviewés.

A l'inverse de ce qui s'est passé en métropole au début du XXème siècle, la question du handicap semble très peu investie par le secteur associatif et encore moins par les autorités institutionnelles. Nous ne trouvons aucune trace d'éventuels mouvements d'invalides de guerre 1914/1918, d'infirmités civiles ou de maladies chroniques comme ceux que l'on peut observer dans l'hexagone dans le champ de l'action publique pendant l'entre-deux guerres (Stiker, 2005 ; Barral et al., 2000). Même si la santé et l'éducation ont connu des progrès remarquables dans la première moitié du XXème siècle, les évolutions (notamment structurelles) sont restées timides. La société rurale qui compose la grande partie de la société guadeloupéenne n'a que très peu profité de l'ensemble de ces avancées. Les hôpitaux sont centralisés dans les deux villes principales, Basse-Terre et Pointe-à-Pitre, et les moyens de communication ne sont pas encore étendus à toute l'île (Boutin, *op.cit.*).

Si la départementalisation de 1946 est considérée comme le point de départ de l'évolution de la protection sociale dans la société guadeloupéenne (François-Lubin, 1996), les difficultés restent encore présentes dans leur globalité. Il faut attendre les années 1960 avec l'initiative de certains parents et de médecins locaux pour observer des actions visant à parer au confinement des enfants handicapés au sein des familles, à leur enfermement dans les asiles psychiatriques ou à leurs placements dans des instituts en métropole. A vocation occupationnelle au départ, sans véritables structures, ces premières formes de mobilisations collectives vont s'organiser progressivement sous la pression de la législation. A partir des années 1970, vont se structurer les premiers établissements d'accueil gérés par des médecins et les premiers éducateurs spécialisés formés en métropole.

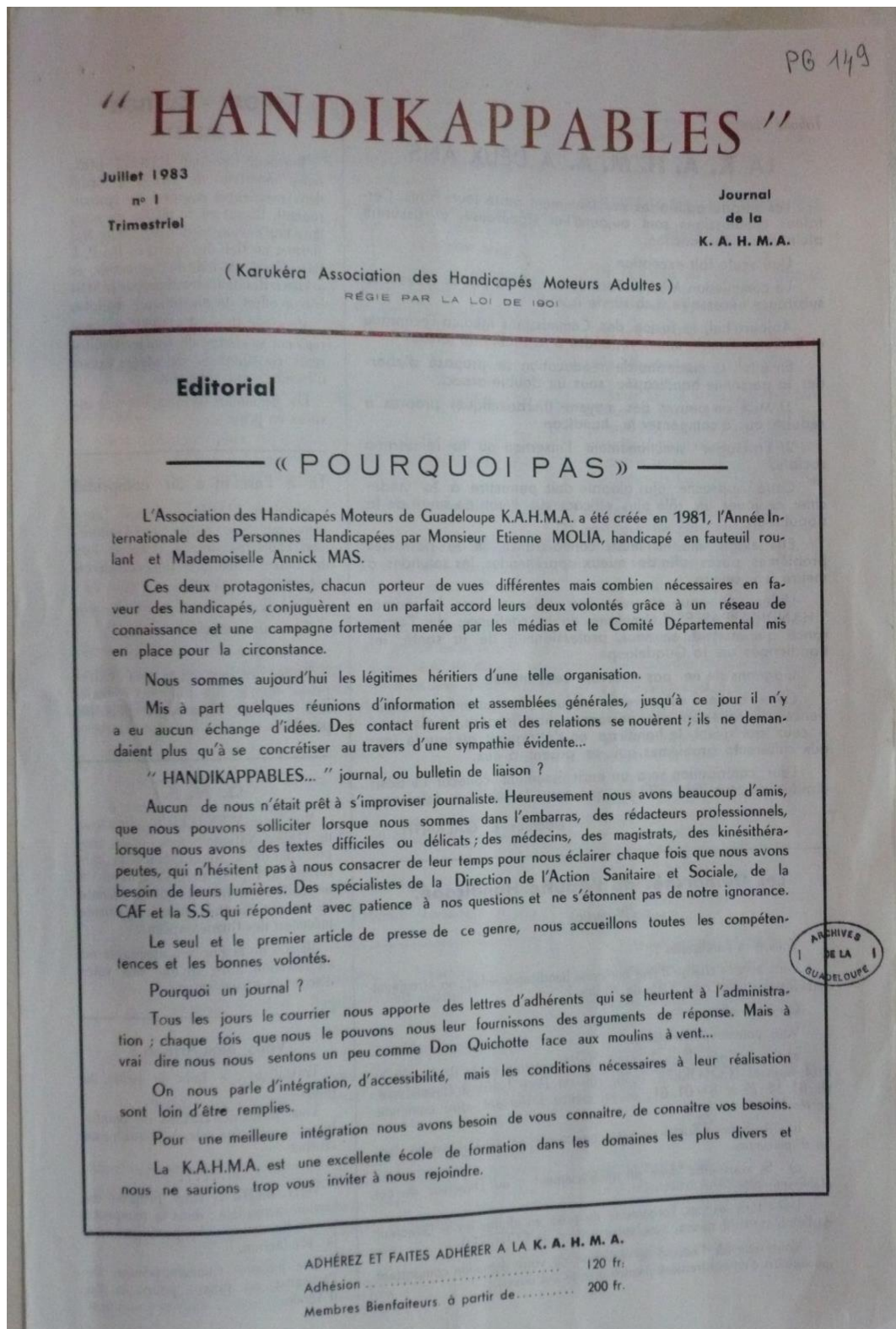
A travers ce processus historique, caractéristique de la politique coloniale et de sa « non-maîtrise du quotidien » (Glissant, 1981 : 113), il apparaît que le rapport local/national oriente la structuration de la prise en charge du handicap en Guadeloupe. Par exemple, les travailleurs sociaux, que nous avons interviewés, voient dans le développement de structures en milieu ouvert, un mode de prise en charge du handicap plus adapté à la culture guadeloupéenne. Au final, ce sont les modèles nationaux qui seront importés. Cette logique d'institutionnalisation du handicap consolidée par la loi d'orientation de 1975 (Stiker, 1995 ; Winance 2004, 2010), s'oppose aux conditions locales guadeloupéennes tournées vers la solidarité de proximité (Attias-Donfut, 1997 ; Lanoir L'Etang, 2005). Cette « assimilation » au modèle métropolitain passe par la volonté des fonctionnaires, des institutionnels mais aussi des parents qui veulent voir se développer les mêmes structures qu'en métropole.

II. 1978-2000 Genèse du mouvement collectif « autogéré » des personnes ayant des incapacités motrices en Guadeloupe



C'est dans cette configuration que la première mobilisation collective de personnes en fauteuil roulant débute. Créée en Juillet 1981, cette association, destinée au départ à devenir une association sportive de personnes ayant des incapacités motrices, deviendra en réalité une association « militante » pour les droits des personnes handicapées en Guadeloupe. Une véritable émulation va se développer autour de cette association qui s'investit dans un domaine en friche. Au-delà des personnes handicapées et de leur famille, ce sont aussi de nombreux responsables administratifs publics et des notables qui vont adhérer à ce mouvement.

1. L'organisation de l'association de la Karukera Association des Handicapés Moteurs Adultes



Après deux années d'existence, l'association de la KAHMA publie la première revue créée par et pour les personnes handicapées vivant en Guadeloupe⁵⁶. Comme pour fêter les deux ans de la création de l'association, la première parution date de juillet 1983. L'éditorial de ce numéro est l'occasion, pour l'une des responsables de l'association, d'exposer les conditions de la structuration de la KAHMA. Cet article est une source de données riches en ce qui concerne le recensement des acteurs qui ont participé à ce mouvement. Ainsi, l'association de la KAHMA est un regroupement de personnes atteintes de déficiences motrices. Elle a été initiée par deux acteurs, qui bénéficient d'un soutien appréciable et conséquent issu d'un réseau constitué de proches et de professionnels du secteur médical et social. Certains d'entre eux vont même exercer des responsabilités administratives au sein de ces organisations de personnes handicapées. L'analyse de la constitution de cette association et de son organisation est un outil de compréhension des enjeux stratégiques de la mobilisation de personnes en fauteuil roulant.

1.1 Les « fondateurs »

Les deux « *protagonistes* », pour utiliser les termes de l'éditorialiste de la revue *Handikappables*, sont les fondateurs de l'association de la KAHMA. Chacun d'entre eux connaît une trajectoire particulière à l'origine de son engagement bénévole. Celui-ci n'est pas le simple fait de vouloir être utile pour les autres mais se construit par la socialisation de chacun, notamment au cours des trajectoires familiales. Ainsi, l'analyse du parcours de vie des acteurs, et par là même, des conditions sociales dans lesquelles ils ont évolué, semble nécessaire à une meilleure compréhension des logiques individuelles qui vont les amener à se rencontrer et à se mobiliser en faveur des personnes en fauteuil roulant. Logiques

⁵⁶ Revue *Handikappables*, première parution en juillet 1983.

individuelles qui elles-mêmes pourront nous renseigner sur les logiques sous-jacentes à la création de l'association.

1.2 L'engagement bénévole d'Angèle : une continuité biographique ?

L'idée originelle même de la KAHMA est attribuée à Angèle, alors âgée de 24 ans en 1981. Elle occupe à cette époque un poste à la Caisse Générale de la Sécurité Sociale et suit parallèlement des études de gestion et de comptabilité à l'Université des Antilles et de la Guyane en Guadeloupe, en cours du soir.

Elle n'est pas handicapée mais est sensibilisée dès l'âge de 14 ans à la question du handicap, par l'intermédiaire de son frère aîné, Yannick, devenu paraplégique suite à un accident de la route, en 1968. Elle voit ce dernier, tout juste majeur, s'envoler pour la métropole afin de rejoindre le centre de rééducation de Fontainebleau, en région parisienne. Ce départ, qui donne un exemple des conditions de circulation des personnes handicapées entre la Guadeloupe et la métropole, est décrit par Angèle comme une lourde épreuve. Au handicap, s'ajoute une séparation familiale souvent durable, surtout lorsque comme Yannick « *on n'avait pas de famille en métropole* » selon Angèle, sa sœur cadette. Néanmoins, cet isolement sera l'occasion pour lui de se construire une « seconde famille » au sein du centre de Fontainebleau. Pendant sa rééducation, entre 1969 et 1971, il s'investit pleinement dans le monde du Handisport métropolitain, et particulièrement dans la pratique du basket en fauteuil roulant, puis s'installe dans la ville de Toulouse où il dirige un club Handisport depuis 1978.

La sensibilisation d'Angèle sur le sort des personnes handicapées en Guadeloupe est en outre renforcée trois ans plus tard, à travers les liens amicaux qu'elle entretient avec une « *copine* » du même âge qu'elle et atteinte de la poliomyélite. Cette maladie fit des ravages

dans le monde entier et plus particulièrement dans les pays tropicaux et subtropicaux entre les années 1940 et 1950. En France, on comptabilise plus de 4500⁵⁷ nouveaux cas par an en 1950, et ce sont d'ailleurs les premiers « polios » qui vont contribuer au développement de la médecine de rééducation en France, avec notamment la création du centre hospitalier de rééducation fonctionnelle de Garches en 1949⁵⁸ (Grossiord, 1981 ; Maury, 1996).

L'amie d'Angèle vient juste de revenir en Guadeloupe après avoir vécu plusieurs années à l'hôpital des enfants à Garches, en région parisienne. Adaptée à la vie métropolitaine, son amie supporte difficilement la « *mentalité antillaise* », selon Angèle, et décide d'affronter une société où la personne atteinte d'un handicap est plutôt amenée à rester « *discrète* ». En 1972, au terme d'une relation amoureuse avec un immigré, elle donne naissance à un petit garçon. De condition sociale très modeste, son père est pêcheur, elle est placée sous tutelle de l'Etat, et est menacée par les services sociaux d'un retrait de la garde de son enfant, évoquant son incapacité financière et fonctionnelle à pouvoir l'élever seule. Alertée par cette situation, Angèle se propose de devenir la « marraine » du nouveau-né et fait ainsi intervenir un principe de solidarité et d'entraide de proximité couramment observé dans la société guadeloupéenne (Lanoir L'Etang, *op.cit.*). En effet, pour des causes diverses dont la maladie, les mères antillaises peuvent être amenées à faire don de leur enfant à une « marraine » (*Ibid.*). La mère de « substitution » devra alors le prendre en charge à son domicile et veiller à son éducation. Toutefois, si cela se faisait traditionnellement autrefois, la modernisation des institutions en Guadeloupe, inscrite dans le processus de départementalisation, ne permet plus ces comportements spontanés. Dès lors, à la demande d'Angèle, les parents de cette dernière, tous deux « *assimilés fonctionnaires* » en tant qu'employés à la Caisse Régionale de Sécurité Sociale (CGSS), acceptent de se déclarer

⁵⁷ Nous ne savons malheureusement pas si ce chiffre comprend les futurs départements d'Outre-mer et si oui, combien de nouveaux cas ont été décomptés en Guadeloupe.

⁵⁸ Après sa création, l'hôpital de Garches sera le premier centre national de traitement de la poliomyélite à partir de 1949.

comme tuteurs du jeune garçon. Ainsi, la jeune Angèle, à peine âgée d'une vingtaine d'années, prendra en charge l'enfant de son amie jusqu'à sa majorité.

A travers ces deux expériences, Angèle prend conscience des conditions d'existence des personnes vivant une situation de handicap en Guadeloupe : un manque de moyens de prise en charge au niveau local pousse les personnes handicapées à s'exiler en métropole, souvent sans famille, et, un contrôle social important limite les personnes ayant des incapacités fonctionnelles dans leur accès à « *une vie normale comme tout le monde* ». Au final, l'incapacité pour ces dernières à pouvoir dépasser les insuffisances et les regards négatifs les conduisent le plus souvent à décider de rester vivre en métropole.

En 1979, Angèle retrace son séjour effectué avec son frère qui « *a adopté la ville de Toulouse et qui a créé une association de basket en fauteuil roulant* ». Une expérience qui va transformer ses représentations à l'égard des personnes dites « handicapées ». C'est la « *première fois que je me retrouvais avec des jeunes handicapés* », des « *sportifs* » qui « *quand tu lui dis, je vais te déplacer, il s'énervait, il faut pas toucher à son fauteuil, il se démerde (...)* ». C'est « *l'indépendance des handicapés de Toulouse* » et les propos de son frère disant « *je ne viendrai jamais vivre en Guadeloupe, parce que je suis indépendant, je suis libre quand je suis là-bas [à Toulouse], je fais toutes mes affaires* » qui motive Angèle dans son projet de création d'une association à l'attention des personnes handicapées où « *ce sont des handicapés qui sont responsables et qui font des choses* ». A son retour, « *avec son idée sport* », elle entame une « *prospection* » pour trouver des personnes handicapées susceptibles de l'aider à mettre en place un club Handisport en Guadeloupe.

1.3 L'engagement d'Angèle : une logique de solidarité familiale ?

A travers l'analyse de ce parcours, on peut identifier une logique associative qui prend naissance au travers du principe de solidarité familiale et sociale façonné par le vécu culturel propre à la Guadeloupe (Lanoir L'Etang, *op.cit.*). Le lien social familial et/ou de voisinage proche s'exprime à travers les échanges de services mais aussi dans les moments difficiles. L'adoption du fils de son amie handicapée, avec le consentement et le soutien de sa famille, rappelle que « l'entraide familiale repose sur l'obligation qui interdit d'abandonner un proche » (*Ibid.* : 165). L'engagement d'Angèle prend ensuite réellement forme à partir de l'expérience du handicap de son frère. Elle s'investit pour lui, afin de lui permettre de revenir un jour en Guadeloupe. Elle veut créer une association comme celle que son frère a mise en place à Toulouse, et dans laquelle le sport est l'objet principal. Plus encore, une association dans laquelle il pourra retrouver, dit-elle, la « *mentalité des handicapés de Toulouse* ».

Son engagement bénévole dans le milieu associatif, et professionnel au sein de la CGSS, semble fortement déterminé par une socialisation imprégnée de l'éducation familiale apportée par des parents fonctionnaires de la CGSS. Cependant, le modèle associatif et sportif développé par son frère, qui vit en métropole et qui s'inscrit dans le sport de haut-niveau des personnes handicapées, va transformer une approche traditionnelle de prise en charge basée sur le principe de la charité. En cherchant à s'associer avec des personnes en fauteuil vivant en Guadeloupe pour tenter de reproduire le modèle « toulousain », Angèle développe, inconsciemment peut-être, la première forme d'association auto-organisée en Guadeloupe

Au début du projet, elle va tisser des liens grâce à un réseau d'interconnaissances. Dans un premier temps, elle fait la rencontre d'Emile, 35 ans, paraplégique, gérant d'un restaurant, le « Mamitou », situé dans la ville touristique du Gosier.

En 1979, Emile est présenté à Angèle par un ami, étudiant à l'Université avec elle, qui en a entendu parler grâce à ses interventions lors d'une émission diffusée sur l'antenne de radio Guadeloupe. Cette émission à vocation sociale, présentée par Jacqueline Maussion, avait pour sujet le handicap. C'était une première en Guadeloupe. Emile fut sollicité afin de témoigner de son expérience, d'informer et de sensibiliser la population sur la question du handicap en Guadeloupe.

1.4 Emile : un engagement inscrit dans une logique de re-définition « exceptionnelle » de soi

Emile est né en 1946, dans une campagne guadeloupéenne qui s'ouvre petit à petit à l'idée de la départementalisation. Sa famille, d'origine très modeste, vit au rythme de la ruralité. Son père subvient aux besoins familiaux grâce à l'économie agro-sucrière et à sa débrouillardise. Il possède un petit cheptel bovin dont la viande est revendue aux quelques voisins sous le manguier⁵⁹. Sa mère, quant à elle, est livreuse de lait, et s'occupe surtout d'une fratrie de 9 enfants dont il est le sixième. Toutes les activités tournent autour de la maison familiale (aide à la maison, entretien de l'élevage, récolte du lait), de l'école (9 kms à pied) et de la commune (essentiellement tournée vers la mer). Il se souvient d'une éducation rurale qui lui permet de jouir d'une « *grande liberté* ».

En 1958, il devient paraplégique suite à une chute d'un arbre en rentrant de l'école. Il est emmené au seul centre hospitalier de cette partie de l'île, l'Hôpital Général de Pointe-à-Pitre, où il passera deux années de calvaire.

A l'âge de quatorze ans, grâce à la complicité d'un jeune interne « expatrié » et d'un réseau familial (l'une de ses tantes était mariée avec un médecin de l'hôpital), il sera

⁵⁹ Expression locale pour désigner la méthode d'abattage et de revente de la viande de façon communautaire.

finalement transféré à l'hôpital de Garches où il sera suivi par le professeur Robert Judet, chef du service de chirurgie, et un des pères de la chirurgie orthopédique moderne. Créé en 1936, Garches devenu le Centre National du traitement des séquelles de la poliomyélite en 1949, est un établissement reconnu grâce à son activité pluridisciplinaire qui fait de lui une référence dans le domaine de la rééducation fonctionnelle, à partir des années 1960, notamment chez les enfants. Autour de l'activité de soins, le centre hospitalier assure une mission d'enseignement scolaire et d'éducation physique.

Emile restera deux ans à Garches, où parallèlement à ses nombreuses interventions chirurgicales, dont l'une des premières arthroplasties réalisée par le professeur Robert Judet, il bénéficie du programme de suivi scolaire. Il ne pratique que très peu d'activités physiques à cause des corsets en plâtre qui le contraignent, mais nous pouvons imaginer qu'il s'imprègne d'un discours sportif dont il se fera le promoteur plus tard en Guadeloupe.

En 1962, après deux années d'interventions chirurgicales et de rééducation, Emile rentre en Guadeloupe. Alors âgé de 16 ans, il ne peut retourner à l'école, faute d'accessibilité des locaux scolaires et des transports. Il passe ses journées dans l'enceinte de la maison familiale, où il bénéficie selon lui d'un soutien familial « *exceptionnel* » :

*« Moi je vous dis, j'ai eu une chance exceptionnelle(...) j'avais le soutien de **la famille**. J'ai eu **mes parents**, superbes, merveilleux, mes parents m'ont vraiment aidé. **Ma sœur** qui s'est **sacrifiée** pour rester avec [moi], et qui pour ainsi dire n'a jamais travaillé, [combien] elle avait ? 26 ans quand elle a laissé le travail, mais **elle devait s'occuper de moi**, [car] y'avait pas d'allocation... l'allocation compensatrice, l'allocation adulte handicapé, **y'avait rien comme ressources**. Et je ne pouvais pas rester tout seul handicapé avec un fauteuil dans une maison, donc **il a fallu que quelqu'un accepte de se sacrifier** ».*

Cet exemple de « sacrifice » illustre une forme de prise en charge des personnes handicapées dans les années 1960 en Guadeloupe. L'absence de structures adaptées ou accessibles permettant un suivi thérapeutique ou la simple scolarisation, et d'un système de protection sociale assurant les personnes vivant des situations de handicap⁶⁰, contraint les familles à se débrouiller par elles-mêmes.

Emile, fortement handicapé, n'arrive à se déplacer que très difficilement avec un « *fauteuil roulant avec deux roues en avant comme ça qu'on poussait et une petit roue en arrière* ». Une autonomie relative lui sera autorisée au bout d'un an, lorsque la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) lui fournit un fauteuil plus maniable. L'absence d'autonomie due à l'absence de possibilité de déplacements produit un confinement « forcé » dans l'enceinte du domicile familial. Cet état de fait soulève la problématique du « handicapé caché » souvent relevé dans les discours. Finalement, dans le cas d'Emile, cet « enfermement » est la conséquence de la précarité sociale dans laquelle se trouve sa famille, de l'absence de couverture sociale, d'accessibilité environnementale et de l'impossibilité d'accéder à l'autonomie de déplacement.

A 20 ans, soit huit ans après son accident, ses parents lui achètent un fauteuil appartenant à un ancien combattant, un « *tricycle* », qui vaut près de « *quinze mille francs* » à l'époque. Ce nouveau fauteuil est une libération car il lui permet pour la première fois de « *sortir de la maison* ». Il retrouve alors une mobilité et va manifester une solide volonté de retrouver une place sociale longtemps interdite. « *Avec ses amis* », il va alors « *partout en Guadeloupe* », aux fêtes de quartier, aux compétitions sportives notamment celles de cyclisme où un de ses cousins est une star locale⁶¹ et qui attirent énormément de spectateurs. A travers ces sorties, il cherche à se reconstruire. Cette redéfinition de soi va surtout se manifester par

⁶⁰ L'allocation adulte handicapé est perçue en Guadeloupe, comme dans l'hexagone, en 1975 et l'allocation compensatrice ne sera perçue qu'à partir de 1992.

⁶¹ Un de ses cousins est une figure locale du cyclisme entre 1965 et 1970, période extrêmement populaire concernant cette discipline en Guadeloupe.

une participation active à la vie de son quartier et plus particulièrement à travers un engagement bénévole dans le milieu associatif en direction de la jeunesse et de la solidarité.

En 1968, il participe à la création de « l'Union des Jeunes de Pliane » (UJP). Cette association a pour objet de développer des activités culturelles telles que le théâtre, la danse folklorique, ou la poésie. Elle fonctionne comme un foyer rural où les jeunes peuvent se retrouver, se cultiver et participer à la vie du quartier. Emile s'investit pleinement dans cette action et exerce des responsabilités associatives diverses. Ce sentiment le poussera à s'investir dans d'autres créations d'associations dirigées vers les jeunes, dans des quartiers voisins, telles que les associations : « le Gommier » en 1975, « le Grain d'Or » en 1977 et « le Concorde 2 » en 1979. Ces associations ont toutes le même projet : développer la cohésion sociale auprès des jeunes à travers des activités culturelles et sociales.

1.5 Une figure d'exception : « se battre » pour devenir « égal aux valides »

Les premières responsabilités associatives d'Emile, en direction de la jeunesse, nous interpellent sur le sens de cet investissement. L'engagement bénévole en milieu associatif des personnes vivant avec un handicap peut prendre plusieurs formes et avoir différentes significations en fonction des objectifs recherchés. Lors de son travail sur l'engagement sportif des personnes vivant en fauteuil roulant, Anne Marcellini (2005) observe que certains sujets s'investissent dans des activités bénévoles, pas uniquement sportives, qui sont soutenues par une « valence sociale nette » (p.130), l'aide et le soutien aux personnes en difficultés étant le champ de cet investissement. Anne Marcellini analyse l'origine de ces engagements à travers divers principes : celui de rendre « aux autres » ou à la société ce qu'ils ont « reçu », celui de développer des relations avec l'extérieur et celui de trouver une substitution au travail (p.132-138). Dans le cas d'Emile, au regard de son histoire, son

engagement s'inscrit, dans un premier temps, dans une recherche de contact avec l'extérieur. Sa longue période d'enfermement « forcé » dans la maison familiale en est sûrement le ferment. Ce cloisonnement, l'absence de lieu de « re-définition de soi entre pairs » en Guadeloupe (centres de rééducations, associations) (*Ibid.*) et l'inefficacité des institutions sociales récemment installées sur l'île peuvent expliquer que son engagement n'ait pas pour objectif principal de « rendre » (Godbout et Caillé, 1992 : 108).

Son engagement pour les jeunes a pour but de « re-trouver » une place et une utilité sociale. Chez Emile cette volonté de « se rendre utile » passe par une responsabilité organisationnelle au sein du secteur associatif. Il se positionne en tant que « donneur » dans une perspective de « surcompenser » son handicap :

*« Et maintenant j'ai remarqué que **la jeunesse** avait beaucoup plus **besoin de moi** (...) C'est moi qui ai fait monter cette maison des jeunes (...) Et quand j'ai remarqué que les jeunes avaient **besoin de moi**, j'ai commencé à écrire des poèmes et des pièces de théâtre, qu'ils jouaient dans la maison des jeunes. Mais **cette jeunesse-là était émerveillée** puis se regroupait et là on faisait tout le temps du théâtre, de la danse... folklorique, de la poésie. Et quand j'ai vu que ça pouvait marcher, **je leur servais, à ces jeunes, de bibliothèque ambulante.** (...) je ramenait les livres dans les mains de ceux qui étaient mes amis d'autrefois parce que j'avais que 16-17 ans, et que **eux ils lisaient et je récupérais** après qu'ils aient terminé le livre et **je les passais de maison en maison** (...) **j'ai créé** (...) une association qui **permettait à la jeunesse de se regrouper** quand ils avaient besoin d'organiser quelque chose. (...) Ouais ! Toujours **des jeunes** ! je m'occupais **que des jeunes.** »*

Cette logique stratégique affiche une volonté d'adopter une figure d'« exception » qui « conduit à se différencier aussi bien des valides (ici les jeunes) que des autres personnes handicapées pour se centrer sur sa propre singularité, son originalité, en valorisant une

trajectoire individuelle d'intégration réussie (*Ibid.* : 67). De cette façon, Emile cherche à « surmonter son handicap » afin de générer une « sur-évaluation systématique » de l'environnement social envers sa personne (Ravaud et Ville, 1985). Emile se définit comme « un battant », quelqu'un qui « *fait ce qu'il veut et va où il veut* », qui cherche à « *s'imposer* » et à « *surprendre* ». Cette volonté farouche s'exprime à travers une compétition continue contre les valides :

« Je faisais tout ce qui y'a à faire et j'ai même participé dans toutes les courses de solex et de mobylette avec mon tricycle. Parce que j'avais fait une modification et j'avais installé en bas, un moteur de Testi trois vitesses, ça roulait à 104-135[km/h]. J'étais sûr de les battre [les valides]. Mais comme eux, ils voulaient toujours me battre alors ils disaient à l'autre.... Je leur faisais voir hein ! Donc j'ai tout fait dans ma vie. J'ai fréquenté toutes les femmes qui m'ont plu (...) ça me plaisait de démontrer que je pouvais la faire sortir malgré mon handicap. C'est ce qui surprenait tout le monde ! »

Emile, à travers son « combat » pour être égal voire supérieur aux « valides », met clairement en place des attitudes et des stratégies pour « surmonter son handicap » (*Ibid.*). De la sorte, il cherche à correspondre à une identité sociale positive qui favorise son intégration dans la société. Par exemple, « celui qui aime montrer qu'il peut sortir avec des femmes valides », comme le présente Emile, est particulièrement remarquable dans la société guadeloupéenne où la sexualité est un espace de valorisation et de réputation personnelle (Giraud, 1999 ; Mulot, 2005).

Outre un rapprochement aux normes de « validité », l'engagement bénévole d'Emile est aussi une manière de « prouver » aux autres telle une revanche sur la vie. Son investissement en direction des jeunes est un pied de nez aux représentations de dépendance et d'inactivité associées aux personnes dites « handicapées » : « *ils ont plus besoin de moi que moi j'ai*

besoin d'eux ». Par ses actions associatives, Emile s'est construit une identité d'« actif » et refuse toute aide extérieure. Ainsi, il dit ne pas avoir voulu percevoir d'allocation et s'être toujours débrouillé pour subvenir à ses besoins. Il fait du commerce ambulancier avec sa voiture. A la fin des années 1970, lorsqu'Angèle le rencontre pour la première fois, Emile vit en couple, s'occupe de la gestion du restaurant familial, le « Mamitou », et anime de temps en temps des émissions de radio sur le thème du handicap.

Cette exposition médiatique n'est pas à son initiative mais à celle d'une journaliste, Jacqueline Maussion⁶², de la principale radio de l'île, Radio Guadeloupe. Il présente cette sollicitation comme le fruit de son engagement et de la renommée qu'il s'est construite grâce à son « combat ». Avant sa rencontre avec Angèle, ses interventions médiatiques marquent le début de son engagement en direction des personnes handicapées.

*« (...) beaucoup de personnes handicapées appelaient pour se renseigner sur les droits qu'ils avaient et **qui ne fonctionnaient pas**. On faisait des recherches, moi aussi je faisais des recherches pour les aider. A ce moment-là... l'idée est venue qu'il fallait mettre quelque chose en place (...) »*

1.6 La KAHMA : une logique associative « pour autrui » ou « auto-organisée » ?

D'une volonté d'initier le mouvement sportif des personnes handicapées physiques en Guadeloupe va jaillir la structuration d'un mouvement collectif de personnes handicapées physiques avec des objectifs beaucoup plus larges, notamment dans le domaine social.

⁶² Jacqueline Maussion, décédée dans les années 1990, était une journaliste très « populaire » en Guadeloupe. Elle animait des émissions radios dans un premier temps puis à la télévision par la suite, autour de thématiques sociales et culturelles.

A travers ces deux parcours de vie présentant des trajectoires différentes et singulières pour chacun des acteurs, on peut conclure à des logiques de mobilisation diverses. Ces logiques « sous-jacentes » vont néanmoins se fondre dans une logique « principale » pour souscrire à la création de la première association de personnes en fauteuil roulant en Guadeloupe. Ces logiques « sous-jacentes » dépendent, dans un premier temps, de la présence ou non d'un handicap. Si l'engagement associatif d'Emile prend la direction, au premier abord, d'une organisation de personnes ayant des incapacités motrices, celui d'Angèle trouve ses origines dans une configuration de solidarité de proximité puis familiale.

L'engagement d'Angèle se construit à travers son frère et la pratique sportive dans un premier temps. Son action se présente comme une réponse à la situation précaire des personnes ayant des incapacités en Guadeloupe. Le sport est défini ici comme un moyen d'accéder à une visibilité sociale pour déconstruire les représentations sociales négatives qui sont monnaie courante en Guadeloupe :

« Moi je venais avec l'idée sport, l'idée de montrer ce qu'un handicapé est capable de faire (...) pour [faire] voir que c'est quelqu'un de normal, et de ne pas avoir de pitié pour eux (...) »

La posture d'Angèle est donc de produire une action en vue d'améliorer la situation des personnes vivant des situations de handicap en Guadeloupe. Elle se positionne ainsi dans un mode d'organisation « pour autrui » (Laville et Sainsaulieu, *op.cit.*), c'est-à-dire dirigé vers un groupe de bénéficiaires dont elle ne fait pas partie, les personnes ayant des incapacités fonctionnelles.

La logique d'Emile est tout autre. On peut dire, d'un point de vue objectif, qu'il se confond avec le groupe de bénéficiaires pour lequel il se mobilise. Dans le cas où il est à l'origine de la création de l'association, nous sommes dans un mode d'« auto-organisation »

(*Ibid.*). Toutefois, l'analyse du discours de ce dernier laisse symboliquement penser qu'il se positionne dans un engagement bénévole de donneur et s'exclut de ce fait du groupe de personnes handicapées qui sera bénéficiaire : « *j'ai créé la KHAMA en 1980. Je me suis mis à plus m'occuper des jeunes mais à m'occuper des handicapés* ».

Emile pointe la distance qu'il y a entre lui et «les personnes handicapées» en mettant en avant une identité exceptionnelle acquise au cours de son engagement en direction des jeunes. Ainsi, il s'engage bénévolement pour fournir aux «jeunes» puis aux «handicapés» les moyens de s'émanciper. Emile déconstruit son statut de «handicapé» par rapport aux «valides» en s'engageant pour les autres (Marcellini, *op.cit.*). Il agit ici dans une logique identitaire de surcompensation du handicap.

En réalité, lorsqu'on analyse la constitution de l'association de la KAHMA, on distingue, au départ, avec la présence d'Angèle, un mode de formation associative avec une logique «pour autrui» tournée vers une pratique sportive envisagée comme «normalisante». Par la suite, la présence de personnes ayant des «*problèmes de corps*» est provoquée par Angèle afin de créer une association où «*ce sont les handicapés qui sont responsables*», d'où la présence d'Emile, qui transforme de fait le mode de formation initiale. Nous nous trouvons alors dans une forme d'organisation «mixte» car les deux «fondateurs» n'appartiennent pas au groupe de bénéficiaires. Se dirige-t-on alors vers une forme d'assistantat ou au contraire vers une recherche de «responsabilisation» des personnes ayant des incapacités motrices ?

2. Une recherche de visibilité par le sport

En 1979, la mise en place d'une tournée de basket en fauteuil médiatisée va précéder l'engagement collectif de personnes en fauteuil roulant, en association avec des valides. Ce projet, à l'initiative d'Angèle et de son frère Yannick, a pour objectif d'organiser la venue d'une sélection de joueurs de basket en fauteuil de haut-niveau en Guadeloupe. Pendant une quinzaine de jours, la « *sélection* » va se produire à travers toute la Guadeloupe. C'est aussi pour les futurs fondateurs de la KAHMA l'occasion de mobiliser un certain nombre d'acteurs locaux afin de poser les bases de la première mobilisation collective de personnes en fauteuil roulant en Guadeloupe.

La sélection de l'équipe de Handibasket est composée de joueurs du Toulouse Invalides Club (TIC) mais aussi de certains cadres de l'équipe de France. La présence du premier Conseiller Technique Fédéral de Handibasket, Monsieur Robert Perri, montre les liens forts dont Yannick dispose avec la Fédération Française Handisport, récemment fondée en 1977 (Villoing et *al.*, à paraître)⁶³.

Au niveau local, Angèle et Emile sollicitent des responsables politiques locaux, des organisations sociales et des entreprises privées. Le Conseil Régional est sollicité pour le financement de la tournée et les maires des villes de Pointe-à-Pitre, de Basse-Terre et de Saint-François sont contactés afin de mettre à disposition les équipements sportifs municipaux. L'hébergement de l'équipe est prévu au sein d'une structure de formation et d'hébergement pour jeunes en difficultés dirigée par des religieuses dans la ville du Moule en

⁶³ La première Fédération Sportive des Handicapés Physiques de France (FSHPF) est constituée en 1963. Elle est en réalité l'émanation de l'Amicale Sportive des Mutilés de France créée en 1954 par des Philippe Berthe. A partir de 1972, des conflits organisationnels génèrent une scission du mouvement avec la création d'une deuxième organisation parallèle à la première : la Fédération Française Omnisport des Handicapés Physiques (FFHOP). L'actuelle Fédération Française Handisport est née de la réunification de ces deux mouvements. Cf Ruffié S. et Ferez S. (2013). *Corps, Sport et handicap. L'institutionnalisation du mouvement handisport*. Paris, Téraèdre, Tome 1.

Grande-Terre. Enfin, la compagnie d'aviation, Air France, certainement sollicitée par l'intermédiaire du réseau politique et fédéral, met à disposition des billets d'avions.

Le choix et l'impact d'une tournée de basket en fauteuil en Guadeloupe permet d'analyser l'objet du sport chez un acteur comme Yannick ainsi que l'utilisation de celui-ci chez les personnes dites « handicapées » en Guadeloupe.

2.1 Yannick : le parcours singulier d'un guadeloupéen en fauteuil roulant en métropole

C'est en 1979, lorsqu'Angèle rend visite à Yannick au cours d'un séjour à Toulouse, qu'elle décide d'entamer la prospection de personnes handicapées en Guadeloupe à l'image de celui-ci : « *indépendants* », « *qui font leurs affaires* », et capables de s'investir dans un projet sportif. C'est ainsi que dans la foulée de la décision de créer l'association de la KAHMA avec Emile, elle propose d'organiser cette tournée, afin que la Guadeloupe « *voit qu'un handicapé est un homme normal* ».

Comme nous l'avons vu, ce projet prend son origine à travers Yannick, le frère aîné d'Angèle accidenté dix ans plus tôt. Après l'apparition de son handicap, la vie de Yannick va tourner autour du basket en fauteuil et du milieu associatif et sportif. Cet engagement bénévole se constitue d'abord dans le milieu de la rééducation en métropole, premier environnement social dans lequel il évolue après son accident.

Au sein du centre de Fontainebleau où il est hospitalisé en 1969, Yannick explique y pratiquer le sport d'abord comme un « *outil de rééducation* » puis comme une pratique compétitive de haut-niveau au sein du secteur associatif de l'hôpital. Le club Handisport du centre domine à cette époque la discipline du Handibasket au niveau national et européen. La majeure partie des joueurs font partie de l'équipe de France dont il deviendra aussi l'un des membres par la suite.

Après son passage à Fontainebleau, Yannick ne rentre pas en Guadeloupe mais choisit de partir dans la ville de Toulouse pour suivre une formation professionnelle. Séduit par la qualité de vie de cette ville, il s'y installera définitivement. Ayant attrapé le « *virus* » du sport de haut-niveau, il tente d'y poursuivre la pratique du basket en fauteuil. A cette période, l'Association Sportive des Handicapés Physiques de la Région Toulousaine (ASHPRT) est le seul club handisport de la région mais ne propose que du cyclisme. Il décide alors de fonder une autre association dans le but de promouvoir d'autres disciplines dans la région, entre autres le Handibasket. Pour cela, il « *fait de la prospection* », du « *porte à porte* » à l'image d'un « *commercial* », notamment auprès d'associations locales « *qui font du social* » dans le secteur du handicap. Le 26 mai 1977, il participe à la création d'un club de basket en fauteuil, le Toulouse Invalide Club (TIC) dont il devient le président et l'entraîneur. L'équipe débute dans le championnat de France en Nationale 2 en 1978/1979, qu'elle remportera en 1982.

Peu de temps après, il quitte le TIC et fonde l'Association Sportive Muret Basket Handisport (ASMBH) pour développer une deuxième section de basket en fauteuil. En 1992, l'ASMBH fusionne avec l'ASHPRT pour devenir l'Association Muret-Toulouse Handisport. Il succède alors au président fondateur de l'ASHPRT, Yves Duffort, ancien champion Handisport de cyclisme. L'objet de cette association « fusionnée » n'est pas seulement dirigé vers la pratique sportive mais vise à travers elle, la question des « *travailleurs handicapés* ». Elle a pour but de « *faciliter et développer la pratique du sport des personnes en situation de handicap afin qu'elles occupent dans le tissu social et professionnel la place à laquelle elles aspirent* »⁶⁴. La logique poursuivie ici est d'utiliser l'image du « sportif handicapé » afin de permettre une intégration sociale et professionnelle (Marcellini, 2005).

⁶⁴ <http://www.handicapdefi.com/qui-sommes-nous>

2.2 L'engagement bénévole de Yannick : Entre logique de « don » et recherche de professionnalisation

L'investissement sportif intense de Yannick est un exemple de « travail biographique » accompli par les personnes sévèrement touchées par une déficience motrice qui s'investissent dans des projets de « reconstruction identitaire positive » (Corbin et Strauss, 1988). La définition de l'équipe Handisport de Fontainebleau par Yannick comme étant une « *deuxième famille* » fait penser au terme de « deuxième naissance » utilisé par ceux qui jugent la survenue de leur handicap comme un nouveau départ dans leur vie. Ce propos renvoie surtout à un sentiment de « dette » qui va se créer envers une communauté sportive de personnes en fauteuil, « ceux qui sont passés par là », qui lui a aussi permis de se reconstruire (Ville, 2005) alors qu'il était « expatrié ».

A Toulouse, en s'occupant de jeunes handicapés, Yannick devient l'ancien qui donne de son expérience aux « *gamins* », c'est ainsi qu'il nomme les jeunes qui arrivent dans le club. Il s'investit dans des responsabilités organisationnelles (présidence, entraînement) ce qui indique un degré d'engagement bénévole important. Outre la recherche d'une utilité sociale, Yannick s'inscrit aussi dans une logique de « professionnalisation ». En effet, au regard de son parcours, il ne s'est pas engagé seulement pour le développement des pratiques sportives mais aussi en faveur de l'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap.

2.3 Le sport : une réponse aux représentations négatives du handicap en Guadeloupe ?

Au-delà, de la volonté de « rendre », une autre logique apparaît à travers les actions de Yannick. Le projet de tournée en Guadeloupe se présente, dans son discours, comme un acte

d'exposition médiatique qui met en scène un dépassement du handicap (Lachal et Combrouze, 1997). En utilisant cette stratégie, Yannick cherche à transformer l'image de la personne stigmatisée à cause de sa différence corporelle.

*«... après mon accident lorsque je suis revenu en Guadeloupe, ben j'ai un peu essuyé, essuyé des **regards négatifs**, surtout autour, heu, autour de mon habitation parce que les gens avaient heu fait un **rejet** quoi. Donc voilà, ça m'avait un petit peu, énormément touché, et du fait que je faisais déjà de l'Handisport heu du sport en métropole, donc **j'ai voulu montrer, montrer aux personnes ce qu'était capable de faire une personne en situation de handicap** quoi. »*

(Yannick, 62 ans, président du Club Handisport Muret-Toulouse, paraplégie)

On retrouve cette référence aux représentations négatives du handicap dans la société guadeloupéenne dans le discours des deux fondateurs de la KAHMA, Angèle et Emile. Les représentations négatives sont ici présentées au passé comme si elles appartenaient à une société désuète :

*« (...) **la mentalité ici, c'était de cacher le handicap**. Les gens aimaient leurs enfants handicapés, c'est pas qu'ils ne les aimaient... mais ils avaient un petit peu **honte**... **il fallait cacher**. C'était comme si **c'était une malédiction** ou je sais pas quoi, que... qui provoquait que bon... les parents ne détestaient pas les... ces enfants-là n'étaient pas malheureux... mais **étaient cachés**. »*

(Angèle, 56 ans, fondatrice de la KAHMA, valide)

Ces représentations sont fortement intégrées dans les modes de pensée des personnes atteintes de déficiences motrices. Marie, l'une des responsables nous explique

comment les personnes dites « handicapées » sont considérées dans la société antillaise en mettant en évidence ses origines culturelles africaines :

*« Les personnes handicapées étaient quelquefois **recluses**, même y'en avait qui étaient **enfermées** dans des maisons. Les parents, un petit peu même des fois, y'avait un petit peu de **maltraitance**, il faut le dire. Y'avait de la **méconnaissance du handicap**, y'avait beaucoup de choses, **notre culture est ainsi faite hein**, y'a de la **superstition** chez nous hein, souvent quand il y a un handicapé dans une famille, on est prêt à dire que c'est de la **malédiction**. Imaginez qu'un docteur, quelqu'un d'intelligent mette au monde, à l'époque hein, maintenant je pense qu'on a compris qu'une déficience ça peut arriver parce qu'on a un problème pendant la conception, mais à l'époque et **dans notre culture, c'était inimaginable que des gens instruits puissent mettre au monde quelqu'un de totalement inapte**. C'est comme **une tare**, c'est comme une malédiction qui est venue subitement frapper cette famille, pour une raison qu'on va **chercher dans le passé des ancêtres**, c'est encore un petit peu dans nos, dans nos, enfin comment vous dire ça ? De notre **héritage africain**. Si il y a un problème tel, c'est que forcément dans la famille, si c'est pas dans la famille connue, parce qu'on ne trouve pas, et ben on va remonter plus loin, on va chercher pourquoi c'est arrivé à ce petit couple qui normalement devait donner naissance à un enfant tout à fait sain de corps et d'esprit. Donc **on va les cacher pour les voisins**, la population, la société ne brise pas ce couple. Vous voyez un petit peu ? Et donc c'est pour cela que ces personnes étaient enfermées. »*

(Marie, 55 ans, présidente de la KAHMA de 1989 à 1992, tétraplégie).

Toutefois, la nécessité de « montrer que un handicapé est un homme normal » indique que ces représentations sont encore vivaces dans les modes de pensée des acteurs. La « malédiction », la « honte » se présentent comme des construits sociaux issus de l'histoire de

la Guadeloupe. Comme nous l'avons vu, la différence est soumise à un contrôle social généré par la société coloniale (Bougerol, 1985). Cependant, il ne faut pas oublier que la gestion de l'infirmité ramène aussi à la question de l'hygiène (Douglas, 1992). L'« impureté » est la plupart du temps ramenée à une sorte de « tabou » afin de s'en protéger (Stiker, *op.cit.* : 24). Ainsi, nous pourrions dire que l'utilisation du sport apparaît pour les acteurs guadeloupéens comme une activité normative et donc « normalisante » pour ceux qui habitent les marges » (Marcellini, 2003). La médiatisation de la tournée de basket en fauteuil s'affiche ici comme une demande d'intégration et de participation sociale des personnes ayant des différences fonctionnelles.

« (...) l'idée c'était de faire prendre conscience aux gens que les personnes en situation de handicap sont capables de pas mal de choses notamment de se surpasser dans l'effort sur un terrain quoi. C'était ça le but. »

(Yannick, 62 ans, président du Club Handisport Muret-Toulouse, paraplégie)

Le sport est décrit ici comme un espace d'excellence, théâtre de la réussite et de la performance (Ehrenberg, 1991). Un espace de préservation des valeurs sociales dominantes qui offre une reconnaissance et une visibilité qui rejaillit socialement. Ce processus paraît d'autant plus fort dans la société guadeloupéenne où le sport bénéficie d'une image éminemment positive (Dumont, 2001 ; Reno, 2004 ; Méphon, 2007 ; Dumont et Ruffié, 2012).

3. Le recrutement de la première vague d'acteurs de la KAHMA

Dans le prolongement de cette première « médiatisation » sportive, un réseau d'acteurs se développe autour de la future association de la KAHMA. Composée d'abord des acteurs cités auparavant, d'autres vont venir apporter leurs contributions et leurs « identités » à l'organisation associative. Dans le cas de la KAHMA, ce rapprochement prend l'allure d'un recrutement de volontaires. Par l'intermédiaire d'un réseau de connaissances, Angèle et Emile vont solliciter des personnes en fauteuil roulant, des médecins, des professionnels du secteur médical et de la réadaptation, des avocats et des responsables institutionnels.

Selon Emile, les fondateurs vont « *chercher les handicapés chez eux* » pour leur demander de participer au projet. Ils cherchent à recruter des personnes handicapées qui acceptent de se mobiliser. Les descriptions identitaires mettent en avant des individus qui sortent de l'ordinaire, c'est-à-dire qui sont en opposition avec les discours dominants sur le handicap, c'est-à-dire « *des gens qui réfléchissent (...) des personnes formidables (...) qui font des choses incroyables(...)* » et « *sans complexe* ». Ces propos caractérisent « ceux qui surmontent leur handicap » (Ville et Ravaud, *op.cit.*) et qui acceptent de se mobiliser sans avoir la crainte de s'exposer au regard des autres.

3.1 Des personnes ayant des incapacités motrices en Guadeloupe : les « pro-moteurs » d'une identité « exceptionnelle » en Guadeloupe

Nous avons pu voir à travers les différents travaux que le regroupement des personnes handicapées au sein de collectifs associatifs et/ou sportifs avait un impact positif sur les

représentations et l'identité des personnes intéressées (Ville et *al.*, 2004 ; Marcellini, 2005). En effet, les mobilisations sont davantage dues aux difficultés rencontrées dans la société qu'à la recherche d'une forme d'appartenance à une communauté. La participation sociale et l'assimilation à la société sont préférées à l'identification à un groupe particulier, car elles permettent d'accéder au statut de celui qui « surmonte son handicap ». Ainsi, pour les personnes handicapées, avoir une activité professionnelle ou fonder une famille sont les meilleures stratégies pour être valorisé en restant dans la norme (Ravaud et Ville, 1985).

Contrairement à ces analyses, le parcours biographique des premiers acteurs ayant rejoint les fondateurs de la KAHMA à sa création montre que ceux-ci avaient tous investi des stratégies d'intégration individuelle avant leur mobilisation collective. Certains d'entre eux se présentent alors comme des « moteurs » de la première auto-organisation de personnes handicapées en Guadeloupe. Leur engagement bénévole s'affirme comme un « don de soi » avec toutefois comme objectif la reprise ou le maintien d'une activité sociale ou professionnelle.

L'implication associative de Stéphane répond ainsi à la fois à sa volonté d'aider les autres et à sa stratégie de professionnalisation dans le secteur juridique. Stéphane est âgé d'à peine vingt ans lors de la création de la KAHMA et son parcours reflète une personnalité originale (voir encadré p.155). Amputé à l'âge de 17 ans, d'origine sociale modeste, il obtient avec pugnacité un diplôme d'avocat puis intègre le barreau de Pointe-à-Pitre. Fier de cette ascension sociale, il présente son investissement au sein de l'association de la KAHMA non pas dans une logique de regroupement mais à travers son statut de juriste. « *[Etudiant le droit] Je dirais que ça me sensibilise au plus haut point aux problèmes des personnes handicapées, et je me dis que c'est pas normal (...) il va falloir qu'un jour, je me décide à réagir face à ce type de comportements et d'attitudes de certains professionnels vis-à-vis des personnes handicapées qui sont plus ou moins démunies* » confie-t-il lors de notre entretien.

Pour Marie, une jeune femme tétraplégique, son implication répond aussi à une volonté d'aider les autres personnes handicapées qui n'ont pas comme elle la chance de pouvoir s'émanciper. Avant d'être sollicitée par les fondateurs, Marie cherchait surtout à mener une vie semblable à celle qu'elle avait connue en métropole, pendant sa rééducation: « *J'étais parmi celles qu'on rencontrait partout...Il faut dire que j'avais vécu **en France**, y'avait aussi de ça, j'avais vécu dans **les grands boulevards** [...] quand je suis rentrée **en Guadeloupe, au contraire**, [il fallait] aller se baigner, [...] aller à la plage, se mettre en maillot, le corps ne pouvait pas [être caché], je n'avais **aucune barrière** et même maintenant je n'éprouve aucune barrière. ».*

Marie décrit ici le mode de vie libre et décomplexé de la métropole en opposition à celui imposé par la société guadeloupéenne. Elle se présente ainsi comme quelqu'un qui a su « surmonter son handicap », ce qui fait d'ailleurs qu'elle ne cherche pas à s'inscrire dans un mouvement de personnes handicapées, au contraire : « (...) à l'époque j'étais jeune, je voulais axer **mon vécu sur mon éducation** (...)».

Le passage en métropole, cité ici, est un élément récurrent dans les trajectoires marquées par la stratégie de rapprochement avec les normes de validité. En effet, comme Marie, les premiers bénévoles ont connu un passage dans des centres de réadaptation dans l'hexagone. Par exemple, Hélène, connaît un peu la même trajectoire. Paralysée des membres inférieurs à l'âge de 16 ans, du fait d'un accident de la circulation, Hélène quitte la Guadeloupe pendant quelques années pour suivre une rééducation en métropole. Durant cette période, elle poursuit ses études dans l'hexagone qui l'ont conduite à un diplôme en comptabilité. De retour en Guadeloupe, Hélène décrit au cours d'une interview réalisée dans une revue diffusée sur internet⁶⁵, les conditions de la vie en Guadeloupe face au regard et à

⁶⁵ Yanous.com, Magazine Francophone du Handicap : www.yanous.com/espaces/femmes/femmes040903.html

l'absence d'accessibilité : « *Sur l'île, on voit peu de personnes handicapées, il y a une certaine curiosité de la part des gens* ». Elle précise toutefois que les conditions de socialisation sont plus favorables en Guadeloupe que en métropole : « *Mais ils nous acceptent, on fait partie de la vie de la cité. En Métropole, je passais davantage inaperçue* ».

N'ayant pas la possibilité de s'insérer professionnellement en Guadeloupe, elle développe une école et une garderie dans son quartier. Elle donne des cours bénévolement aux enfants en difficultés, ce qui lui vaut le surnom de « maîtresse ». Cet engagement bénévole dans l'éducation des enfants apparaît comme une quasi-activité professionnelle pour pallier l'impossible intégration sur le marché du travail en Guadeloupe malgré ses diplômes.

« *[En Guadeloupe] On avait des gens qui faisaient, qui donnaient des cours, qui faisaient l'école pour les enfants, et si bien que les enfants quand les enfants rentraient à l'école, ils savaient déjà lire et écrire (...) Et [Hélène] a [eu] beaucoup d'élèves comme ça (...) Dans les communes, il y avait toujours une dame qui [n'était] pas institutrice mais qui faisait la classe (...) où les parents déposaient leurs enfants, il n'y avait pas de crèche ou des trucs comme ça (...) Mais il y avait des petites écoles où tu allais à l'école de chez madame Untel (...) on la respectait comme une institutrice (...) la personne n'était pas agréée et pour une petite somme ou quelque chose (...) et Hélène, (...) comme elle s'est trouvée handicapée, c'est ce qu'elle faisait chez elle (...) les enfants de Quatre-Chemins Abymes, pour eux, leur maitresse, c'est Hélène, c'est [elle] qui leur a appris à lire et à écrire (...) Un enfant qui sortait dans la classe de Madame Hélène L., on disait même presque sa classe, son école, quand il sortait de sa classe et qu'il entrait à l'école publique normalement c'était un enfant qui avait déjà la base (...) qui avait quelque chose de bien concret. »*

(Angèle, 56 ans, fondatrice de la KAHMA, valide)

Ce passage témoigne d'un exemple d'intégration dans un système de solidarités de proximité. Grâce à cela, Hélène peut se rendre utile dans son quartier. Elle devient même la

« *maîtresse* » des enfants du quartier. Son activité (supposée) bénévole semble avoir ici deux significations. En premier lieu, elle peut être utilisée comme substitut de travail. En effet, nous avons pu voir qu'Hélène est diplômée mais n'a pas pu s'insérer professionnellement en Guadeloupe. Ainsi cette activité peut être définie comme une activité professionnelle, qui lui permet (certainement) d'être rémunérée. En deuxième lieu, même si cette activité est redéfinie comme quasi-professionnelle, la dimension du don n'est pas à exclure. Le fait de donner de son temps et de s'occuper des autres, lui permet aussi de se faire une place dans la société. En effet, son action, pouvant être ici considérée comme sociale, entre dans une logique de l'entraide telle que l'on peut l'observer fréquemment en Guadeloupe. Le système d'entraide au sein des liens de proximité (famille, voisinage) est un facteur important de la cohésion sociale dans la société guadeloupéenne (Attias-Donfut, 1997 ; Lanoir L'Etang, 2005).

En résumé, si l'on approfondit l'analyse identitaire des acteurs pré-cités à travers l'approche socio-constructiviste du handicap développé par Isabelle Ville et Jean-François Ravaud (1994), l'« identité exprimée » des personnes atteintes de déficiences motrices apparaît comme une réponse à la réalité sociale dans laquelle elles évoluent. Les auteurs nous expliquent ainsi que « les individus construisent leur propre identité au sein des interactions quotidiennes, à l'intérieur d'un cadre normatif défini par le système de croyances et de représentations, les pratiques sociales et politiques de la culture à laquelle ils appartiennent à un moment historique donné » (1994 : 19). On peut penser que les identités « exceptionnelles » des acteurs présentés plus haut sont une forme de réponse à l'environnement social guadeloupéen. Ainsi, l'absence d'institutions, la présence de représentations sociales du handicap négatives mais aussi d'un système de liens de proximité sont autant de facteurs qui peuvent participer à la volonté de s'investir dans un mouvement associatif de personnes handicapées.

Stéphane

(Membre fondateur et Secrétaire Général de la KAHMA de 1981 à 1985, actuellement conseiller juridique de l'association)

Né dans les années soixante en Guadeloupe, Stéphane est originaire de Morne-À-L'eau, petite commune du centre de la Grande-Terre fortement touchée par la crise économique due au déclin de l'industrie sucrière après la départementalisation. De milieu modeste, il suit une scolarité normale jusqu'au lycée. En 1979, à l'approche de sa majorité, « *sa vie bascule* », il est amputé d'une jambe suite à un accident de la circulation alors qu'il se rend au lycée de Baimbridge (Abymes). Après une hospitalisation « *éprouvante* », il est « *obligé* » de partir quelques mois en métropole afin de poursuivre ses soins et se faire appareiller. A son retour, il reprend le chemin de l'école, obtient son baccalauréat en 1980 et poursuit des études à la faculté de droit en Guadeloupe. Stéphane ressent alors de plein fouet les difficultés que peuvent rencontrer les personnes handicapées dans l'île. Il subit le « *monopole* » de certains prothésistes locaux qui, de plus, ne disposent pas des connaissances techniques suffisantes pour pouvoir entretenir sa prothèse récemment posée en métropole. Un an plus tard, lors de sa première rentrée universitaire, Stéphane tente d'obtenir un logement étudiant. Ceux-ci sont réservés aux étudiants originaires des dépendances⁶⁶, et l'accès lui en est refusé malgré son handicap, l'éloignement géographique de son domicile et le faible revenu de ses parents. Progressivement, l'ensemble des contraintes auxquelles il doit faire face vont interpeller le futur juriste qu'il devient et constituer les fondements de son futur engagement associatif.

Résidant dans la même commune⁶⁷, Stéphane est un voisin d'Angèle, qui vient un jour à sa rencontre afin de lui proposer de participer à la constitution de la KAHMA. Alors qu'il n'a « *jamais pratiqué de Handisport* », il adhère quand même à cette idée dans laquelle il voit finalement un bon moyen « *d'améliorer le sort des personnes handicapées en Guadeloupe* ». Il fait alors la rencontre d'Emile qui l'aide à obtenir le logement étudiant qu'on lui refuse depuis un an. Séduit par le « *charisme naturel* » d'Emile, il le suit dans toutes les actions de diffusion d'information auprès de la population handicapée et de revendications auprès des acteurs institutionnels.

En juillet 1981, lors de l'assemblée constitutive de l'association, il est élu Secrétaire Général. A partir de 1982, il fait partie de l'équipe de basket en fauteuil de la KAHMA avec laquelle il jouera jusqu'en 1984, année où il part dans l'hexagone pour suivre des études de juriste à l'université de Rennes. En 1985, il obtient son diplôme de Juriste de conseil d'entreprise. Il travaille alors pour un important groupe du secteur de l'agro-production-transformation pendant une dizaine d'années. En 1999, il intègre le barreau de Paris. En 2001, il intègre le barreau de Guadeloupe et s'associe en 2009 pour créer une société d'avocats.

⁶⁶ Iles de Marie-Galante, des Saintes, de Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

⁶⁷ Ils habitent tous les deux à Morne-A-L'eau, une petite commune située en Grande-Terre, d'une superficie de 65km² et d'une densité de 262 habitants/km² (INSEE, 2007). Entre la Mangrove et les étendues cannières, l'activité économique se partage entre la pêche et la culture de la canne à sucre.

Marie

(membre fondatrice et présidente de la KAHMA de 1989 à 1992-
Secrétaire puis Présidente de l'AGIPHM de 1995 à 2008)

Marie est née en 1951, dans la ville de Pointe-à-Pitre où elle passe toute son enfance et sa scolarité. Titulaire du baccalauréat en 1968, elle s'inscrit à l'université pour préparer le concours de professeur des écoles. A la rentrée de l'année 1970, elle est intégrée dans l'Education Nationale pour effectuer une vacation au sein d'une classe de primaire.

Au cours de l'année suivante, en 1971, Marie est victime d'un accident de voiture au cours duquel elle devient tétraplégique. Après son hospitalisation, elle part au centre de rééducation de Garches, puis est transférée à Strasbourg. Pendant sa période de rééducation, elle vit dans un foyer médicalisé. En 1976, elle décide de revenir s'installer définitivement en Guadeloupe, à Pointe-à-Pitre. De retour sur l'île, elle choisit un mode de vie autonome. « *J'ai voulu vivre comme avant* », dit-elle. En 1981, elle est sollicitée par Angèle pour participer à la création de la KAHMA. Malgré quelques réunions qui ont lieu à son domicile, elle ne souhaite pas occuper de rôle officiel au sein de l'association. Elle est par contre très active, en étant mandatée par le conseil d'administration pour siéger au sein des instances de la COTOREP et à la commission d'accessibilité à la préfecture. Elle participe aussi à la gestion de la commission sportive et culturelle.

En 1983, elle fait partie du comité de rédaction de la revue associative de la KAHMA (Handikappables). Elle anime des émissions de radios au début des années 80. En 1989, elle devient présidente de la KAHMA. En 1991, elle est secrétaire générale du Comité Régional Unifié Handisport de la Guadeloupe (CRUGH), présidé par Romuald, un jeune enseignant amputé de la jambe.. Elle abandonne ses fonctions après des conflits avec des membres de la KAHMA.

A partir de 1984, elle s'investit dans d'autres associations. Elle crée des liens avec les fondateurs de l'association Soleil Kléré Nou, et plus particulièrement avec Guillaume, président de l'Association Guadeloupéenne pour la Professionnalisation et l'Insertion des Handicapés Moteurs (AGPIHM). Cette association, créée par Guillaume, développe la première structure de transport adapté en Guadeloupe puis devient un centre de formation d'aide à domicile. Toujours en retrait, Marie en est d'abord membre assesseur, puis, finalement, occupe successivement les postes de secrétaire adjointe, secrétaire générale, puis présidente en 1995 à la mort de Guillaume. Ce dernier l'a aidée à se propulser dans la vie associative, en particulier lors d'émissions télévisées présentées avec lui à la fin des années 80 sur la chaîne privée locale, Canal 10.

A la fin des années 1990, elle est à la fois présidente de l'AGPIHM et de la Fédération des Associations pour l'Insertion des Guadeloupéens Handicapés (FAIGH), créée en 1992. En 2009, déléguée par la FAIGH, elle est porte-parole des associations de personnes handicapées au sein du « Lyannaj Kont Pwofitasyon » (LKP) (traduction : collectif contre les profiteurs), un collectif d'associations syndicalistes, politiques, culturelles, professionnelles qui a entamé le mouvement social de 2009 en Guadeloupe qui engendrera une grève de trois mois). A 58 ans, fatiguée, elle décide de se mettre en retrait de la vie associative.

3.2 La quête de personnalités exceptionnelles : vers un mouvement contestataire ?

Afin de présider l'association, Emile et Angèle font appel à Samuel, dont l'histoire oscille entre le mouvement sportif et le mouvement militant identitaire guadeloupéen émergeant dans les années 1960. Cette double identité montre, de la part des promoteurs, une volonté de se constituer, non pas uniquement en tant que mouvement sportif, mais aussi comme un mouvement contestataire. En effet, nous verrons que très rapidement, le but principal de l'association sera de revendiquer, auprès des institutions locales, la mise en place d'une politique du handicap en Guadeloupe.

Samuel est un ancien champion local de natation, prétendant à l'INSEP, lorsqu'en mai 1967, alors qu'il participe aux grandes manifestations ouvrières contre les grands patrons « coloniaux », il se fait « faucher » par une balle dans la jambe au cours d'une descente policière sanglante⁶⁸. Il sera amputé quelques jours plus tard à l'hôpital en Guadeloupe. Après les émeutes, il part en métropole pour suivre sa rééducation. Quelques années plus tard, il intente un procès contre l'Etat français, qu'il remportera après cinq années de procédures. Cette victoire lui confère une popularité régionale, surtout au sein des groupes indépendantistes dont il est deviendra l'un des représentants syndicaux et politiques.

Malgré son refus de présider la KAHMA, la volonté des fondateurs de l'association de l'impliquer indique une volonté d'inscrire la mobilisation, non seulement dans un mouvement radical (Turpin, 2000), ici contre les institutions locales immobiles, mais aussi dans un mouvement qui affiche sa volonté d'affirmer son appartenance guadeloupéenne.

⁶⁸ Les émeutes de 1967 constituent un événement majeur de l'histoire de la Guadeloupe.

Cette remise en cause des institutions, et de la société en général fait partie de la stratégie initiale de l'association. L'indépendance affirmée par les premiers acteurs amène à adopter une logique d'autonomie face aux absences des institutions. Ainsi Marie précise que cette forme de responsabilisation « *c'était son dada aussi à l'époque [à la KAHMA] (...) c'était une meilleure façon à nous de **montrer que les personnes handicapées pouvaient se prendre en main** et pouvaient [se] gérer(...) au départ, **on ne voulait pas demander de subventions**. Ça nous plaisait, on a adhéré à l'idée(...) ».*

Qu'apprend-on sur cette mobilisation en analysant l'identité des personnes atteintes de déficiences motrices concernées par cette première phase de recrutement ? Assiste-t-on à un rassemblement d'acteurs en quête d'une autonomie qui s'inscrivent dans un mouvement radical en réaction à un environnement social contraignant ? Doit-on y voir un mouvement de refus de partir en métropole pour pouvoir bénéficier de soins adéquats et ainsi un rapprochement avec la tendance à la revendication d'une identité antillaise ?

3.3 Une stratégie d'adossement institutionnel local des acteurs associatifs

Au sein des premières mobilisations de personnes handicapées dans l'hexagone, la volonté première des promoteurs était de se constituer dans une logique d'auto-organisation (Barral et *al.*, 2000). En Guadeloupe, les promoteurs ont du mal à mobiliser les personnes handicapées. Ainsi, à côté des premières personnes en fauteuil qui se sont regroupées, un certain nombre de personnes valides, des professionnels et des bénévoles, sont sollicités pour rejoindre le mouvement.

« A l'époque, les premiers administrateurs (...) les personnes qui ont joué un rôle fondamental à la création (...) c'est des gens qui ont participé à la création. C'était les premiers administrateurs (...) c'était des professionnels qui nous ont rejoints et qui étaient à nos côtés. Il n'y avait pas beaucoup d'handicapés qui avaient accepté. »

(Stéphane, 50 ans, Secrétaire général de la KAHMA de 1981 à 1985, amputation tibiale)

L'implication de professionnels et/ou d'institutionnels au sein de l'association, apporte un soutien à celle-ci. Certains de ces acteurs sont des « bâtisseurs »⁶⁹, c'est-à-dire qu'ils ont participé au développement de la prise en charge du handicap dans les années 1970 en Guadeloupe. Issus du secteur médical et/ou institutionnel, certains d'entre eux sont à l'origine des premières associations gestionnaires d'établissements médico-sociaux telles que l'Association Départementale pour la Sauvegarde des Enfants et Adolescents (ADSEA)⁷⁰ ou l'Association d'Aide à l'Enfance et à l'Adolescence (AAEA)⁷¹.

On note la présence de médecins d'origine guadeloupéenne, tels que le Docteur R. Hamousin, pédiatre au centre médico-social⁷² de la ville de Basse-Terre, et le Docteur E. Galanth, médecin rééducateur officiant dans le service de médecine de réadaptation physique à l'hôpital Maurice Selbonne. Par ailleurs, ces acteurs siègent dans diverses instances au sein d'institutions publiques en charge du handicap (DDASS, COTOREP, Préfecture, Conseil Régional). Il faut surtout souligner la présence du docteur Michel Chartol, fils du docteur Edouard Chartol, une illustre personnalité de l'histoire de la Guadeloupe. Ce médecin

⁶⁹ Terme utilisé par un acteur fondateur pour désigner les premiers acteurs mobilisés dans les premières organisations associatives et institutionnelles dans les années 1970.

⁷⁰ L'APAJH (anciennement appelé association d'aide et de placement des adolescents handicapés) a été créé en France en 1962 par des enseignants (Pour plus d'information sur l'histoire de l'APAJH, voir le site : www.apajh.org). Son antenne sera créée en Guadeloupe en 1978 par Madame Drumeau, conseillère d'orientation au lycée de Baimbridge à Pointe-à-Pitre.

⁷¹ La première ADSEA est créé le 1^{er} décembre 1945 dans les Alpes Maritimes. Elle est alors présidée par le Préfet et composée de fonctionnaires de la justice et de la santé et de personnalités engagées dans l'action caritative. Comme nous l'avons vu plus haut, en Guadeloupe, elle est créé en 1970 et trouve le même type de fonctionnement.

⁷² Ce centre était en réalité l'unique point de consultation médicale réservé aux enfants de la région Basse-Terrienne dans les années 60-70.

d'origine guadeloupéenne exerçant à Pointe-à-Pitre est un homme qui a particulièrement influencé la vie sociale et politique de l'île. Il participe notamment à la vie sportive de l'île quand après avoir été président de la Fédération Sportive de la Guadeloupe, il crée en compagnie d'autres personnalités locales, la première revue sportive guadeloupéenne en 1943, « Match ». En 1971, il est élu président de la Ligue régionale de Football puis devient membre fondateur du Comité Régional Olympique et Sportif de la Guadeloupe (CROSGUA) en 1973. Entre-temps, il se distingue par de nombreuses autres actions comme par exemple sa participation à la création de la Société Anonyme d'HLM de Guadeloupe (SAHLM), principale société immobilière publique de l'île.

Dans la continuité, des fonctionnaires, des décideurs institutionnels et politiques, des représentants du secteur économique et professionnel viendront apporter leurs compétences et leurs réseaux. Ainsi, Monsieur Linor et Madame Leger Inspecteurs à la Direction Départementale de la Jeunesse, des Sports et du Temps Libre, ainsi que Monsieur Wencelius, directeur de l'Office National des Forêts, viennent apporter leurs compétences aux projets sportifs et culturels de l'association. Monsieur Roy, Inspecteur d'Académie auprès de la Commission Départementale de l'Education Spéciale, fait le lien avec les institutions scolaires. Monsieur Stattner, inspecteur chargé de l'Action Sociale, vient renforcer le réseau institutionnel avec les conseils locaux.

On remarque aussi la présence de responsables associatifs notamment des membres issus de clubs services tel que le « Kiwani's Club » ou l'« InnerWheel ». Ces deux clubs services créés aux Etats-Unis et en Angleterre dans l'entre-deux guerres arrivent en Guadeloupe à partir des années 1950⁷³. A l'image des idéologies fondatrices, ces clubs sont créés par des notables locaux dans le but d'accomplir des actions sociales. Ces actions sont d'ailleurs dirigées pour partie vers les personnes handicapées. Ces clubs services, comme

⁷³ Le plus ancien club service, le Rotary club Guadeloupe a été créé en 1957, le KIWANIS Guadeloupe en 1975 et l'INNER WHEEL en 1977. Les deux premiers cités sont à l'origine exclusivement réservés aux hommes alors que le INNER WHEEL, est une filiale du ROTARY CLUB créée par des épouses de Rotariens en 1924.

d'autres tels que le « Rotary Club » et le « Lion's Club », sont créés à Pointe-à-Pitre mais se diffusent très largement en Guadeloupe. Ils fonctionnent comme des réseaux d'interconnaissances qui rassemblent des médecins, comme par exemple Docteur Chartol, des chefs d'entreprises et des fonctionnaires. Outre les réseaux dont ils disposent, ces clubs services sont des sources de financement conséquent. Dans les années 1970-1980, ils participent fortement à la construction et à la gestion d'établissements médico-sociaux sur l'île.

L'association de la KAHMA est donc un collectif de personnes en fauteuil roulant associé à des responsables associatifs, institutionnels et médicaux. Comme on le voit dans les récents travaux sur la mobilisation collective des personnes vivant avec le virus du VIH (PVVIH) en Guadeloupe (Ferez et *al.*, à paraître), la stratégie d'adossement aux administrations locales des acteurs associatifs du handicap vise à renforcer leur réseau institutionnel et à gagner en légitimité. Toutefois, selon ces mêmes travaux, cette implication du secteur sanitaire et médico-social dans la structuration hiérarchique peut constituer un obstacle à la logique initiale d'auto-organisation.

3.4 La mise en place de l'association

En juillet 1981, Emile, est élu président de l'association de la KAHMA avec une grande majorité. Stéphane et Angèle sont respectivement nommés secrétaire-général et première vice-présidente. Hélène et Caroline, une jeune femme atteinte de la myopathie, sont désignées première secrétaire et deuxième vice-présidente. Deux autres personnes vivant en fauteuil roulant occupent les fonctions de trésorier et trésorier adjoint. Mis à part Angèle donc, seules des personnes en fauteuil roulant composent le conseil d'administration. Les

professionnels de santé comme le docteur Hamousin, le docteur Galanth ou bien la kinésithérapeute, Madame Chalcou, sont désignés comme conseillers permanents de l'association.

Lors de sa création, l'objet central de ce mouvement associatif, portée par Angèle et son frère Yannick, était de « *défendre malgré le handicap les capacités physiques et artistiques : sport, loisirs, peinture, artisanat...* »⁷⁴. Pourtant, très rapidement, une autre logique plus sociale va prendre le dessus et redéfinir l'action de la KAHMA.

*« Emile était davantage intéressé par l'aspect ...disons...**amélioration des conditions du sort des personnes handicapées**, et Angèle était intéressée plus par **les questions sportives et disons culturelles**, puisqu'on voulait faire sortir les personnes handicapées...les faire sortir de leurs maisons, les aider à trouver des points d'animations etcetera (...) Si vous voulez, **on était intéressé par le sport mais on était surtout intéressé par la nécessité de faire valoir les droits des personnes handicapées**. Donc voilà, on formait une belle équipe (..)»*

(Stéphane, 50 ans, Secrétaire général de la KAHMA de 1981 à 1984, amputation tibiale)

Ainsi, pour prendre en compte l'ensemble des projets, l'association va s'organiser en trois commissions : une commission sportive et culturelle dirigée par Angèle, une commission sociale dirigée essentiellement par Emile et Stéphane et une commission médico-technique réservée aux acteurs médicaux emmenés par le Docteur E. Galanth.

⁷⁴ N'ayant pas eu accès au statut de 1981, nous utilisons ici un document d'archive personnelle fourni par l'un des acteurs de l'époque retraçant l'historique des associations de personnes handicapées et leurs objets. Nous n'avons pas pu vérifier dans les archives administratives.

3.5 Une deuxième antenne de la KAHMA à Basse-Terre

Le siège principal de l'association est situé au domicile d'Emile au Gosier dans la région de la Grande-Terre. C'est là qu'ont lieu les premières assemblées générales de l'association. La présence d'acteurs originaires de la région de Basse-Terre, entraîne la création d'un deuxième bureau dirigée par Caroline.

Caroline est originaire de Basse-Terre et atteinte de myopathie. Elle a grandi au sein d'une famille qui compte en son sein pas moins de cinq enfants diagnostiqués myopathes. En 1975, l'une de ses cousines, atteinte également de myopathie, réussit un concours de la fonction publique puis part s'installer en métropole pour y travailler. Cette présence ultramarine permet à l'ensemble de la famille d'accéder à l'information et notamment d'entrer en contact avec les différentes associations de personnes handicapées créées en métropole.

« J'ai une première cousine qui est partie en métropole, qui a passé un examen, qui était myopathe aussi. Elle a passé un examen, elle a réussi mais comme elle ne pouvait plus travailler ici [en Guadeloupe], il n'y avait pas de place, donc elle est partie au ministère. Et de là, elle a connu beaucoup de... elle connaît AFM, APF, etcetera. »

(Sabine, 57 ans, cousine de Caroline, Présidente de Soleil Kléré Nou depuis 1990, atteinte de la myopathie).

Grâce au départ de sa cousine, et à son affiliation aux grandes associations nationales de personnes handicapées, Caroline va représenter les premières antennes de ces associations en Guadeloupe, notamment l'Association Française contre les Myopathies (AFM) à partir de 1976. Cette affiliation lui permet de développer un réseau informel de personnes handicapées, de parents et de notables qu'elle côtoie sur la Basse-Terre et qui composeront l'antenne « Bassetérienne » de la KAHMA par la suite.

La composition de ce deuxième bureau est différente de celle de l'antenne principale. Le conseil d'administration de l'antenne de Basse-Terre se compose en grande partie, de membres de la famille de Caroline, dont six d'entre eux sont aussi atteints de myopathie, de parents d'enfants polyhandicapés, de notables et de fonctionnaires habitant la région de Basse-Terre. Une telle composition donne, à cette branche de la KAHMA, l'allure d'une association « familiale ». Elle prend la forme d'un réseau d'entraide constituée sous la forme d'une organisation « pour autrui ». En effet, ce réseau familial rappelle ceux qui se sont mobilisés dans les années 1950 en France métropolitaine afin de revendiquer, auprès des services publics, des moyens pour prendre en charge leurs enfants inadaptés (Plaisance, 2000).

Les promoteurs de l'antenne de Basse-Terre entretiennent une collaboration active avec les services publics. Le soutien de nombreux fonctionnaires, tels que Monsieur Linor (DDJS) ou Mme Stattner (action sociale), provient du réseau « Bassetérien ». Ainsi, ce réseau d'interconnaissances profite à la KAHMA de façon générale, en créant des liens avec le secteur public, mais aussi avec le secteur privé, comme par exemple le patron de l'imprimerie « Graphica » qui permet la diffusion du journal associatif *Handikappables*.

4. Action de terrain et médiatisation du mouvement de personnes handicapées en Guadeloupe

4.1 Les tournées dans les communes : « faire sortir les personnes handicapées de chez elles » et « se battre » contre les représentations sociales du handicap en Guadeloupe

Le développement de la KAHMA passe par une série d'actions sur le terrain. Les problèmes liés à l'isolement des personnes handicapées poussent les membres de l'association

à faire du porte-à-porte dans toutes les communes de la région tous les dimanches. Ces « missions dominicales » visent à rassembler les personnes handicapées et leurs familles au Centre Communal d'Action Sociale de chaque ville afin d'une part, de recruter des nouveaux membres et, d'autre part, d'informer sur les lois en vigueur.

*« À l'époque il faut savoir que les personnes handicapées étaient cloîtrées chez elles hein. Elles ne savaient pas... et les moyens de déplacements n'étaient pas heu ceux que l'on connaît aujourd'hui. Donc, il a fallu faire un **travail de terrain**. Un travail de terrain immense, **allez voir les gens**, leur parler, voir leur sort, leur situation, **on a fait beaucoup de social**. »*

(Stéphane, 50 ans, Secrétaire général de la KAHMA de 1981 à 1985, amputation tibiale)

Ces opérations sont, selon les acteurs de l'époque, l'occasion de mesurer le manque d'information des personnes handicapées au sujet de leurs droits sociaux. Nombre d'entre elles ne connaissent pas l'existence de l'AAH, ou de services publics comme ceux de la COTOREP (Commission Technique et d'Orientation de Réadaptation Professionnelle), la CDES (Commission Départementale de l'Education spéciale) qui sont apparus en Guadeloupe à la fin des années 1970 (François-Lubin, 1997)⁷⁵. Ces nouveaux dispositifs viennent alourdir le système de protection sociale qui n'est pas encore totalement assimilé par la jeune administration départementale (Revauger, 2002). Ce vide institutionnel amène les fondateurs de la KAHMA à se substituer aux organismes responsables et à prendre en charge la diffusion des informations auprès de cette tranche de la population souvent isolée et coupée de la société.

⁷⁵ Ces dispositifs ont été mis en place à travers la loi du 30 juin 1975 pour l'orientation des personnes handicapées dans tous les départements de l'hexagone et de l'Outre-mer. Ceux-ci accompagnent le processus d'extension de nombreux dispositifs sociaux entre la métropole et les départements d'Outre-mer, à partir de l'année 1975.

*« Au départ, personnellement, je prenais ma voiture avec Stéphane, et **on allait dans les communes**, aux centres communaux d'action sociale, on leur demandait la liste des handicapés et on organisait une réunion dans la commune **le dimanche** après, où **on faisait venir tous les handicapés**, et on leur disait tout ce qu'ils avaient comme droits et ce qu'ils pouvaient faire. On l'a fait dans toutes les communes de la Guadeloupe (...) ».*

(Emile, 62 ans, Président de la KAHMA depuis 1981, paraplégie)

Cette campagne d'information bouscule les attitudes et les représentations jusque dans les familles concernées par le handicap. L'isolement et l'absence de prise en charge des personnes handicapées, notamment dans les milieux ruraux, ont laissé la place à une gestion familiale du handicap. Des comportements méfiants et protecteurs des familles accueillent les responsables de la KAHMA qui tentent de diffuser l'idée « émancipatrice », insufflée par la loi de 1975 en métropole.

*« Et je peux vous dire à cette période-là, des gens ont commencé à ne pas vouloir me voir moi... parce que **les parents avaient l'habitude de leurs enfants handicapés à la maison**, et je leur imposais de les faire sortir. Je peux... je peux... je vous dis **c'était une bagarre** parce qu'on n'acceptait pas que les enfants discutent avec moi parce qu'on disait que je les pouvais à vouloir sortir et les emmener. Pourquoi les faire sortir ? Les gens ne comprenaient pas pourquoi je voulais les faire sortir (...) »*

(Emile, 62 ans, Président de la KAHMA depuis 1981, paraplégie)

Ces initiatives sont dans la continuité de l'élan « émancipateur » insufflé lors de la tournée de basket en fauteuil. Elles ont pour objectifs de déconstruire les représentations sociales du handicap au sein de la population guadeloupéenne mais surtout de « convaincre »,

selon les propos d'un responsable, les personnes handicapées et leurs familles de « *sortir de leur isolement* ». Ces réticences sont la marque de la persistance des représentations sociales spécifiques au handicap en Guadeloupe. Les relations entre la personne handicapée et la famille sont un mélange de surprotection et d'incompréhension. La famille, en tant qu'espace de socialisation, pouvant être, ici, considérée comme le premier transmetteur des représentations sociales dominantes du handicap.

4.2 Un relais médiatique en appui

Au dire des acteurs, l'appui médiatique a été un élément important dans le mouvement des personnes handicapées en Guadeloupe. Ce relais a été initié par Madame Jacqueline Maussion, animatrice d'émissions culturelles et sociales sur l'antenne locale de radio et de télévision locale, Radio France Outre-mer (RFO), à l'époque FR3 DOM-TOM. Unique diffuseur, cette antenne « sous-nationale » constitue un nouveau facteur de communication au début des années 1980 en Guadeloupe⁷⁶. La télévision n'en étant qu'à ses débuts, la radio (radio-Guadeloupe) est le principal moyen de toucher une population majoritairement rurale.

Jacqueline Maussion était entrée en contact avec Emile en 1979 (avant la création de la KAHMA) pour lui proposer d'intervenir au cours d'une émission radiophonique qu'elle produit et anime de façon hebdomadaire. Au cours de cette émission, « un micro, une voix », des acteurs politiques, institutionnels et associatifs étaient régulièrement invités pour débattre autour de sujets politique, économique et social concernant la Guadeloupe. Emile fut convié dans le cadre de la première émission produite sur le thème des personnes handicapées en

⁷⁶ Le 14 septembre 1954 est créé par décret le service de la Radiodiffusion de la France Outre-Mer (RFOM) qui regroupe toutes les radios de l'Outre-mer. La première chaîne télévisée sera créée par la délégation Outre-mer de l'ORTF, en 1964, deviendra FR3 DOMTOM en 1975 puis RFO1 en 1983. Cette année marque le début de la diversité audiovisuelle dans les Outre-mers avec la création d'une deuxième chaîne sous contrôle national, RFO2, et l'arrivée de chaîne locale (canal 10,..).

Guadeloupe. Cette expérience se représentera à plusieurs reprises, ce qui lui permet de se forger sensiblement un réseau dans le secteur social et politique.

La médiatisation se pérennise avec la création de l'association à laquelle Jacqueline Maussion participe. La première assemblée générale est d'ailleurs retransmise au cours d'un reportage destiné au journal télévisé. Par la suite, la programmation d'une émission radiophonique régulière dédiée exclusivement aux personnes handicapées est réalisée. Outre la diffusion d'informations relatives aux droits des personnes handicapées, ces nouvelles émissions intitulées « Coup de cœur » sont aussi l'occasion d'élargir et de renforcer le réseau préalablement acquis par Emile.

*« (...) elle [Jacqueline Maussion] nous a donné d'abord une tranche horaire à RFO Radio qu'on a occupé pendant quelques temps, pendant deux ou trois ans, je ne saurais vous dire, je ne sais plus, en tout cas un certain temps. On avait donc un passage à l'antenne pour apporter des informations à d'autres et puis ensuite ça a été à la télé. Ensuite ça a été même toujours des émissions qui passaient à la télé (...) c'était régulier, j'ai peur de vous dire des bêtises mais c'était mensuel, c'était pas hebdomadaire, c'était mensuel. Mais enfin, je sais que **grâce à elle, beaucoup de portes nous ont été ouvertes. Et comme ça, petit à petit, on s'est fait connaître** (..) ça a été le clou à mon sens. »*

(Marie, 55 ans, présidente de la KAHMA de 1989 à 1992, présidente de l'AGPIHM de 1995 à 2005, tétraplégie).

Ces émissions radiophoniques vont permettre d'accroître l'action d'information, de prévention et de recrutement que les responsables de l'association de la KAHMA ont entamé sur le terrain. Elles vont s'amplifier par la suite grâce à l'essor de la télévision au niveau local, et prendre une tournure plus « caritative ». En décembre 1983, pour la première fois une

émission télévisée est produite au Centre des arts et de la culture de la ville de Pointe-à-pitre, dans le but de collecter des dons en faveur de l'association de la KHAMA et de l'équipe de handibasket, créée un an plus tôt. Ces émissions sont, selon les acteurs de cette époque, réalisées à l'image du programme télévisuel du « Téléthon », organisé en France depuis 1987 par l'Association Française contre les Myopathies (Barral et Paterson, 2000). La version « guadeloupéenne » est, elle, diffusée sous la forme d'un « Gala de bienfaisance », avec la participation bénévole d'artistes locaux, voire nationaux⁷⁷. Elle est aussi l'occasion de renforcer les liens institutionnels et politiques grâce à la présence du Préfet de la république de l'époque, Monsieur Robert MIGUET, en tant que président d'honneur de l'émission.

Cet appui médiatique ressemble effectivement à celui qui existe depuis les années 1950 aux Etats-Unis dans le but de recueillir des fonds pour une œuvre caritative, contrairement au « téléthon » français qui est destiné directement à la recherche scientifique. Cette ressemblance avec le modèle américain nous semble confortée par la création d'un « Comité d'Aide aux Handicapés de la Guadeloupe », le 29 octobre 1983⁷⁸. Ce comité, constitué à l'initiative de Jacqueline Maussion, a pour objectif de susciter la mobilisation d'acteurs autour de principes rassembleurs tels que la compassion et la charité. La supposée présence d'administrateurs, de politiques, de médecins, et très certainement de membres d'antennes locales de clubs services permet de produire cette hypothèse. Cette dernière pouvant être confirmée par le fait que l'on observe, d'une part la présence de certains membres de clubs services comme administrateurs de la KAHMA et d'autre part, l'organisation régulière de collectes de dons destinées à l'association de la KAHMA.

Le caractère caritatif de ces émissions et de ces « quêtes publiques », hérité des actions sociales qui s'organisent en Guadeloupe au début du XXème siècle, constitue une source de

⁷⁷ La présence de la chanteuse Line Renaud est évoquée par certains acteurs de la KAHMA

⁷⁸ Revue Handikappables n°3, Janvier 1984, p.4.

financement majeure en faveur des mobilisations de personnes handicapées au début des années 1970. En effet, comme nous le verrons, il est utilisé tout au long de la structuration du secteur du handicap.

« [...] là où ça a été intéressant pour la KAHMA et pour nous, personnes handicapées, c'est madame Maussion, quand elle avait fait l'émission à la télé, pour mettre en place le premier service de transport adapté. C'était grâce à elle (...) ».

(Marie, 55 ans, présidente de la KAHMA de 1989 à 1992, présidente de l'AGPIHM de 1995 à 2005, tétraplégie).

4.3 Un contexte socio-politique favorable à l'inscription institutionnelle du mouvement

Comme nous l'avons vu, les premières actions de l'association avaient pour but de pallier les manques de l'Etat et des collectivités dans la politique du handicap en Guadeloupe. Pendant cette période de médiatisation, la KAHMA prend de l'ampleur et enrichit son réseau grâce à la présence de responsables administratifs publics parmi ses membres. Lors de la première assemblée, les acteurs indiquent la présence d'une centaine de personnes handicapées avec leur famille.

« Une fois de plus, on peut dire que la population avait répondu massivement à l'appel, on pouvait dénombrer facilement 160 à 200 personnes entassées dans les locaux du hall du bicentenaire de Bergevin, certes bien adaptés, mais devenu trop exigus pour contenir la foule présente »⁷⁹.

⁷⁹ Compte rendu de l'assemblée extraordinaire du 22 janvier 1984.

Cet engouement en faveur de l'association est l'expression du « manque à combler » (Laville et Sainsaulieu, *op.cit.*) dans le secteur du handicap et dont elle se fait le révélateur. Elle devient surtout l'unique association représentative des usagers en situation de handicap en Guadeloupe. Ce statut, précisé dans la loi du 30 juin 1975, lui confère le rôle d'interlocuteur privilégié auprès des responsables des institutions en charge du handicap et notamment auprès des élus politiques.

L'association, par la présence d'administrateurs de la fonction publique en son sein, s'adosse de fait aux institutions locales notamment sanitaire, sociale, éducative et sportive. En renforçant son réseau institutionnel, l'association gagne en légitimité. Dès lors, la possibilité de se mobiliser sous la forme d'une auto-organisation de personnes appartenant aux minorités sociales semble plus difficile en Guadeloupe (Ferez et *al.*, *op.cit.*). Cette stratégie d'institutionnalisation, pas forcément volontaire de la part des fondateurs, a pour objectif d'amener les personnes ayant des incapacités physiques à occuper des positions stratégiques dans le domaine de la prise en charge administrative du handicap. Le double constat d'un retard et d'un décalage avec la métropole dans ce domaine est flagrant et suscite un sentiment d'injustice et de confusion parmi les personnes en situation de handicap. Les discours concernant les différences entre « ceux qui vivent en métropole » et « ceux qui vivent en Guadeloupe » en témoignent :

« Il est évident que certaines de ces personnes handicapées guadeloupéennes en particulier, se sentent privilégiées par rapport à celles qui vivent aux ANTILLES et qui ne peuvent bénéficier d'aucun des avantages sociaux normalement octroyés en France métropolitaine (mise à part l'allocation d'adulte handicapé qui s'élève à 2.296,66 Francs) »⁸⁰.

⁸⁰ *Handikappables* n°3, Janvier 1984, p.1.

Cette « injustice » n'est pas circonscrite aux seules personnes handicapées mais à l'ensemble de la population en situation difficile (chômeur, personnes âgées, femme seule, famille nombreuse, etc...) (François-Lubin, *op.cit.*). La politique de protection sociale menée depuis la départementalisation dans les DOM se caractérise par un « va et vient permanent entre le principe de l'assimilation et celui de l'adaptation » (p.15). La fin des années 1970 représente une période charnière pour la Guadeloupe et les départements d'Outre-mer de manière générale lorsque le processus de rattrapage social s'accélère. L'année 1975 marque le début de l'application systématique, dans les DOM, des nouvelles mesures prises en métropole. Cette décision entraîne l'extension généralisée de la Sécurité sociale à des catégories encore non protégées (jeunes chômeurs, personnes handicapées...) et des prestations familiales. Malgré ces efforts d'égalité, de nombreux écarts subsistent. Pour exemple, en 1994, le SMIC est de 35,56 francs de l'heure en métropole contre 31,78 francs dans les DOM soit un écart de 10,62%. Ces inégalités sont notamment présentes au niveau des prestations familiales (*Ibid.* : 78) et de celles perçues par les personnes handicapées.

SITUATION SOCIALE DES PERSONNES HANDICAPÉES EN FRANCE D'OUTRE-MER

I - LES HANDICAPÉS GUADELOUPÉENS

Situation sociale

Logements : Inexistants ; aucune accessibilité ; vivent chez leurs parents ; aucune adaptation.

Transports adaptés : Inexistants.

Travail : Difficile

Ressources

Allocations : AAH = AAH Métropole

Allocation compensatrice : inexistante

- Devait être établie, au même taux qu'en Métropole 80 % de la majoration tierce personne de la Sécurité Sociale compte tenu des 40 % de vie chère et des besoins essentiels relatifs au handicap, (déplacements en taxis, confection vêtements, tierce personne, etc...). Le plus souvent, ce sont les parents, déjà agés, ou les frères et sœurs valides qui font office de tierce personne (auxiliaire de vie) à titre gratuit. Ces frères et sœurs sont le plus souvent pourtant sans emploi.

Aide Sociale : (allocation de misère) supplémentaire de 240,66 Francs/mois, remplace la majoration spéciale tierce personne.

Loisirs - Culture

Salles de spectacles : Inaccessibilité - relativement aisée en Basse-Terre et difficile en Grande-Terre.

Les Maisons de la Culture : Toutes inaccessibles.

Services administratifs : Non accessibles.

D. D. A. S. S. : Basse-Terre accessible.

S. S. : Pointe-à-Pitre accessible.

C. O. T. O. R. E. P. : laisse à désirer.

Appareillage - Aides Techniques :

Un choix très restreint en appareillage, matériels orthopédiques et aides techniques.

En effet, il ne peut fournir que des fauteuils manuels et en ce qui concerne les fauteuils électriques nécessaires en tout point à une meilleure indépendance, aucune possibilité n'existe en ce domaine (le prix de ce fauteuil ajouté aux frais de transport (30 % frais DOM) est exorbitant - le problème de service après vente est aussi crucial.

II - LES HANDICAPÉS ANTILLAIS VIVANT EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Ils bénéficient du même statut, des mêmes avantages que les métropolitains eux-mêmes.

Exemple : Appartement avec A. P. L. (Aide personnalisée au logement plus importante que l'allocation logement AAH + Allocation compensatrice) - aide du fond de secours de la S. S. (prestations extra-légales) accessibilité, adaptation de l'environnement - vie normale,

Souhait : garder tous ces avantages acquis en cas de retour dans leur pays d'origine.

En conclusion : il y a URGENCE à penser à l'intégration et à l'autonomie de la personne handicapée adulte vivant en France d'Outre-Mer (Guadeloupe).

(Suite au verso)

SITUATION SOCIALE DES PERSONNES ... (Suite de la page précédente)

III - LES POINTS ESSENTIELS A PROMOUVOIR

Pour une meilleure intégration de la personne handicapée :

- Campagne d'information et de sensibilisation du public.
- Les mêmes avantages sociaux qu'en France Métropolitaine.
- Possibilité de gérer sa propre vie en adulte responsable
- Accessibilité
- Transports et logements adaptés
- Appareillages - Aides techniques
- Donner la possibilité à la personne handicapée des DOM vivant en France Métropolitaine de pouvoir retourner vivre dans son pays d'origine, si elle le désire, et y retrouver les mêmes avantages acquis en métropole.

(Extrait de la revue *Handikappables* n°5, Juillet 1984, p.3-4.)

C'est pour s'opposer à ce décalage « généralisé », ici représenté, que les acteurs de la KAHMA vont tenter « *d'interpeller les principaux organismes intervenant de près ou de loin dans la résolution de nombreux problèmes auxquels les handicapés moteurs de la Guadeloupe se trouvent confrontés, sur les questions de reclassement, de l'allocation compensatrice, de l'accessibilité des lieux publics* »⁸¹. Cette entreprise semble délicate

⁸¹ Compte rendu de l'assemblée générale extraordinaire du 22 janvier 1984, *op.cit.*

lorsque l'on sait à quel point les années 1980 sont particulièrement mouvementées dans le secteur politique. En effet, le processus de départementalisation est encore sujet à toutes les critiques et les DOM doivent déjà se préparer à la politique de décentralisation prévue en 1982 et 1983. Avec ces lois, la Guadeloupe se voit renforcée d'une nouvelle collectivité, le Conseil régional, et de nouvelles fonctions politiques, ceux de conseillers régionaux. Le Conseil général, lui, suppléé le préfet dans son statut d'exécutif du département. L'une des conséquences du changement de statut est que le domaine social se diversifie et se perd dans les « méandres » des différentes administrations locales (*Ibid.*). La population, surtout celle qui vit dans la précarité, ignore, s'égare et souvent renonce face à ce système complexe.

Ainsi, les membres du comité directeur de la KAHMA utilisent le réseau institutionnel de l'association pour pouvoir atteindre les responsables politiques et se proposer en tant qu'interlocuteur privilégié. Un article de la revue *Handikappables* qui détaille les activités de l'association annonce la réussite d'un tel projet :

« Madame Lucette MICHAUX-CHEVRY, Présidente du Conseil général, le jeudi 16 septembre 1982, sous l'impulsion de Monsieur Raymond VIVIES, son vice-président et en présence de celui-ci, recevait pour la première fois des associations d'handicapés physiques »⁸².

Confirmant cette nouvelle légitimité, cette sollicitation a néanmoins pour but de réclamer l'application d'un certain nombre de mesures prévues par la loi de 1975 et relatives à la politique départementale en faveur des personnes handicapées. Parmi les requêtes, la mise en place d'une commission départementale sur le thème de l'accessibilité dans laquelle

⁸² Le Conseil général et les personnes handicapées, *Handikappables*, n°1, juillet 1983, p.3.

doivent siéger des représentants handicapés comme l'oblige la loi. Dans le même temps, les principaux responsables de l'association sont mandatés pour siéger dans les instances administratives responsables de l'intégration et de l'insertion des personnes handicapées dans le département, telles que la COTOREP par exemple.

Les élus locaux ne sont pas les seuls interlocuteurs, les promoteurs de l'association vont solliciter directement les administrations ministérielles en charge du handicap. Ceci montre d'une part, le manque de compétence sur ce terrain des élus locaux, et d'autre part, l'absence de confiance en ceux-ci.

4.4 La KAHMA : une association à vocation sociale

Comme l'analyse très bien la rédactrice de l'éditorial du premier numéro de la revue *Handikappables*, la composition de l'association se dessine comme une toile dans laquelle se tissent des relations familiales, associatives et institutionnelles. Un réseau d'acteurs, handicapés ou non, s'est créé pour favoriser l'accès à l'autonomie et à l'accessibilité.

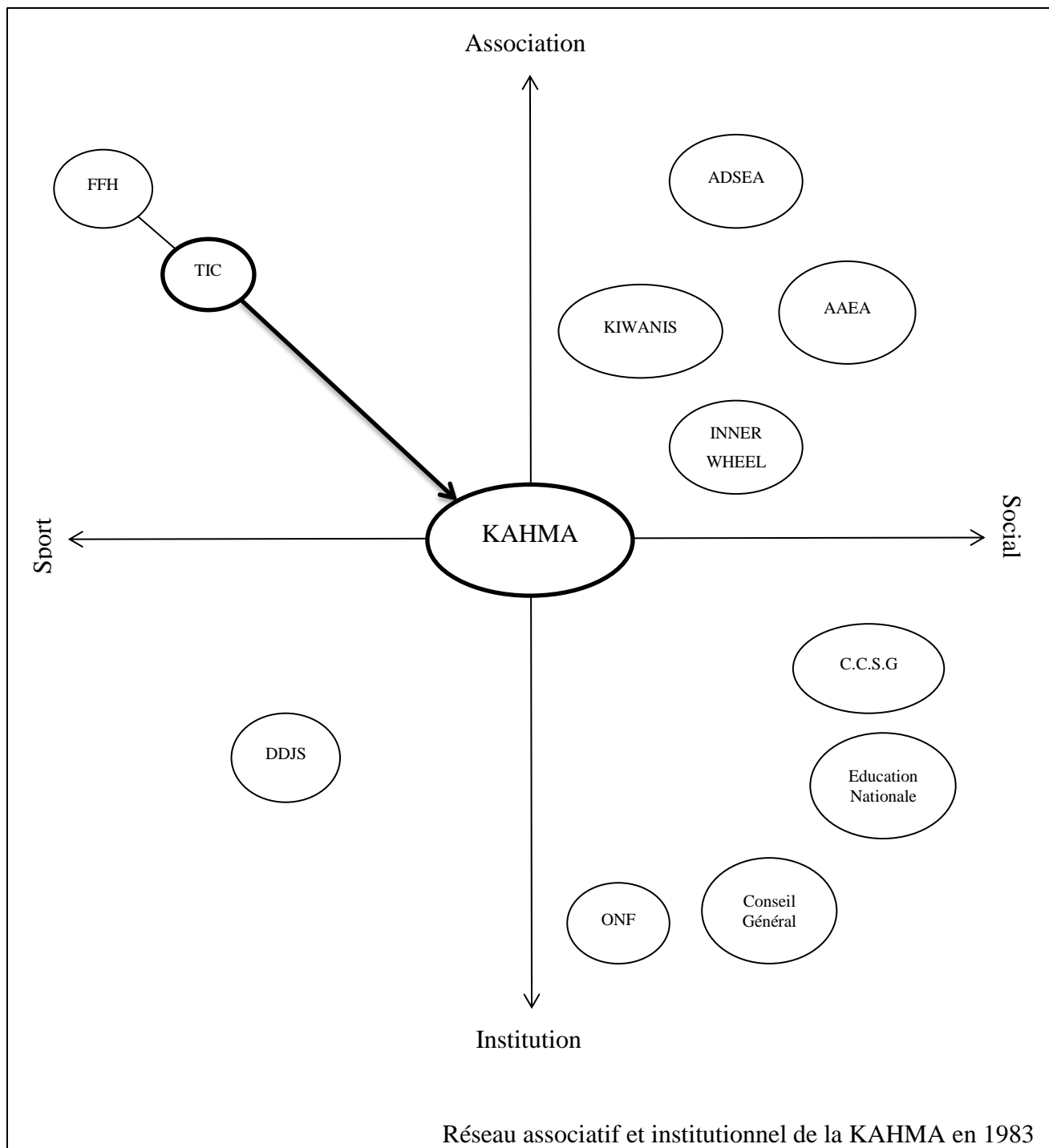
Ainsi, en reprenant les termes annonciateurs de Caroline, on peut résumer ce réseau en distinguant, au premier abord, deux groupes au sein de la KAHMA : les personnes atteintes de déficiences motrices et les personnes valides. Ces deux groupes pouvant être eux-mêmes divisés en sous-groupes.

- Les « *protagonistes* », c'est-à-dire les « fondateurs » à l'origine de ce mouvement, Angèle M., une jeune femme de 24 ans, valide, dont le frère est paraplégique et vit en métropole, et Emile M., âgé de trente-cinq ans, paraplégique depuis l'âge de 12 ans.
- Les « *héritiers* » qui représentent les personnes handicapées qui se sont jointes à la mobilisation par la suite : les « promoteurs », ceux qui participent activement à la

structuration de la KAHMA notamment par leur présence dans le bureau directeur ou dans les commissions créées au sein de l'association.

- les « *adhérents* » symbolisent les personnes « handicapées » qui se sont engagées dans l'association pour participer aux activités et/ou trouver une solution à leur problème.
- Les « *spécialistes* » représentent les « *administrateurs* », terme utilisé par un autre responsable pour définir les acteurs institutionnels qui sont en lien direct ou indirect avec le secteur du handicap.
- Les « *amis* » sont des « adhérents » ou des « bénévoles » « valides » regroupant l'ensemble des acteurs, issus de réseaux divers (professionnel, associatif, familial) et qui apportent souvent des soutiens financiers, matériels ou techniques.

L'auteure de ce texte présente ainsi l'ensemble des acteurs qui constitue la structure de la KAHMA, et dont la répartition des rôles va influencer sur le mode d'organisation de l'association et les logiques d'actions suivies. Ainsi, nous avons pu constater que si la logique sportive fut la première stratégie mobilisatrice, par la suite, les « promoteurs » et les « administrateurs » qui vont s'agréger, la feront évoluer vers une logique sociale. Les « bénévoles valides », les « amis », eux, porteurs d'une logique de solidarité vont eux aussi contribuer à ce glissement. Par ailleurs, cette analyse intra-organisationnelle permet d'identifier la prépondérance du réseau social de la KAHMA grâce aux liens dont elle dispose avec des organisations associatives à vocation sociale et institutionnelles au niveau local (voir graphique).



L'ensemble des organisations, formant le réseau associatif de la KAHMA, va déterminer aussi bien le fonctionnement interne de l'association que les relations qu'elle entretient avec son environnement (Lazega, 1994 ; Degenne et Forsé, 1994).

Ainsi, si les prises de décisions au sein de l'organisation associative sont effectuées par le comité directeur, ici composé en majorité de personnes en fauteuil roulant, mis à part Angèle, elles doivent faire toutefois l'objet d'un consensus avec l'ensemble des membres. Cette proportion a d'ailleurs pour conséquence première de substituer à la logique sportive, une logique sociale axée sur les droits des personnes en situation de handicap (Fougeyrollas, 2010). Stratégie appuyée par la présence d'« administrateurs » qui appartiennent en majorité à des institutions en lien avec le secteur social (Sécurité Sociale, Education nationale, Conseil Général, Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports, etc...). L'action de « bénévoles valides », liés aux clubs services et imprégnés d'une logique philanthropique et caritative, renforce aussi cette orientation.

La formation de l'association, ainsi analysée, nous renseigne quelque peu sur la teneur des « en-jeux stratégiques » engagés au sein de l'association (Laville et Sainsaulieu, *op.cit.* : 287). La présence simultanée d'acteurs handicapés et valides confirme le mode de formation d'une organisation « mixte ». De fait, l'enjeu paraît double : d'un côté, mettre en place des actions dirigées vers des « bénéficiaires » dont les « promoteurs » et les « bénévoles handicapés » font partie (revendication, solidarité, entraide) et, d'un autre côté, produire une « action citoyenne » sur la base du volontariat et de la « morale » pour aider les personnes handicapées de Guadeloupe et améliorer leur condition de vie.

La question du sport, oubliée dans un premier temps, effectuera son retour quelque temps après. Sa réapparition indique une continuité dans l'action des « promoteurs » du sport, dont l'axe principal est représenté par Angèle et son frère, Yannick. Ces deux acteurs vont s'appuyer sur une partie du réseau local et aussi métropolitain afin de développer une autre « stratégie » au sein de l'association.

4.5 La métropole : exemple et contre-exemple

L'action revendicative est l'axe principal que vont utiliser les promoteurs de l'association de la KAHMA. Il faut, dit Emile, « attirer l'attention des pouvoirs publics sur nos problèmes ».

Nous avons pu observer que l'axe de logique associative des acteurs se construit à travers l'opposition Métropole/ Guadeloupe. Angèle oppose la métropole à la société guadeloupéenne qui empêche la personne porteuse d'une déficience d'« avoir une vie normale ».

Signifiant	Signifié médiateur	Signifié
en métropole	c'était l'indépendance	elle [ma copine] sort, elle fait tout ce qu'elle avait à faire
en métropole		ce sont des handicapés qui sont responsables et qui font des choses
en métropole		font des choses incroyables
en métropole		Indépendant (...) libre (...)
en Guadeloupe	A cause du regard	ne sort pas
en Guadeloupe		ne pouvait pas avoir une vie normale comme tout le monde
en Guadeloupe		ne viendrai jamais vivre en Guadeloupe

Cette opposition se traduit à travers une opposition autonomie/dépendance. La métropole autorise la personne dite « handicapée » à accéder à une visibilité sociale. Cette liberté est, pour Angèle, la condition nécessaire à l'engagement associatif. Le secteur associatif offre des possibilités aux personnes ayant des incapacités à être « responsables » de leurs destins. La métropole semble donc pour Angèle le modèle à suivre.

A l'inverse, Emile oppose la Guadeloupe à la Métropole dans l'axe « bonheur/malheur », « autonomie/dépendance ».

Signifiant	Signifié médiateur	signifié
Guadeloupe	Parce qu'il reste	s'occuper de sa famille
Guadeloupe	Parce que tu as tout ce qu'il faut autour de toi	heureux
Guadeloupe		de l'espoir, un avenir
Guadeloupe	Parce que vous avez votre entourage	Vous pouvez tout faire ici
Métropole	Parce que tu es parti	Tu ne pourras plus t'adapter
Métropole	Parce qu'on est heureux quand on est bien dans sa vie	malheureux
Métropole	<i>Parce que tout est là...</i>	C'est plus difficile
Métropole		ils sont mendiants, ils ont besoin de l'abbé Pierre ou bien de Sœur Marie Untel...

Le discours signifiant oppose aussi radicalement la Guadeloupe à la Métropole. Ici, le discours signifié fait apparaître une opposition relationnelle et familiale. La Guadeloupe représente la famille, le bonheur, la vie alors que la métropole est associée à l'éloignement, le malheur et la mort sociale. Ainsi, Emile veut « se battre » pour que les handicapés restent en Guadeloupe pour qu'ils puissent vivre heureux en famille « ici » plutôt que de partir « là-bas » et vivre malheureux dans la dépendance des institutions spécialisées.

Ainsi, à travers ces deux acteurs, on distingue une opposition entre un modèle « local » et un modèle « national » qui se calque en réalité sur une autre opposition qui parcourt le secteur du handicap, celui entre la dépendance et l'autonomie. Du point de vue d'Angèle, la société guadeloupéenne favorise la dépendance à cause du poids des représentations sociales du

handicap. L'intégration des personnes handicapées en Guadeloupe est rendue difficile, voire impossible, car elles sont automatiquement stigmatisées (Goffman, 1975). Au contraire, pour Emile, qui est en fauteuil en roulant, c'est la métropole et le dispositif médico-social qui y est développé qui freine l'intégration. Le Guadeloupéen atteint de déficiences qui part en métropole dans l'espoir de retrouver son autonomie perd en réalité les possibilités d'y accéder en s'éloignant de son environnement familial. Cette opposition se retrouve chez certains « promoteurs » de la KAHMA. Hélène, alors vice-présidente de l'association, exprime cette différence en précisant que comparé à la métropole en Guadeloupe « *on vit dehors !* »

5. 1982, la création de l'équipe de basket de la KAHMA

Lors de la création de la KAHMA, les actions sociales s'intensifient mais le sport semble avoir été écarté de la logique associative initiale. Comme nous l'avons décrit au préalable, la tournée guadeloupéenne de Handibasket, entreprise à l'origine de ce mouvement, a été plutôt utilisée pour « marquer » les esprits que pour inciter à la création de clubs sportifs. Dans la première année, le sport a servi à la réalisation de stratégies collectives tournées vers la valorisation de l'image des personnes handicapées dans la société guadeloupéenne.

Il faut attendre 1982, pour que l'adhésion de sportifs en fauteuil commence au sein de la KAHMA. Dans le courant de cette année, Claude, devenu paraplégique deux ans plus tôt, adhère à la KAHMA. Champion d'apnée avant son accident, Claude s'initie à la pratique du handibasket au cours de sa rééducation à Berk-sur-mer. A son retour, il « regrette », lui aussi, la métropole où tout est « *plus facile pour les handicapés* » et où il a « *connu le haut-niveau* » avec le handibasket (voir encadré).

En 1982, il adhère à l'association de la KAHMA. Sa rencontre avec Emile l'incitera à rester en Guadeloupe et à y développer le handibasket.

Claude
(fondateur et entraîneur de la section handibasket de la KAHMA
depuis 1982)

Claude est né en 1953 à Saint-François en Guadeloupe. D'origine indienne, ses parents sont agriculteurs et commerçants.

A 27 ans (1980), Il devient paraplégique à la suite d'un accident de la circulation alors qu'il doit participer au championnat du monde de plongée sous-marine en apnée à Nouméa. Il est transféré à l'hôpital maritime de Berk-sur-mer (62), la même année. Il rencontre un autre Guadeloupéen, Mérabli, membre de l'équipe de handibasket de Berk⁸³ et de l'équipe de France. Il intègre lui aussi l'équipe.

En 1982, après deux ans de rééducation, Claude rentre en Guadeloupe. Après quelques mois, il souhaite revenir en métropole, lassé des nombreuses difficultés qu'il rencontre quotidiennement. Finalement, après sa rencontre avec Emile qui lui propose de développer une équipe de handibasket au sein de la KAHMA, il décide de rester en Guadeloupe. Au départ, l'équipe démarre avec quatre joueurs et s'entraîne sur un terrain du quartier de Bergevin à Pointe-à-Pitre.

En 1983, il part à Poitiers pour suivre une formation d'initiateur sportif premier degré de basket en fauteuil organisée par la Fédération Française Handisport. Il repart l'année suivante pour passer le second degré. Ces formations lui permettent de nouer des relations amicales avec certains cadres de la Fédération comme Robert Perri, Directeur Technique Fédéral et entraîneur de l'équipe de France de basket en fauteuil et Maurice Schoenacker, assistant de R. Perri et futur DTF (en poste actuellement). De retour en Guadeloupe, il développe l'activité handibasket au sein de la KAHMA jusqu'en 1986 puis se retire progressivement pour s'investir dans des activités professionnelles. Il crée plusieurs entreprises dont un club de plongée, un restaurant et une entreprise de location de cassettes vidéo.

Il revient au sport en 1989, restructure l'équipe de basket au sein de la KAHMA, qui va participer aux Jeux des Iles qui ont lieu à Saint-Denis de la Réunion la même année. Au retour, il décide de créer le Comité Régional Handisport de la Guadeloupe. En conflit avec certains responsables de l'association de la KAHMA, il n'obtiendra pas la présidence. Finalement, il restera en retrait du comité directeur et préférera s'appliquer à son rôle d'entraîneur de l'équipe de handibasket.

A 38 ans, en 1992, il repart avec l'équipe de basket en fauteuil à la Réunion (Tournoi). De 1996 à 2000, il participe au championnat de France de Basket en Fauteuil en National 3 puis en National 2 avec l'équipe de la KAHMA.

En 2004, il devient membre du bureau directeur (vice-président) de l'actuelle Ligue Handisport de la Guadeloupe. En conflit avec l'actuel président, il quittera son poste en 2005.

Actuellement, il entraîne toujours l'équipe de basket en fauteuil de la KAHMA. Il est marié et père d'un garçon.

Lorsque Claude adhère à l'association de la KAHMA, l'organisation du sport n'est pas encore réellement lancée. Depuis son établissement, la « commission sportive et culturelle »

⁸³ L'équipe de Berk est championne de France de 1982 à 1991, période pendant laquelle elle gagne cinq fois la coupe de France. Elle ira 10 fois en finale de la coupe d'Europe des clubs qu'elle remportera à trois reprises.

dirigée par Angèle ne révèle pas une réelle capacité à pouvoir impulser l'organisation de pratiques sportives de personnes en fauteuil en Guadeloupe. Angèle comptait sur son frère, Yannick, pour stimuler celle-ci mais ce dernier, ne souhaitant pas revenir en Guadeloupe dans l'immédiat, ne pourra y parvenir. Elle s'appuie néanmoins sur le docteur E. Galanth et le nouveau service de rééducation avec le projet que celui-ci devienne un « réservoir » de pratiquants à l'image des centres de rééducation de l'hexagone (Villoing, 2013). Simultanément, Edouard Galanth enseigne aux auditeurs de l'émission « un micro, une voix » les bienfaits de la pratique sportive pour les personnes atteintes de pathologies invalidantes. Par ailleurs, des contacts sont noués avec certains clubs sportifs « ordinaires » comme le club de tir de Saint-Claude en Basse-Terre, « *les pigeons d'argent* » et la piscine municipale des Abymes en Grande-Terre. Malgré l'attention que ces clubs sportifs ordinaires portent à leur demande, ils ne peuvent toutefois pas répondre à leur souhait, faute de compétences nécessaires à l'encadrement des personnes atteintes de déficiences complexes.

L'arrivée de Claude au sein de la commission sportive présente pour les membres de celle-ci un espoir d'insuffler une logique de sportivisation au sein de l'association. Son expérience de joueur de basket en fauteuil au sein de l'équipe de Berk-sur-Mer lui confère de façon légitime le rôle de responsable sportif au sein de la commission. De plus, ce passage de témoin convient tout à fait au mode d'« auto-organisation » promu depuis le début par Angèle. A partir de 1982, Claude entame une campagne de « recrutement » dans le but de monter une équipe de basket en fauteuil en Guadeloupe.

5.1 Les premiers sportifs guadeloupéens handicapés : un parcours thérapeutique en métropole

A travers les émissions radiophoniques, Claude annonce la création d'une équipe de basket en fauteuil au sein de la KAHMA. Cette annonce permet dans un premier temps de rassembler un premier groupe de personnes vivant en fauteuil roulant, ayant pratiqué le basket en fauteuil lors de leur rééducation en métropole et ayant la même expérience sportive au sein des centres hospitaliers en métropole.

L'un d'entre eux, Julien (voir encadré), est aussi passé par le centre Héliomarin de Berk-sur-mer quelques temps avant Claude, où il a aussi pratiqué du basket en fauteuil. Toutefois, son expérience sportive dépasse la pratique du basket en fauteuil au sein d'une structure de rééducation. Après avoir beaucoup voyagé, Julien décide de revenir en Guadeloupe. Au préalable, il avait été informé de la mise en place d'une équipe sportive par la KAHMA.

Parallèlement, d'autres adultes en fauteuil, ayant aussi pratiqué en métropole dans les centres de rééducation qu'ils ont respectivement fréquentés, viennent s'ajouter à l'équipe. Ce premier groupe de sportifs pratique de façon anonyme sur un terrain de basket de quartier. Très rapidement d'autres membres de l'association viendront gonfler le nombre de joueurs et permettre ainsi à la « commission sportive » de développer son action. Ainsi, la pratique sportive prend la forme d'un regroupement entre pairs en handicap.

Julien

(fondateur-joueur de l'équipe de handibasket de la KAHMA depuis 1982)

Julien est né en 1958 à Pointe-à-Pitre en Guadeloupe.

En 1975, à 18 ans, il devient paraplégique à la suite d'une chute d'un arbre. Il est transféré au centre hospitalier de Berk-sur-mer la même année.

Il reste à Berk pendant six ans et fait la rencontre de deux Antillais, installés à Berk depuis quelques années, et grâce auxquels il commence la pratique du basket en fauteuil. Pendant sa rééducation, il sympathise avec un américain qui est aussi en fauteuil roulant et qui pratique de l'aviron. A son retour, ce dernier l'invite à séjourner chez lui.

En 1981, après un bref passage en Guadeloupe, Julien part à Tampa-Bay en Floride.

Il rejoint l'équipe locale de handibasket, le « Miami express » avec laquelle il jouera une saison du championnat américain.

En 1982, il rentre en Guadeloupe et entre en contact avec Claude. pour intégrer le premier groupe de pratiquants.

En 1988, il sollicite les dirigeants d'une autre association, Soleil Kléré Nou, pour pouvoir relancer une équipe de handibasket. Une section sportive est créée avec des anciens joueurs de la KAHMA. Au sein de cette section, Julien rencontre Claude Issora avec qui il s'entraîne à la pratique de la course en fauteuil roulant sur route. Il produit quelques bonnes performances lors de compétitions locales Handisport auxquelles participent des athlètes métropolitains.

A la fin des années 1980, il rencontre, lors d'un entraînement, le directeur régional du Crédit Agricole qui décide de le sponsoriser. Cet appui financier lui permet d'acheter un fauteuil roulant de sport, spécialement conçu pour l'athlétisme. Il s'inscrit dans plusieurs compétitions internationales (marathon de New-York et d'Osaka) dans lesquelles il obtient de bons résultats (respectivement sixième et dixième). Sollicité par Issora pour venir s'entraîner en métropole, il décide de rester en Guadeloupe.

En 1989, il revient à la KAHMA, équipe dans laquelle il pratique toujours aujourd'hui.

Actuellement sans emploi, Julien perçoit une allocation adulte handicapé. Il vit seul avec son fils dans un logement adapté à Pointe-à-Pitre.

Les exemples de trajectoire de vie des premiers sportifs guadeloupéens atteints de déficiences motrices, témoignent du « parcours de soins » particulier à la Guadeloupe. De fait, l'expérience commune de ceux qui ont pratiqué du basket en fauteuil dans les centres hospitaliers (Berk sur mer, Garches ou Fontainebleau) participe grandement à leur investissement sportif en Guadeloupe. Contrairement à la métropole, la Guadeloupe ne dispose pas de ces centres de rééducation qui ont vu apparaître cette pratique en France dans les années 1960. Ainsi, pour beaucoup, voire la totalité de ces Guadeloupéens accidentés de la vie, la phase de reconstruction physique et identitaire s'est faite à l'extérieur de la Guadeloupe. Ces étapes, souvent longues, sont vécues à la fois comme des périodes

douloureuses, et à la fois comme des expériences de vie singulières. Elles sont surtout l'occasion de rencontrer de nombreux Antillais atteints de déficiences motrices, qui ont suivi des soins de rééducation et qui ont fini par s'installer définitivement en métropole. Ces choix de rester en métropole sont motivés par la qualité de vie qu'ils y trouvent, par leur affiliation à une pratique sportive ou par une intégration professionnelle. Le parcours biographique de Yannick, de son accident jusqu'à son installation à Toulouse, est un exemple qui retrace ces trajectoires.

Ces « expatriés » deviennent alors des « pairs en handicap » qui permettent, dans certains cas, de faire le relais avec la pratique du basket. En effet, dans le cas de Claude et de Julien, la pratique du basket en fauteuil se fait par l'intermédiaire d'autres Antillais qui sont installés à Berk et qui jouent dans l'équipe locale. La « chaîne du don » est en place. Mais dans le cas de ces Guadeloupéens, cette chaîne peut s'avérer plus complexe. L'apparition du handicap puis l'éloignement géographique pour aller dans des centres de rééducation en métropole peut engendrer un processus de reconstruction plus difficile. Dès lors, comme Yannick, en l'absence d'un environnement familial stable, le milieu sportif devient une « seconde famille », un lieu d'échange entre les « anciens » et les « jeunes ». Dans le cas de certains Guadeloupéens, il peut s'ajouter à ce processus, celui du rapprochement entre « compatriotes ». Ainsi, au-delà d'une « re-définition de soi » entre « pairs en handicap », ces rapprochements pourraient être également définis comme un « entre soi » de « pairs » en identité antillaise. Dans une étude sur les étudiants antillais, Lirus (1979) montre la présence de liens « hyper-affectifs » qui se créent lors de ces périodes de vie en métropole, notamment chez les étudiants (20-25 ans). Cette hyper affectivité se présente souvent sous la forme d'un regroupement communautaire qui exprime le souhait de reproduire un modèle familial « matrifocal » ainsi qu'un environnement culturel dans lequel ils se retrouvent. Le rapprochement et le « passage de témoin » de la culture sportive entre expatriés se retrouvant

dans des centres de rééducation peuvent alors se comprendre sous l'angle culturel, et expliquer la pratique sportive qui se poursuit en Guadeloupe.

5.2 L'espace médical comme soutien au développement du sport (et plus largement au mouvement des personnes handicapées en Guadeloupe)

Le rapprochement organisé avec le secteur médical qui s'initie dès la création de la KAHMA, se poursuit dans le cadre sportif avec l'aide du docteur Galanth. Ce jeune médecin, d'origine guadeloupéenne, officie au sein du service de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de Selbonne à partir de 1980, après un passage dans les services de l'Hôpital Maritime de Berk-sur-Mer. Au cours de son séjour, il peut observer comment la ville de Berk-sur-Mer est « *organisée pour que les personnes handicapées puissent circuler dans la ville* ». Il constate aussi la place importante qui est donnée en métropole aux activités physiques et sportives dans le circuit de la rééducation fonctionnelle et l'impact qu'elles ont sur le processus de réadaptation sociale des personnes handicapées :

*« [Berk] est vraiment une ville **«avant-gardiste»** dans ce domaine-là [le sport], parce que là on est rentré dans un autre domaine qui est le domaine de la réinsertion. Et pour ma part je considère que l'activité sportive est un bon **moyen de réinsertion sociale**, pour avoir côtoyé certains patients, certaines personnes handicapées qui pratiquaient le sport, j'ai trouvé qu'ils vivaient une autre vie, ce sont ces gens-là qui heu...qu'on rencontre un peu partout, qui se déplacent, qu'on voit dans les rues, on les voit dans les manifestations. »*

(Docteur Galanth, 59 ans, médecin rééducateur, membre de la KAHMA, médecin fédéral régional de la Ligue Handisport de Guadeloupe)

Le docteur Galanth peut être considéré comme l'un des co-fondateurs de l'association de la KAHMA. Il fait partie du noyau de départ et se propose d'animer une commission médico-technique qui a pour objectif de placer la question des dispositifs de rééducation et de réadaptation fonctionnelle au centre des débats politiques en Guadeloupe. Edouard Galanth a pour volonté d'appliquer le modèle de rééducation fonctionnelle observé à Berk-sur-mer au sein du service qu'il dirige. Pour cela, il va tenter d'y développer les pratiques sportives, en s'appuyant sur l'association de la KAHMA. On voit là que le sport est utilisé dans une logique de rééducation comme pour le mouvement Handisport national au départ (Marcellini, 2000).

- « (...) *on s'est inspiré de Stoke-Mandeville, on s'est inspiré de l'institut de Garches. Ben on s'est dit ben voilà, la seule structure importante publique qui existait en Guadeloupe, c'était cet établissement [Maurice Selbonne]. Donc on s'est dit que c'est là que nous devons commencer. Et donc j'ai proposé au directeur de cet établissement de faire des espaces sportifs pour que nous puissions développer la pratique sportive (...)* ».

(Docteur Galanth, 59 ans, médecin rééducateur, membre de la KAHMA, médecin-fédéral régional de la Ligue Handisport de Guadeloupe).

Dans la lignée des grands centres européens de rééducation européens, le centre hospitalier Maurice Selbonne devient alors le théâtre de compétitions sportives de personnes en fauteuil roulant. En Aout 1982, la KAHMA et la direction du centre hospitalier de Selbonne, organisent une première manifestation Handisport avec au programme : un match de handibasket et une course en fauteuil roulant. Les participants, les membres du noyau sportif de la KAHMA, mais aussi certains jeunes en soins au service de rééducation,

parcourent douze kilomètres autour de l'hôpital. Cette première manifestation contribue à l'organisation d'autres démonstrations sportives. En septembre, les coureurs en fauteuil roulant sont invités à participer au semi-marathon (10 kms environ) organisé annuellement par le service des sports de la ville de Bouillante, ville où est situé le centre hospitalier.

On voit là, la reproduction du modèle européen du développement du sport pour personnes handicapées. Comme à Stoke-Mandeville dans les années 1940 en Angleterre, puis à Fontainebleau, Garches ou Berk-sur-Mer à partir des années 1970 en France, en Guadeloupe dans les années 1980, le sport des personnes handicapées physiques prend aussi appui sur le milieu médical. Cette reproduction, issue de l'expérience personnelle de chacun des acteurs à l'origine de ce mouvement sportif, semble correspondre, à ce que définirait Henri-Jacques Stiker (1982), à une « intériorisation du modèle de la réadaptation ». En effet, pour l'historien spécialiste du handicap, « toutes les institutions », associations comprises, qui s'intéressent au handicap « affichent qu'elles entendent travailler à la réintégration et à la réadaptation » (p.152). Ainsi, elles reproduisent involontairement, par imprégnation, un système de prise en charge calqué sur ce modèle de la réadaptation.

5.3 L'organisation de la pratique du basket en fauteuil

Dans l'élan des premières manifestations sportives organisées au sein du secteur médical, d'autres démonstrations sont prévues au cours des actions d'information et de sensibilisation « dominicales » effectuées dans les communes par la KAHMA. Les responsables de l'association espèrent ainsi que « *montrer* » du basket en fauteuil permettra à la population de voir « *ce qu'un handicapé peut faire* ». Selon ces propos tenus par Claude, l'objectif est ici aussi d'augmenter le nombre de joueurs en « *allant chercher les handicapés* »

chez eux ». Ce mode de recrutement utilise la même stratégie que pour le volet social de l'association, c'est-à-dire du porte-à-porte mais surtout par le biais des médias.

« On faisait des émissions pour recruter des gens. Des émissions radio avec Jackie Maussion qui était là à l'époque. On avait une émission chaque semaine. Bon voilà. Les gens nous téléphonaient en direct (...) on allait chez eux les voir, les recruter (...) C'est comme ça qu'on a commencé le basket. Et en 85 [83 en réalité], je crois, qu'on a fait notre première sortie ... en Martinique. J'avais déjà une bonne dizaine de joueurs ».

(Claude, 56 ans, entraîneur de l'équipe de basket en fauteuil à la KAHMA, paraplégie)

Le recrutement semble fonctionner dès la première année avec l'arrivée d'autres personnes en fauteuil au sein de l'équipe de la KAHMA, qui permet, selon un article paru dans la revue *Handikappables*⁸⁴, la formation de deux équipes de basket en fauteuil roulant. Le lien avec le monde sportif semble être en marche avec la diffusion d'une pratique plus ancrée dans une logique de compétition. Le 1er mai 1983, des démonstrations de basket en fauteuil sont organisées par la KAHMA dans les deux villes principales de la Guadeloupe, Pointe-à-Pitre et Basse-Terre. L'organisation de ces rencontres bénéficie du soutien du service départemental de la Jeunesse et des Sports qui lui donne la possibilité d'évoluer dans des structures sportives réservées aux grandes rencontres régionales telles que le Hall des Sports de Pointe-à-Pitre et le stade du Cygne-Noire à Basse-Terre. La remise officielle de ballons de basket par des responsables politiques et sportifs marque un intérêt grandissant pour le développement du basket en fauteuil.

L'équipe sportive prend de l'importance, tant au niveau de son effectif que de son écho médiatique, et devient le porte-drapeau de l'association de la KAHMA. Elle participe à

⁸⁴ Sport-culture : Basket, *Handikappables*, n°1, juillet 1983, p.2.

toutes les actions de l'association, y compris celles qui ont lieu à l'extérieur de l'île. En décembre 1983, l'équipe accompagne des membres de la KAHMA, invités en Martinique afin de participer à la création de l'Association des Handicapés Physiques de la Martinique (AHPM). Comme en Guadeloupe, des démonstrations de basket en fauteuil sont programmées dans le cadre de manifestations dont le but est de sensibiliser et d'informer la population sur le thème du handicap, et qui se déroule dans les différentes villes de l'île sœur. Cette expérience sera renouvelée à l'occasion du Congrès Inter-caribéen des Associations de personnes handicapées qui a lieu en Guyane Française l'année suivante, les membres de la KAHMA et l'équipe de basket en fauteuil sont invités à participer à la création de l'Association des Handicapés Physiques de la Guyane (AHPG). Comme en Martinique, des rencontres de basket en fauteuil sont organisées à cette occasion.

5.4 L'usage du sport à la KAHMA : d'une logique compétitive ...

« Alors moi, pendant ma rééducation j'ai connu la «dream-team» de basket quoi ! C'était toute l'équipe de France qui était à Berk quoi. On prenait l'équipe de Berk, c'était l'équipe de France. »

(Claude, 56 ans, entraîneur de l'équipe de basket en fauteuil à la KAHMA, paraplégie)

Les sportifs antillais ayant évolué en France avant de revenir vivre en Guadeloupe gardent la nostalgie de leur expérience sportive dans l'hexagone. La rencontre avec la pratique sportive en fauteuil pendant les années post-traumatiques est vécue par Claude, l'entraîneur de l'équipe de la KAHMA, comme un événement majeur : *« J'ai vu le haut-niveau, ça m'a épaté. J'ai vu des trucs extraordinaires (...) Les mecs c'étaient des... un jeu fantastique. Tu vois ? Ça m'a vraiment plu, tu vois ? »*. La vision des « pairs » en fauteuil

réalisant des exploits sportifs va lui redonner de l'espoir. Le sport de haut-niveau se présente pour Claude, ancien champion d'apnée valide, comme un moyen de retrouver les sensations liées à la compétition qu'il a tragiquement perdues lors de son accident quelques jours avant de partir pour les championnats du monde d'apnée à Nouméa. Il participe aussi à la transformation des représentations des personnes handicapées. L'image du sportif en fauteuil va à l'encontre de l'image fataliste de la personne handicapée, associée à la fragilité et à l'immobilité. Claude compare les sportifs de haut-niveau en fauteuil à des « *déménageurs* » qui auraient « *trois turbos sur leur fauteuil* » et qui « *démarrent comme des fusées* ». Le contact avec certains sportifs en fauteuil de l'équipe de Berk-sur-mer va offrir à Claude un « groupe de pairs » qui va se constituer en véritable modèle identificatoire et en un espace d'apprentissage de la vie sociale en fauteuil pour lui.

*« Pendant trois ou quatre mois, j'ai joué avec eux. Je me suis entraîné avec eux. Alors, je suis passé par **la bonne école** (rire). Voilà. C'est ça qui m'a permis de voir que c'est beau le haut niveau. C'est super. Y'avait des matchs, du public, je me suis dit **la vie continue** quoi. Je vois que chaque mec vient avec sa voiture. **Ils viennent avec leur voiture**. Alors tu vois moi je suis handicapé, ça m'a donné du baume au cœur quoi. Les mecs, y sont **pas si fragiles** que ça. Ils tombent, ils se lèvent. Fiou. Tu vois. **Ils parlent de voyages**. Tous les week-ends, ils vont jouer au basket en avion quoi ! »*

(Claude, 56 ans, entraîneur de l'équipe de basket en fauteuil à la KAHMA, paraplégie)

A la suite de cette expérience, son investissement au sein de l'équipe de la KAHMA a pour objectif de diffuser ce modèle auquel il s'identifie. La présence de Guadeloupéens, des « *phénomènes* » comme il le dit, au sein de l'équipe A de Berk-sur-Mer et de l'équipe de France renforce très certainement cette projection vers des « semblables » (Marcellini, *op.cit.* : 97). Il va alors se former en métropole pour devenir moniteur fédéral, ce qui lui

permet d'obtenir un titre de cadre sportif et dans le même temps une légitimité institutionnelle.

*« C'est là que je suis revenu en Guadeloupe, deux ans après (...) j'ai su qu'il y avait le premier stage d'entraîneur pour handicapés à Poitiers (...) un CREPS vraiment bien ! Beaucoup de haut-niveau s'entraînent là-bas. D'ailleurs c'est un château. Avec tous les terrains de tennis, terrains de basket. Et là, j'ai fait mon premier stage (...) **j'étais le premier Guadeloupéen à passer un diplôme, Moniteur premier degré basket fauteuil roulant. C'est sorti sur le journal Poitevin. Parce que j'étais le premier Guadeloupéen.** Et en 2004, je crois que j'ai été passé mon deuxième degré, encore à Poitiers, avec l'équipe de France hein ! C'est-à-dire quand tu finis le stage que tu fais avec l'équipe de France, en fin de stage tu dois manager l'équipe de France hein ! Tu es noté. Tu as deux équipes, il faut les manager et puis voilà. Tu fais les entrées, tu fais les sorties. Ils sont professionnels hein ! C'est ça qui m'a mis le pied à l'étrier tu vois ! Ça m'a vraiment donné du baume au cœur. Et je suis entré en Guadeloupe après, boosté tu vois ».*

(Claude, 56 ans, entraîneur de l'équipe de basket en fauteuil à la KAHMA, paraplégie)

D'autres joueurs, ayant évolué au sein d'équipes métropolitaines, présentent les mêmes trajectoires et processus d'identification. Dans le discours de Julien, passé par l'équipe de Berk-sur-Mer quelques années avant Claude puis par l'équipe de « Miami Express » aux Etats-Unis, la connaissance du haut-niveau est un savoir qui se transmet aux « jeunes ».

« [Parlant d'un ancien joueur de la KAHMA recruté en Guadeloupe] On lui a montré comment jouer au basket et il est parti jouer en métropole. Après on en a rencontré un qui joue en Italie maintenant, ce gars-là, on lui a appris à jouer aussi et il est parti sur la métropole. Il joue en Italie maintenant. »

(Julien, 50 ans, membre de l'équipe de basket en fauteuil de la KAHMA depuis 1982, paraplégie)

Les sportifs antillais en fauteuil qui sont restés vivre en métropole participent aussi à la promotion d'un usage du sport tourné vers une logique compétitive. Yannick mais aussi d'autres joueurs comme Mérabli, qui joue à Berk-sur-Mer, ou Farahsmane Mario, membre de l'équipe de France, reviennent régulièrement en Guadeloupe pour ainsi transmettre leur expérience du haut-niveau. Ainsi, lors de ses séjours, Yannick s'assure du « *suivi* » des jeunes sportifs guadeloupéens en veillant à leur « *formation* ». Il cherche aussi à mettre en place les conditions favorables au développement de compétitions, voire d'un championnat en participant à la formation d'un corps arbitral au niveau local.

« ...je venais aux Antilles tous les ans [...] j'allais là-bas et je formais les gens, je formais des jeunes à l'activité ... surtout le basket. [...] et puis heu chaque fois que je viens aux Antilles, je fais ce qu'on appelle des formations, je viens les soutenir, je les accompagnais dans les tournées lorsqu'ils ont des tournées quoi. Je suis toujours présent à chaque fois que je viens aux Antilles ».

(Yannick, 62 ans, président du Club Handisport Muret-Toulouse, paraplégie)

Ce parrainage se poursuit lors de la venue de Claude en métropole pour acquérir le statut de moniteur fédéral et permettre ainsi la diffusion du modèle fédéral en Guadeloupe.

Les sportifs en fauteuil guadeloupéens servent aussi de lien avec les équipes métropolitaines et se transforment alors en véritable « managers ». En mai 1984, la section Handisport du « Sporting Club d'Angoulême », équipe évoluant en première division, est invitée à venir en Guadeloupe pour effectuer une tournée avec l'équipe de la KAHMA. Comme en 1979, une série de matchs est organisée dans plusieurs villes importantes de l'île (Pointe-à-pitre, Saint-François, Trois-Rivières, Petit-Canal, Anse-Bertrand, Bouillante, Sainte-Anne). Mis à part l'intérêt touristique, cette série de rencontres qui « *bien souvent (...)*

se disputaient l'une après l'autre dans deux villes différentes » fut pour l'équipe locale un moyen de se mesurer à une équipe compétitive. Les responsables du « SC Angoulême » se satisfont « *d'avoir pu permettre à cette équipe de faire quelques progrès* » en ayant « *apporté un peu de leur savoir* » au « *basket antillais* »⁸⁵.

En résumé, les sportifs en fauteuil guadeloupéens veulent reproduire la logique sportive qu'ils ont connue au cours de leur séjour de rééducation et qui s'imprègne du modèle fédéral. Pour ces derniers, le sport est un outil d'identification à un modèle compétitif dans le but sous-jacent de valoriser une participation sociale normative. Les sportifs que nous avons rencontrés ont pratiquement tous une vie de couple, une voiture, un logement autonome et pour certains un emploi, et s'affichent comme des exemples vivants de la possibilité d'un retour à la vie normale. Le rapport aux « voyages », terme fréquemment utilisé par les sportifs, rend compte de l'importance de l'espace sportif dans le rapport à la mobilité et à l'autonomie. Grâce à cette image, comme Anne Marcellini l'a aussi observé en métropole, les sportifs handicapés jouent un rôle de « catalyseurs » de l'« engagement des autres dans l'action » (2005 : 101). L'utilisation médiatique des sportifs en fauteuil devient un levier important à la déstructuration des représentations négatives de la personne handicapée qui rayonne sur l'ensemble du groupe (Lachal et Combrouze, *op.cit.*). Cet usage médiatico-politique du sport est largement repris au sein de l'association de la KAHMA notamment pour appuyer sa logique sociale. Dès lors, si le « groupe de sportifs » occupe une place particulière au sein du mouvement et bénéficie du réseau associatif pour faire évoluer la pratique sportive, il semble aussi se noyer, ou se diluer dans cette logique sociale. L'absence d'une « section sportive » autonome affiliée à la Fédération Française Handisport, malgré les liens tissés avec celle-ci via les Guadeloupéens évoluant en métropole, en est un indicateur.

⁸⁵ Quel punch !, *Handikappables*, n°5, juillet 1984, p.6.

5.5 ... à une logique sociale

« (...) C'est vrai que l'on a travaillé sur cette partie-là [le sport], parce que ça nous semblait important. Déjà pour le bien-être, pour compléter un petit peu la rééducation des personnes handicapées, quel que soit le handicap et nous [le comité directeur] on pensait que ça pouvait être, pour certains, un loisir mais pour d'autre un tremplin, pour les aider à mieux s'insérer, vous voyez ? Pour leur donner confiance en eux etcetera, une fois que vous avez, comme tout le monde, que vous remportez quelques victoires etcetera, ça vous conforte dans l'idée que vous êtes capable de. »

(Marie, 55 ans, présidente de la KAHMA de 1989 à 1992, présidente de l'AGPIHM de 1995 à 2005, tétraplégie).

Au premier abord, les membres du comité directeur de l'association expriment sensiblement la même stratégie de participation sociale défendue par le groupe des sportifs concernant l'usage du sport. On voit bien à travers le passage présenté plus haut que le sport est clairement intégré dans un processus de « réadaptation » physique et aussi sociale. La particularité de ce discours ici tenu provient toutefois du caractère altruiste qu'il sous-entend. En effet, contrairement aux sportifs, cette responsable associative exprime une volonté de développer le sport « pour les autres ». Cette position « matriarcale » rappelle d'ailleurs celle que prend Emile, fondateur et président de la KAHMA. Il se distingue clairement du groupe de sportifs en se plaçant dans un rôle de manager :

« Eux ils l'ont pratiqué et le pratiquent toujours, et j'ai mis en place les organisations mais c'est eux qui s'en occupent, c'est eux qui font des voyages, les sorties, la pratique, les matchs de basket et tout ».

(Emile, 62 ans, Président de la KAHMA depuis 1981, paraplégie)

Pour lui, le sport est clairement un espace que les personnes handicapées doivent investir pour « surmonter leur handicap » et accéder à une reconnaissance sociale :

*« (...) **le sport est une nécessité pour la personne handicapée.** Et ça lui permet aussi de **revenir dans le public.** D'accepter de **se refaire regarder,** sans avoir à être traumatisée par le regard. Parce que le regard de l'autre aussi est traumatisant. Quand tu ne fais rien et que quelqu'un vient, il te regarde comme ça avec ton fauteuil roulant, c'est aussi traumatisant que tout autre traumatisme. Mais quand il sait que tu fais un sport, **il te regarde dans le sport,** tu as l'impression que c'est le sportif qu'il apprécie [regarde], pas le handicap et son fauteuil. Deux regards différents, **le regard sur le sportif n'a pas de pitié, ni hypocrisie.** C'est pourquoi tu dois pratiquer un sport (...) »*

Dès lors, l'usage du sport défendu par les principaux responsables de l'association nourrit les actions politiques qu'ils ont entreprises après la création de la KAHMA, dans lesquelles on ne peut retrouver la logique compétitive recherchée par les sportifs. Cette logique calquée sur le modèle fédéral éloigne donc le groupe de sportifs de la logique sociale portée plus largement par la KAHMA. Cette distinction conduit les sportifs à se marginaliser au sein de l'association :

*« (...) Y'a toujours eu une difficulté avec l'équipe parce que heu a un moment **les gars de l'équipe ne se sentaient même pas membres de l'association,** pour eux ils étaient un petit peu **laissés pour compte** parce que l'association était davantage portée sur des question heu des droits des personnes handicapées, des aides, du social, du secours mais pas tant sur la question du sport, donc du coup **ils étaient en autarcie à l'intérieur de***

***L'association** (...) Au début, c'était les **deux pôles** si vous voulez, la partie culturelle et sportive, et la partie sociale. Mais, il faut dire que **la partie sportive a eu beaucoup de mal à se structurer** ».*

(Stéphane, 50 ans, Secrétaire général de la KAHMA de 1981 à 1984, amputation tibiale)

Cette direction « sociale » au détriment du sport est quelque peu regrettée par certains fondateurs de la KAHMA, plus précisément par Angèle et son frère Yannick, pour qui la logique initiale était plus sportive.

*« Il (Emile) a **dévié sur le social**, il a dévié plutôt sur l'hébergement donc **la KAHMA n'a plus le poids Handisport** que ... si vous voulez sur le principe que la KAHMA a été créée. Voilà, disons que l'Handisport là-bas est plus un amusement pour les personnes en situation de handicap (...) »*

(Yannick, 62 ans, président du Club Handisport Muret-Toulouse, paraplégie)

Au-delà de l'aspect stratégique, cette opposition des « sportifs » à la stratégie sociale de l'association est aussi le reflet d'une opposition au système de « dépendance » que cela implique. Le mouvement sportif des personnes atteintes de déficiences motrices en France se développe à travers une stratégie de responsabilisation et de normalisation qui se caractérise notamment par l'obligation pour les clubs Handisports d'adopter la forme d'« auto-organisation » pour pouvoir adhérer à la Fédération Française Handisport. Cette condition, assouplie aujourd'hui avec une ouverture plus fréquente des clubs ordinaires aux personnes handicapées, correspond, dans les années 1970, à une étape politique majeure dans le domaine du handicap (Guyot, 2000 ; Chauvière, 2000). En Guadeloupe, si le mode d'auto-organisation est bien présent, le sport se trouve divisé entre deux logiques, sociale et compétitive, et se

trouve par là même confronté aux formes de liens sociaux rencontrés en Guadeloupe tels que la solidarité, l'entraide via l'action caritative. Pour les mouvements autonomes de personnes handicapées, ces termes sont associés à ceux de charité et de pitié qu'ils rejettent largement (Turpin, 2000 ; Galli et Ravaud, 2000). En conséquence, en Guadeloupe, où l'attention au handicap s'inscrit à l'interface d'un principe global d'autonomie et d'un principe local de solidarité et d'entraide, le mouvement sportif, espace de redéfinition des représentations du handicap, est le témoin de cette relation complexe.

5.6 Le mouvement sportif des personnes déficientes motrices en Guadeloupe : Entre mouvement autonome, action sociale de solidarité et de charité envers les personnes handicapées

Le basket en fauteuil est considéré par les acteurs de la KAHMA comme un réel vecteur d'image positive de la personne handicapée en Guadeloupe. Le soutien dont l'équipe bénéficie, tant logistique que financier, témoigne de cet engouement. Le « Comité d'Aide aux Handicapés de Guadeloupe » créé par Jacqueline Maussion, organise des galas pour « *encourager les handicapés les plus dynamiques* »⁸⁶ pour collecter des fonds qui « *serviront à l'équipe de basket de la KAHMA pour la promotion du sport en fauteuil roulant* »⁸⁷. Le Conseil Général et la Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports, grâce au réseau de certains bénévoles, participent aux financements des stages de formation des cadres sportifs de la KAHMA. Les acteurs institutionnels louent les exploits des sportifs en fauteuil roulant qui « *sont une leçon de courage et un exemple pour le monde des valides* »⁸⁸. Dans le

⁸⁶ Création d'un comité d'aide aux handicapés, *Handikappables*, n°3, janvier 1984, p.3.

⁸⁷ *Id.*

⁸⁸ En guide d'Editorial, *Handikappables*, n°4, avril 1984, p.1.

même temps, les clubs services, « InnerWheel » et « Kiwani's », organisent une collecte de dons afin de financer l'achat de six fauteuils roulant adaptés à la pratique sportive⁸⁹.

Toutefois, cette forme d'assistance proposée par des clubs services, calquée sur le modèle de la charité, s'oppose à l'image du sportif handicapé défendue par certains acteurs et particulièrement ceux qui vivent en métropole comme Yannick. Pour eux, cette forme d'assistance ramène à la condition de dépendance des personnes handicapées qu'ils combattent.

« Il y a d'autres instances que le public pour trouver des fonds, cette méthode va à l'encontre de l'image du sportif handicapé – dynamique et soin- elle renforce l'image de dépendance que le public a de l'handicapé et que nous combattons »⁹⁰

(Yannick, 62 ans, président du Club Handisport Muret-Toulouse, paraplégie)

Ces propos tenus par Yannick lors d'un passage en Guadeloupe et retranscrits dans la revue *Handikappables* démontrent la logique stratégique qu'il développe dans la gestion des clubs qu'il dirige en France, et qu'il souhaite voir reproduire en Guadeloupe. Pour lui, les personnes dites « handicapées » doivent être les propres acteurs de la gestion de leur association et cela dans tous les espaces de décision. Cette stratégie d'implication est décrite comme essentielle pour pouvoir accéder à une reconnaissance sociale et politique. Elle démontre la capacité d'autogestion, de responsabilisation des personnes handicapées nécessaire à une meilleure prise en compte de leur situation au sein des politiques publiques. En métropole, Yannick se dirige vers le secteur privé pour financer le Handisport au sein des

⁸⁹ Le Conseil Général et les personnes handicapées, *Handikappables*, n°1, juillet 1983, p.3.

⁹⁰ Combat pour l'intégration, *Handikappables*, n°4, avril 1984, p.8.

clubs de Toulouse. Pour cela, il associe par exemple l'image du sportif en fauteuil à celle du « travailleur handicapé », et sollicite ainsi le milieu de l'entreprise.

« On [les dirigeants du club sportif] a développé des compétences, qu'on propose aussi bien à la ville qu'aux acteurs économiques, parce que notre cible ce sont les acteurs économiques, en priorité, pour faciliter l'insertion des personnes. On a proposé plusieurs points dans ce domaine-là pour faciliter les choses, notamment l'accessibilité et la formation, sur la problématique du handicap. Voilà, afin que tout ça se passe dans de bonnes conditions dans les entreprises »

(Yannick, 62 ans, président du Club Handisport Muret-Toulouse, paraplégie)

D'autres acteurs sportifs en fauteuil roulant ayant évolué en métropole, comme Michaël un ancien pensionnaire de l'équipe Berk-sur mer, revenu en Guadeloupe au milieu des années 1990, déplorent le caractère infantilisant et rabaissant des sources de financement utilisées par les associations de personnes handicapées en Guadeloupe. Il va même jusqu'à associer cette méthode au fait de faire la « manche ».

5.7 Les difficultés à mobiliser les personnes handicapées au sein des pratiques sportives

D'autres activités sont mises en place par la commission sportive de la KAHMA avec l'aide de clubs sportifs ordinaires. Cette volonté d'évolution vers d'autres types de pratiques sportives se trouve motivée par la présence de Monsieur Linor, fonctionnaire de la Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports. En outre, la diffusion du journal *Handikappables*, dont le premier numéro paraît en juillet 1983 témoigne de cette volonté de

développer les pratiques sportives en direction des personnes handicapées. Ainsi, si le handibasket reste l'activité principale, le tir à l'arc, le tir à air comprimé et la natation font leur apparition. Concernant le tir à l'arc, des « *rendez-vous sont fixés au centre de tir des Pigeons d'argent à Fonds vaillants Saint-Claude [Basse-Terre] à partir de 15h30 jusqu'à 18 heures* »⁹¹. L'activité est aussi proposée à Pointe-à-Pitre (Grande-Terre) le mercredi après-midi et le samedi après-midi. Toutefois, pour pratiquer il faut pouvoir payer une licence sportive qui vaut « *100 francs* »⁹².

Malgré tout, deux ans après, la mobilisation n'est pas au rendez-vous. Afin de dynamiser les adhésions, des moyens de transport et des aides sont mis à disposition pour permettre à cette activité de se développer et inciter les personnes handicapées à venir pratiquer : « *des mesures seront prises pour vos déplacements, selon que vous soyez nombreux à vous inscrire* »⁹³. Il est « *mis à disposition des handicapés de la Basse-Terre et des environs* » du matériel de tir au pistolet et de tir à l'arc par la Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports de la Guadeloupe. Les cours dispensés par le club de tir des Pigeons d'argent sont « *tout à fait gratuits* »⁹⁴.

Le manque de mobilisation empêche l'émulation nécessaire à une sportivisation des pratiques sportives des personnes vivant avec un handicap. Tant pour le tir que pour le basket en fauteuil, des adhésions supplémentaires seraient « *très souhaitables... afin de stimuler l'esprit de compétition* » et « *organiser des rencontres inter-villes [Pointe-à-Pitre vs Basse-Terre]* »⁹⁵. Un appel est lancé à plusieurs reprises dans la rubrique sportive de la revue *Handikappables* : « *Ami(e)s handicapés réveillez -vous ! Il est grand temps ! L'insertion*

⁹¹ Les tirs à l'arc !..., *Handikappables*, n°2, octobre 1983, p.2.

⁹² *Id.*

⁹³ Sports, *Handikappables*, n°6, janvier 1985, p.4.

⁹⁴ *Id.*

⁹⁵ Rubrique sportive, *Handikappables*, n°7, Avril 1985, p.2.

s'étend sur tous les domaines, travail, responsabilités personnelles et aussi dans le domaine sportif. Donc venez très nombreux vous joindre à nous ! »⁹⁶.

La pratique sportive effective des personnes vivant avec un handicap moteur se cantonne donc à la discipline du basket au sein de la « *KAHMA principale* »⁹⁷ en Grande-Terre. Les entraînements sont définis par les acteurs de l'époque comme un temps de défoulement et de convivialité et non comme une séance organisée avec des projets sportifs précis. L'association n'est pas affiliée à la Fédération Française Handisport dont la logique de sportivisation paraît éloignée des préoccupations locales. Cette non-affiliation témoigne pour le moins de l'absence d'une volonté interne de promouvoir un modèle compétitif. Toutefois, à partir de 1984, l'organisation de rencontres sportives contre d'autres équipes caribéennes donne l'impression de nouvelles intentions. En effet, faute d'avoir d'autres équipes locales à rencontrer, des rencontres de basket en fauteuil roulant vont être organisées le plus souvent avec l'équipe de la Martinique, l'AHPM, créée lors du passage de la KAHMA en 1983. Par la suite, des démonstrations sont exécutées dans les îles voisines, anglo-saxonnes, comme Sainte-Lucie et la Dominique. Ces voyages prennent la forme d'un projet de création d'un championnat caribéen. L'impossibilité apparente de pouvoir créer une deuxième équipe au niveau local et l'éloignement avec la métropole conduit les responsables associatifs à créer des liens avec les îles voisines de la Caraïbe, à l'image de ce que l'on a pu observer dans le mouvement sportif guadeloupéen des années 1960-1970 (Dumont, *op.cit.*).

Ainsi, le mouvement sportif des personnes handicapées en Guadeloupe est traversé de multiples logiques. Dans un premier temps, il a participé à la structuration de l'association de la KAHMA à travers des actions médiatiques, ces dernières ayant pour objectif de sensibiliser

⁹⁶ *Id.*

⁹⁷ La KAHMA principale est le terme utilisé par les acteurs dans la revue *Handikappables* pour désigner le siège de l'association en Grande-terre. En effet, comme nous l'avons vu, l'association dispose de deux antennes, une en Grande-terre et une en Basse-Terre.

la population guadeloupéenne et de fédérer les personnes handicapées autour de l'association de la KAHMA. Par la suite, une logique plus sportive, développée par un groupe de sportifs, ayant effectué leur rééducation en métropole et connu le sport de haut-niveau, va se développer. Au départ, on assiste à une pratique confidentielle, avec l'organisation de démonstrations dans les communes guadeloupéennes, puis progressivement des rencontres sportives avec des équipes extérieures se multiplient et donnent ainsi l'impression qu'un processus de sportivisation est en cours⁹⁸. Pourtant, quelques années plus tard, celui-ci n'a toujours pas accédé à un développement significatif. Le basket en fauteuil se réduit toujours à la seule équipe de la KAHMA, et les échanges avec l'extérieur se font de plus en plus rares, faute de moyens financiers. L'équipe, elle-même, paraît se diviser en deux groupes distincts. Un premier groupe est composé des sportifs qui ont participé à la création de la section sportive et défend une logique compétitive. Un autre groupe composé d'une deuxième « génération » d'adultes en fauteuil qui voient dans le sport plutôt un moyen de regroupement et un tremplin vers une vie sociale satisfaisante. Cette deuxième stratégie est un facteur de démobilitation au sein de l'équipe de basket de la KAHMA qui voit son recrutement fluctuer au gré des objectifs personnels.

A partir de 1984, une série de départs de « promoteurs » de l'association témoigne de l'explosion des enjeux dans le domaine du handicap en Guadeloupe dans laquelle l'association perdra peu à peu son énergie mobilisatrice. La structuration des lieux de prise en charge des personnes déficientes motrices et la professionnalisation du secteur vont progressivement transformer les logiques associatives et les enjeux de pouvoirs au sein des organisations associatives. On assiste ainsi à l'émergence de nouvelles associations, dirigées par des personnes handicapées d'origine guadeloupéenne, qui auront des objectifs plus

⁹⁸ Hormis avec la Martinique et la Guyane peut-être. En effet, comme nous l'avons décrit, l'organisation des rencontres se fait sur le même modèle que la Guadeloupe, c'est-à-dire inséré dans des journées de sensibilisation sur la question du handicap.

spécifiques tels que l'insertion professionnelle ou le logement des personnes handicapées en Guadeloupe.

5.7 La fin d'une période « militante » : l'arrivée d'une logique gestionnaire de services et d'établissements dans le cadre du handicap moteur

En 1984, Angèle abandonne ses responsabilités administratives au sein de l'association. Cette dernière se sent aussi « *poussée gentiment dehors* », comme elle le dit, par des personnes handicapées désireuses de fonctionner en réelle auto-organisation. Ceci correspond également aux attentes d'Angèle dans sa logique initiale. A son tour, Emile délaisse progressivement la présidence de l'association de la KHAMA au profit de celle de l'Association Guadeloupéenne pour l'Insertion Professionnelle et Sociale des Adultes Handicapés (AGIPSAH). Cette association créée en 1983 en partenariat avec le maire de Gourbeyre, commune de la Basse-Terre, a pour objectif de promouvoir la création de structures pour encadrer la formation professionnelle des adultes handicapés. Soutenue par la mairie, l'association bénéficiera d'un terrain communal, et le premier centre d'aide par le travail (CAT), les Alizées, sera construit en 1992 dans la même ville. D'autres piliers de l'association vont se projeter vers des projets professionnels. Stéphane, Secrétaire général de la KAHMA, part en métropole poursuivre des études de droit pour devenir avocat et Claude, fondateur de l'équipe de basket en fauteuil, développe ses projets d'entreprise en créant un club de plongée en 1986, puis un restaurant et un vidéo club.

Cet éloignement des « fondateurs » marque symboliquement la fin d'une période militante, au profit d'autres stratégies associatives, plus tournées vers un mode gestionnaire. Cette transformation s'est aussi produite en métropole lorsque l'Association des Paralysés de

France (APF) ou l'Union nationale des parents d'enfants inadaptés (UNAPEI) se sont considérablement développées pour devenir des groupes d'intérêt gestionnaires d'établissements et de services (Plaisance, 2000 ; Guyot, 2000) et répondre ainsi aux finalités institutionnelles de gestion des populations (Barral, 1998). La fin des années 1980, avec l'organisation successive d'un service d'aides à domicile puis la création d'une maison d'accueil spécialisée, la MAS « Etienne Molia » qui finira d'être construite en 1992, marque une nouvelle étape dans l'histoire de la KAHMA. L'objet de l'association est alors modifié pour intégrer cette nouvelle logique:

« Accueillir, aider, orienter et œuvrer à l'intégration des personnes en situation de handicap et leurs familles. Développer un esprit d'entraide et de solidarité et amener les membres de l'association à participer activement à la vie associative. Assurer la défense permanente des intérêts matériels et moraux de ses membres. Mettre en œuvre tous les moyens adaptés pour l'épanouissement des personnes en situation de handicap (...) la KAHMA crée, gère et adapte les établissements et services prévus par les textes en vigueur, (...) les objectifs de l'association peuvent s'étendre à tous types de structures et de services s'avérant nécessaires aux personnes en situation de handicap, aux personnes âgées et aux personnes en difficultés sociales (...) »⁹⁹.

Dans la même période, certains membres actifs de la KAHMA vont prendre leur distance avec celle-ci, créer de nouvelles associations et se centrer sur des projets plus précis tels que le logement autonome, le transport adapté et l'insertion par le travail. L'exemple le plus représentatif est celui de Caroline, vice-présidente de la KAHMA, responsable de l'antenne Basse-Terre et rédactrice en chef de la revue associative *Handikappables*, qui va devenir la présidente de la première association gestionnaire d'un foyer autonome,

⁹⁹ Déclaration à la sous-préfecture de Pointe-à-Pitre du 1^{er} mars 2010. Nous n'avons pas pu obtenir les précédents mais les formulations sont restées identiques depuis 1986.

l'association « Soleil Kléré Nou ». Cette association, dont nous développerons l'histoire particulière plus loin, est une organisation de personnes handicapées qui occupe une place importante dans le processus d'institutionnalisation de la prise en charge du handicap en Guadeloupe.

La fin des années 1980 voit apparaître une phase d'évolution dans le regroupement associatif des personnes vivant des situations de handicap en Guadeloupe. Malgré la présence de nombreux manquements, la période militante du début des années 80 a permis une prise de conscience des conditions de vie des personnes atteintes de déficiences à divers échelons de la société guadeloupéenne. La stratégie de médiatisation développée par les acteurs de la KAHMA a permis d'exercer une forme de pression sur les différentes instances en charge du handicap et en particulier sur le pouvoir politique.

Certains élus vont devenir des partenaires privilégiés dans l'évolution structurelle des associations de personnes handicapées. Le réseau politique s'avère être celui qui fournit le plus de « ressources » (Lazega, 1998). L'intérêt en faveur des acteurs associatifs, provient probablement, au moins dans un premier temps, du potentiel électoral que représentent les personnes handicapées. Stéphane, secrétaire général de la KAHMA, affirme que lors des périodes électorales, les personnes handicapées « *étaient très convoitées* » et devenaient alors pour les candidats une précieuse « *clientèle politique* ».

Conscient de leur pouvoir de mobilisation, les responsables de la KAHMA vont user de cette influence pour défendre leurs positions et même obtenir des aides financières et matérielles en contrepartie.

« Dans cette même période [...] il y avait des élections, et [...] c'était Mr YYY, il y'avait en face de lui un candidat qu'il n'aimait pas c'était XXX, et comme on avait déjà à plusieurs reprises fait des rencontres avec lui et

qu'il refusait de nous faciliter les choses, nous avons été accompagner [XXX] dans sa candidature. [Nous avons été] dans toutes les sections du Moule, pour dire aux gens de voter pour [XXX] parce qu'il veut créer une clinique, il veut créer une clinique, il peut nous donner du travail et si il est Conseiller Général, ce serait plus facile pour nous, handicapés si on a une clinique là-haut.... Alors il a été élu...»

(Emile, Président de la KAHMA depuis 1981, 62 ans, paraplégie)

Les réseaux ne se construisent pas en fonction d'un courant politique particulier, mais se jouent sur les échéances électorales. Le but n'est pas de s'affilier à un parti mais bien de mettre la pression sur l'ensemble des décideurs pour faire appliquer les droits des personnes handicapées en Guadeloupe :

« ... les partis qui nous invitent, c'est à l'exclusion de l'autre. C'est-à-dire que si vous venez chez nous, il faut qu'il y ait personne là. Alors je leur dis, mais c'est pas notre intérêt. On ne va faire de la politique pour faire de la politique. Ce qu'on veut, c'est rentrer le combat que nous menons dans la politique pour que nous ne soyons pas oubliés, c'est tout. Alors ils disent "ah non, mais si vous venez avec nous, il faut aller avec personne d'autre". J'ai dit non. Alors en fin de compte, on a pu aller sur plusieurs listes ».

(Edmond, 56 ans, fondateur de Soleil Kléré Nou en 1984, président entre 1986 et 1990, tétraplégie centrale).

Les enjeux politiques, économiques et sociologiques locaux ont le plus souvent renvoyé le handicap à une place secondaire. Démotivés et démobilisés, les acteurs associatifs se sont contentés, pendant un temps, de l'intérêt porté à leur égard. Un intérêt porté au niveau local par des notables, des acteurs du secteur médico-social, des institutionnels et quelques élus et qui a pris la forme d'un réseau de solidarité et d'entraide.

L'arrivée de nouveaux acteurs, atteints de déficiences motrices lourdes pour certains, d'origine guadeloupéenne, mais ayant vécu en métropole dans des foyers autonomes change quelque peu le paysage. Quelques-uns d'entre eux ont exercé des responsabilités de gestionnaire dans certains foyers d'hébergement en métropole, ce qui leur confère des connaissances administratives plus importantes que celles des pionniers du début des années 1980. Ces acteurs vont participer à la création de l'association Soleil Kléré Nou, qui devient le regroupement de personnes atteintes de déficiences motrices le plus actif en Guadeloupe au cours de cette période de mutation (1984-1990). Elle est le résultat d'une action conjointe de personnes lourdement handicapées et/ou atteintes de myopathie ou de poliomyélite, d'origine guadeloupéenne, certaines habitant sur l'île et d'autres en métropole. L'objectif est de pouvoir vivre en autonomie au sein d'un foyer d'hébergement autogéré. L'association SKN est ainsi inscrite dans une logique double : à la fois auto-gestionnaire et militante. En outre, SKN jouera un rôle important dans le développement des activités sportives des personnes handicapées motrices, comme nous le verrons par la suite.

6. Soleil Kléré Nou : la question de l'autonomie des personnes lourdement handicapées en Guadeloupe

Le 2 Aout 1984, l'association Soleil Kléré Nou prend donc naissance officiellement. Elle repose sur la volonté de Guadeloupéens lourdement handicapés de créer un foyer d'hébergement autonome en Guadeloupe. Elle rassemble en son sein à la fois des personnes vivant en métropole en Foyer d'hébergement et des personnes habitant en Guadeloupe au sein de leur famille.

Si le projet est porté au niveau local par Caroline, l'origine de ce projet doit être en réalité attribuée à Edmond, un Guadeloupéen résidant dans un foyer d'hébergement de l'APF

en région parisienne (voir encadré ci-dessous). Devenu tétraplégique à l'âge de 19 ans, son désir de revenir vivre en Guadeloupe dans un logement autonome prend forme lorsqu'il effectue un séjour au sein de la résidence autogérée de l'association « Vivre debout ». Nous ne nous étendrons pas sur cette association qui a fait l'objet d'une étude (Galli & Ravaud, 2000). Cependant, il convient de préciser que c'est la première action en France, entreprise par un groupe d'adolescents handicapés scolarisés dans une institution religieuse dans les années 1970, de création de foyer de vie qui fonctionne en « autogestion », c'est-à-dire dont la gestion est placée sous la seule responsabilité des personnes handicapées qui y résident.

Edmond
(Fondateur et président de SKN entre 1988 et 1992)

Edmond est né en 1955 en Guadeloupe.

A quinze ans, il part rejoindre sa mère qui vit en métropole dans la région parisienne. En 1972, il débute une formation pour devenir dessinateur en bâtiment. Deux ans plus tard, lors d'une évaluation pratique sur un chantier, il se brise les vertèbres après avoir fait une chute de plus de 10 mètres. Il reste 15 jours dans le coma. Il devient tétraplégique à l'âge de 19 ans. Après trois années de rééducation (Paris puis Berk-sur-Mer), en 1977, il refuse d'être « dépendant » de sa mère et intègre le foyer de vie *Louis Fievet* géré par l'APF à Bouffémont (Val d'Oise). Désireux de rentrer en Guadeloupe, il se heurte à l'incompréhension de la direction du foyer pour son projet de retour. Il prend alors contact avec l'association « Vivre debout » qui gère un foyer d'hébergement « autogéré ». Après avoir rencontré les responsables et fait part de son projet, il intègre le foyer en 1982 afin de se former à la gestion d'un foyer autogéré.

La même année, il est mis en relation avec Caroline en Guadeloupe pour réaliser son projet. En 1984, le foyer Soleil Kléré Nou est construit et il est désigné trésorier de l'association du même nom. Il sera élu président de l'association suite au décès de la première présidente, Caroline, en 1988. Il est responsable de la section sportive et culturelle de l'association entre 1989 et 1990. Il quitte toutes ses fonctions associatives en 1992, lorsqu'il devient salarié de la Société Immobilière de la Guadeloupe. Il y est chargé de superviser les nouvelles constructions de logements adaptés qui seront mis en place par les collectivités locales. Depuis le 15 janvier 2005, il est chargé de mission pour le Site pour la Vie Autonome dirigé par la Direction de la Santé et du Développement Social. En 2006, il intègre la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) qui a intégré le Site pour la Vie Autonome au sein de ses missions. Il est représentant handicap au Conseil Economique et Social de la Guadeloupe jusqu'en 2010. Il dirige le projet « Handi-home » pour la mutualisation des aides à domicile dans lequel il intervient dans la formation des aides à domicile.

Afin de parvenir à la réalisation concrète de son projet de foyer d'hébergement autonome en Guadeloupe, Edmond doit chercher d'autres Guadeloupéens handicapés désireux de s'installer en Guadeloupe. Il fait dans un premier temps la rencontre de Guillaume, paraplégique, et marié avec une Guadeloupéenne, handicapée par des séquelles de poliomyélite. Cet ancien militaire d'origine bretonne, vit à Collioure dans le sud de la France et projette de s'installer en Guadeloupe. Guillaume est membre de « l'Association Nationale Pour l'Intégration des Handicapés Moteurs » (ANPIHM). Cette association fondée en 1952 à Garches est un mouvement de personnes atteintes de séquelles de la poliomyélite créée dans le but de défendre les droits des personnes dites « handicapées » face aux pouvoirs publics. Ce mouvement se positionne alors dans une action protestataire. Elle s'oppose, en outre, à la loi de 1975 qu'elle juge contre les intérêts des personnes vivant des situations de handicap. Elle s'associe avec d'autres associations de personnes handicapées pour constituer des groupements de défense comme le « *Groupement pour l'Insertion des Personnes handicapées* ». En 1993, elle participe à la constitution du « *Groupement français des personnes handicapées* ». Elle agit aussi au niveau local en participant aux différentes commissions régionales et en développant des services de transport et d'hébergement¹⁰⁰.

Guillaume n'a pas pour intention de s'installer dans le foyer en question mais veut certainement aider à la réalisation de ce projet qu'il estime correspondre à la logique de l'ANPIHM. Edmond et Guillaume entament une prospection qui vise à trouver des personnes « handicapées » d'origine guadeloupéenne, vivant en métropole ou en Guadeloupe, et qui accepteraient de vivre dans un foyer autonome. Un groupe de jeunes Guadeloupéens handicapés se constitue avec notamment Caroline, vice-présidente de la KAHMA et deux membres de sa famille. Le projet de foyer est perçu par eux comme un moyen de répondre au problème de vieillissement de leurs parents dont ils dépendent depuis leur enfance. Aucune

¹⁰⁰ Source : www.anpihm.org.

structure n'existe et la lourde charge que supportent les parents de jeunes adultes handicapés constitue un réel sujet d'inquiétude pour eux.

*« [La volonté de création du foyer] c'était par rapport aux difficultés, par rapport à la famille aussi. Y'avait pas d'allocation compensatrice non plus. A cette époque [dans les années 60-70], c'était **les parents qui supportaient tout**. Y'avait pas d'allocation compensatrice, y'avait pas d'aide, donc c'était les parents. On ne pouvait pas payer quelqu'un pour s'occuper de nous. Ce sont les difficultés qui nous ont amené à construire cet établissement ».*

(Sabine, 57 ans, cousine de Caroline., Présidente de Soleil Kléré Nou depuis 1990, séquelle de la myopathie)

En 1983, un communiqué est envoyé dans les différentes structures d'hébergement spécialisé de la région parisienne et dans certaines revues associatives (AFM, APF)¹⁰¹ pour faire un recensement des handicapés guadeloupéens susceptibles de vouloir « rentrer au pays » :

*« **Nous sommes guadeloupéens, handicapés et voulons informer et sensibiliser le public sur nos difficultés de vie au pays.***

*Vous êtes guadeloupéen, handicapé et désirez de rentrer vivre parmi ceux qui vous sont chers. **Vous voulez mener une vie aussi autonome en France d'Outre-mer qu'en France Métropolitaine, mais, vous ne pouvez pas car vous n'y trouverez pas les mêmes avantages sociaux : accessibilité, logement, transports, allocation compensatrice, fauteuil roulant électrique, et autre type d'appareillage, emploi, aide personnalisée au logement, etc...***

Un recensement est nécessaire. Indiquez bien votre âge, la nature de votre handicap, depuis quand vous vivez en métropole et désirez rentrer au pays.

¹⁰¹ Association Française contre la Myopathie, Association des Paralysés de France.

Français d'origine antillaise ou métropolitaine, votre lettre nous aidera à améliorer ou changer cette pénible situation.

D'avance, nous vous disons merci »

Cette annonce est relayée en Guadeloupe par les participants locaux au projet, membres de la KAHMA, afin de réclamer un soutien local à sa réalisation mais surtout à son financement qui s'annonce couteux.

Editorial

ARCHIVES
DE LA
GUADELOUPE

NOUVEL AN ! ... NOUVEAU PAS ... !

**VERS UNE NOUVELLE FORMULE D'INTÉGRATION ET D'AUTONOMIE
POUR LES ANTILLAIS... HANDICAPÉS !**

A SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES vit un groupe de personnes handicapées en association autogérée.

Ces personnes ont quitté l'institution dans laquelle elles avaient été " placées " (Saint-Jean De Dieu). Elles décident de gérer leur propre vie, créent leur association " VIVRE DEBOUT " et vivent au départ, en structure commune.

Très rapidement, elles aspirent à une vie encore plus indépendante et, actuellement, chacun d'entre eux dispose d'un appartement adapté avec un système électronique élaboré (interphone, boîtier de télécommande à distance pour la porte d'entrée et muni d'un appel d'urgence, service de Tierce - Personne 24 h / 24).

Il est évident que certaines de ces personnes handicapées, guadeloupéennes en particulier, se sentent privilégiées par rapport à celles qui vivent aux ANTILLES et qui ne peuvent bénéficier d'aucun des avantages sociaux normalement octroyés en FRANCE métropolitaine (mise à part l'allocation d'adulte handicapé qui s'élève à 2.296,66 Francs).

Cette situation est évidemment un obstacle pour les handicapés vivant en FRANCE métropolitaine, coupés de leur famille, de leurs amis, désirant intensément les retrouver, mais craignant aussi de perdre tous ces avantages déjà acquis !

Aussi ont-ils invité deux personnes handicapées guadeloupéennes avec deux accompagnateurs à vivre pendant huit semaines, leur expérience dans le but de promouvoir l'intégration et l'autonomie de la personne handicapée en Guadeloupe par des structures de ce type ou autre.

La structure de SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES reçoit un prix de journée de la D.D.A.S.S. qui s'élèvent à 762,15 Francs par jour pour l'année 1983 Cette somme couvre les frais de tierce - personne ainsi que l'entretien du matériel commun, tel que :

- les véhicules, les interphones etc...

Les ressources du résident s'élèvent à 3.400,00 Francs, somme avec laquelle il peut régler ses frais personnels, tel que :

- le loyer, l'électricité et le gaz etc...

Les frais d'installation de cette structure s'élèvent à 540.000,00 F.

coût du système électronique

Notre désir serait de partir sur ces mêmes bases pour ce projet. Il est essentiellement basé sur des faits et des souhaits réels, c'est pourquoi nous comptons sur chacun de vous pour qu'il réussisse.

Aidez-nous, car sans vous, nous ne pouvons rien faire !

Mais grâce à vous, nous pouvons tout faire !

(Extrait de la revue *Handikappables* n°3, janvier 1984, p.1.)

Ce communiqué témoigne encore une fois du décalage qui existe entre les départements d'outre-mer et la « France métropolitaine » en ce qui concerne les allocations sociales que peuvent percevoir les personnes vivant une situation de handicap dans l'hexagone. Cette iniquité freine l'accès à une vie ordinaire pour les personnes atteintes de déficiences habitant en Guadeloupe.

Editorial

La France d'Outre-Mer !...

Une île au soleil, émeraude dans un écrin bleu, paradis entre ciel et terre où il ne fait pas si bon vivre, contrairement à ce que pourraient penser ceux qui rêvent d'évasion de chaleur, de ciel bleu.

Non, il ne fait pas bon vivre quand on est atteint de déficience physique ou mentale et que de surcroît, l'on est obligé de se déplacer en fauteuil roulant, d'avoir besoin de l'aide constante d'une tierce personne et de faire face à toutes les dépenses que peut entraîner un handicap.

Cependant, que certains rêvent de destruction, d'utopie, d'autres les handicapés espèrent une vie meilleure plus autonome plus indépendante. Une vie normale !...

Leurs besoins sont si naturels, tellement réels !...

Aussi, afin de mieux cerner le problème, nous vous proposons dans ce numéro un dossier qui vous présentera la situation comme suit :

- Les personnes handicapées vivants aux Antilles, en Guadeloupe en particulier
- Les handicapés antillais vivant en France Métropolitaine
- Les points essentiels à promouvoir pour une bonne intégration
- Notre projet avec l'association "VIVRE DEBOUT" promouvoir notre autonomie.

L'association " VIVRE DEBOUT " voudrait bien nous aider. Elle a tendu une perche et notre souhait serait de vivre une telle expérience chez nous en Guadeloupe : avoir chacun notre appartement adapté avec tierce personne permanente et les aides techniques nécessaires ou alors nous retrouver d'abord par petit groupe en foyer avec toutes les facilités possibles pour commencer, puis nous " éclater ". Ceci bien entendu, compte tenu des propositions de structures qui pourraient nous être offertes sur place.

Il est évident que ces projets coûtent cher. C'est pourquoi nous comptons sur tous ceux qui pourraient nous aider financièrement - et même techniquement - afin de pouvoir les réaliser concrètement.

Aussi c'est de la solidarité de chacun dont nous avons besoin.

(Extrait de la revue *Handikappables* n°5, juillet 1984, p.1.)

L'association Soleil Kléré Nou est fondée le 2 août 1984 mais le foyer ne sera ouvert qu'au mois de février 1986. La présidence est assurée par Caroline et la vice-présidence par

son frère, Christian, lui aussi atteint de myopathie. Edmond, du fait de sa formation au sein des structures gérées par l'association « Vivre debout », est naturellement désigné trésorier. Une dizaine de pensionnaires vivent alors au sein du foyer Soleil Kléré Nou situé dans la commune des Abymes en Grande-Terre.

Outre la gestion du foyer autogéré, l'association est aussi pensée comme militante et active pour défendre les droits des personnes handicapées en Guadeloupe. En effet, le statut de l'association renseigne aussi que son objet est de viser « *l'amélioration de la vie des adultes grands handicapés* »¹⁰². La stratégie associative de Soleil Kléré Nou s'appuie sur l'antenne locale de l'ANPIHM, « l'Association Guadeloupéenne Pour l'Insertion des personnes Handicapées Motrices » (AGIPHM) créé par Guillaume en 1984. Elle tente d'appliquer le modèle métropolitain, où depuis les années 1970, les associations de personnes handicapées ou de malades font partie intégrante des instances sociales et sanitaires afin d'obtenir les mesures correspondant à leurs propres aspirations (Galli et Ravaud, *op.cit.* ; Barral et Paterson, *op.cit.*). L'objectif de l'association *Soleil Kléré Nou* est de positionner une personne vivant avec un handicap dans les organes de décisions (DDASS, COTOREP) où elles en sont encore absentes malgré les actions pionnières de la KAHMA.

« On a tout de suite compris qu'il y avait un problème de représentativité... les personnes handicapées n'étaient pas représentées vraiment, c'est-à-dire qu'il y avait des structures qui commençaient à se mettre en place, qui parlaient du handicap mais y'avait pas les personnes concernées dans ces structures. Donc on a commencé à faire pression... »

(Edmond, 52 ans, Président de Soleil Kléré Nou de 1988 à 1990, tétraplégie centrale)

¹⁰² Statut de l'association Soleil Kléré Nou.

En 1987, suite au décès de Caroline, Guillaume occupera la présidence pendant un an. Il doit dans le même temps développer la première association guadeloupéenne de transport adapté qu'il a créé, « l'Association Guadeloupéenne de Transport pour les Personnes à Mobilité Réduite » (AGTPMR). Dans le même temps, l'AGIPHM développe un projet de formation d'aide à domicile. Il abandonne alors la présidence au profit d'Edmond qui restera à la tête de l'association jusqu'en 1990. En 1988, le foyer d'hébergement autonome Soleil Kléré Nou compte 12 appartements et pratiquement autant de résidents, la TGPMR obtient ses premiers véhicules adaptés et les premières aides à domicile formées par l'ANIPHM sont employées. Le mouvement pour la vie autonome des personnes handicapées en Guadeloupe est ainsi lancé.

7. 1988, Création de la section Handisport à Soleil Kléré Nou : l'« Expressions » d'un nouvel élan sportif ?

A partir de 1988, à la demande de quelques anciens basketteurs de la KAHMA dont la section sportive est en sommeil, l'association Soleil Kléré Nou va créer une section sportive en son sein pour leur permettre de relancer une équipe de basket en fauteuil.

« Après une période de repos bien trop longue qui les handicapait davantage, ces ex-joueurs de la KAHMA n'ont pas voulu rester tels des incapables alors que des souvenirs inoubliables sont gravés dans leurs mémoires. Etant conscients de leurs conditions physiques et de leurs états de santé, ils n'ont pas hésité à demander main forte à l'association «Soleil Kléré Nou»... »¹⁰³

¹⁰³ « Le basket en fauteuil : une réalité ». Archives associative de SKN, article destiné à la revue *Soleil Kléré Nou*, non paru.

Le 28 mai 1988, lors d'une réunion entre trois ex-joueurs de la KHAMA et le comité directeur de l'association SKN, la section sportive est créée et nommée « Expressions ». Un programme de basket pour les deux ans à venir est alors élaboré. Ce dernier prévoit, dans un premier temps, de solliciter les collectivités locales et certaines entreprises (banques, commerces) afin de financer l'achat de fauteuils roulants. Les participants insistent sur l'importance d'un « *soutien financier pour pouvoir évoluer matériellement* »¹⁰⁴. Dans un deuxième temps, Il est prévu d'interpeller le maire des Aymes de l'époque, Monsieur Nabajoth, sur la nécessité d'effectuer des travaux d'accessibilité des terrains de basket à Grand-camp.

Dans un troisième temps, le programme prévoit de contacter le Comité Régional de Basketball, afin de « *faire des matchs en ouverture, lors des rencontres des équipes valides* »¹⁰⁵. Il est également convenu de contacter le Docteur Galanth médecin rééducateur du centre de rééducation de Selbonne, afin d'« *augmenter l'effectif de l'équipe* »¹⁰⁶.

Enfin, pour compléter le programme, les objectifs sportifs affichés sont ambitieux. Il est programmé de faire de nombreux déplacements dans les Caraïbes, notamment en Martinique, en Dominique et à Porto-Rico. Il est aussi prévu de faire un déplacement à Miami, grâce au réseau de Julien, ancien joueur des « Miami express », mais aussi en métropole et en Afrique (Sénégal). L'ensemble de ces projets témoigne à la fois d'une certaine nostalgie du mouvement sportif initié par l'association de la KAHMA, et à la fois du désir de s'en démarquer en « *aspirant à un avenir tout à fait différent que par le passé, bien plus responsable collectivement et individuellement...* »¹⁰⁷. Cette allocution marque la volonté de la part des dirigeants de l'association Soleil Kléré Nou de se démarquer de la logique sportive

¹⁰⁴ Procès-verbal de la réunion du 28 mai 1988.

¹⁰⁵ *Id.*

¹⁰⁶ *Id.*

¹⁰⁷ Le basket en fauteuil : une réalité. *Id.*

et sociale de la KAHMA (Villoing et al., *op.cit.*). Cette remarque est aussi l'occasion de responsabiliser les « sportifs » et de les impliquer dans les démarches à réaliser.

Le 7 juillet 1988, l'association SKN fait une demande d'agrément ministériel pour la création d'une section sportive civile ou de plein air. Sur cette demande d'agrément, il est précisé que la section sportive compte 15 membres actifs. Le directeur de la Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports répond favorablement le 14 juillet 1988. Dès lors, à travers cet acte officiel, on peut constater une stratégie de formalisation de la section sportive qui affiche une réelle volonté de sportivisation (Gasparini, 2003).

7.1 Un rapprochement avec le mouvement sportif valide

Dès la création de la section au sein de l'association SKN, une demande est envoyée au Président de la Ligue Régionale Guadeloupéenne de Basket-Ball afin de pouvoir « *participer en ouverture des matchs d'exhibition ou dans le cadre du championnat de coupe de basket-ball en Guadeloupe* »¹⁰⁸. Le même courrier sera envoyé au Comité Régional d'Athlétisme. Ces demandes seront acceptées par les différents comités sous la condition d'une affiliation à leur fédération sportive. En août 1988, l'association Soleil Kléré Nou s'affilie à la Fédération Nationale de Basket-Ball. A la suite, elle est autorisée à participer aux championnats de Basket régional catégorie Handisport¹⁰⁹. Si l'affiliation au comité d'Athlétisme n'est pas officielle, la participation des sportifs en fauteuil roulant est autorisée. Ainsi, le 3 septembre 1988, les spectateurs guadeloupéens ont l'occasion de voir des coureurs en fauteuil concourir avec les valides lors du semi-marathon organisé par l'Office Municipal des Sports de la ville des Abymes et le Conseil Régional. Sept athlètes handisports, dont trois

¹⁰⁸ Courrier datant du 7 juin 1988.

¹⁰⁹ La section sportive « *Expressions* » apparaît sur la liste des clubs affiliés à la Fédération Française de basket-ball pour la saison 88/89.

guadeloupéens et quatre martiniquais, ont pris le départ. Si à l'époque de la KAHMA, le basket est apparu comme la discipline phare du mouvement sportif, à partir de 1988, la course sur route devient un nouvel atout médiatique. La catégorie handisport est représentée au cours de nombreuses manifestations régionales puis internationales. Des athlètes en fauteuil évoluant en France métropolitaine viennent participer aux épreuves, ce qui vient à la fois augmenter le niveau mais aussi rendre compte encore une fois d'un certain retard, cette fois sur des aspects techniques :

« On s'est rendu compte qu'on avait un gros problème au niveau du matériel. Parce que quand les gars sont venus de métropole, y'avait pas photo [...] on s'est rendu compte que le matériel était beaucoup plus léger, et sur le plat ils étaient avantagés [...] A ce moment-là, on a décidé d'investir dans du matériel adapté, parce que les fauteuils qu'on avait étaient très lourds et tout ça, et on a fait des quêtes. »

(Edmond, 52 ans, Président de SKN de 1988 à 1990, tétraplégie centrale).

Là encore, on remarque que les « quêtes » sont perçues comme des recours légitimes au développement du sport en Guadeloupe. Ce moyen de récolter des fonds, associé comme nous l'avons vu au modèle de l'assistantat et du caritatif, perdure malgré la volonté des dirigeants associatifs de s'identifier à un modèle sportif qui s'oppose à ce système de dépendance.

7.2 Affiliation à la Fédération Française Handisport et projet de développement : le début d'une sportivisation ?

Le 4 Novembre 1988, Edmond, alors président de SKN, fait une demande d'affiliation à la Fédération Française Handisport. Cette demande concerne le basket-ball en fauteuil et l'athlétisme. Le médecin rééducateur, Edouard Galanth est signalé comme étant le médecin de la section. Pour l'année 1988/1989, six personnes sont licenciées à la Fédération Française Handisport¹¹⁰.

Dans la foulée du marathon des Abymes, les nouveaux licenciés Handisport s'inscrivent au marathon international de Fort-de-France dans la catégorie « fauteuil » dans lequel ils trusteront les trois premières places. Ils profitent de ce séjour pour rencontrer l'équipe de basket en fauteuil martiniquaise, créée quelques années plus tôt (APHM). Ce déplacement est aussi l'occasion de solliciter à nouveau d'éventuels sponsors.

Depuis la création de la section, ces demandes sont effectuées par courrier administratif et surtout par une prospection effectuée directement par les adhérents. Avec un courrier officiel du conseil d'administration de l'association, certains membres de l'association sont autorisés à « *percevoir des dons en chèque ou en espèce à l'ordre de Soleil Kléré Nou [...] pour l'acquisition de matériels pour la section basket-ball en fauteuil roulant, Expressions* »¹¹¹.

Pour leur déplacement en Martinique, ils doivent collecter plus de vingt mille francs. Ils obtiennent l'aide de quelques entreprises comme TATI et Air France, mais aussi des dons privés.

¹¹⁰ Fiche d'enregistrement des licences et cartes Handisport, archive associative.

¹¹¹ Courrier du 1^{er} Aout 1988.

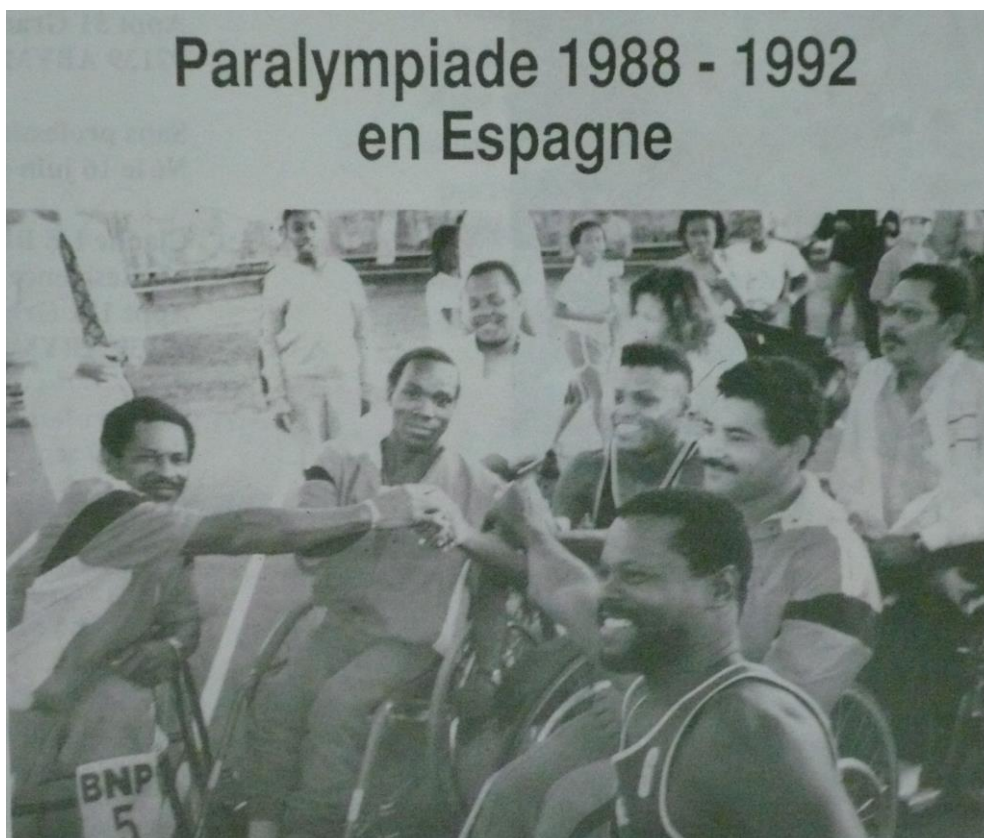
Le 15 février 1989, en rappelant que SKN « *œuvre pour le développement du sport en fauteuil roulant en Guadeloupe* »¹¹², un courrier est envoyé au Maire de la ville des Abymes, Frédéric Jalton, afin de demander l'autorisation d'utiliser les terrains de tennis de la ville. Cette demande est motivée par la volonté de créer une équipe de tennis en fauteuil au de la section sportive « Expressions ». A cette même date, un courrier est envoyé au maire de la ville de Pointe-à-Pitre pour demander le « *prolongement de l'éclairage du terrain de basket de 17h30 à 20h* » ainsi que des renseignements quant aux démarches à effectuer pour une utilisation des cours de tennis. Ce courrier précise que Soleil Kléré Nou « *est une association loi 1901 qui œuvre pour développer et populariser le sport en fauteuil roulant, basket-ball, tennis, marathon, athlétisme...* »¹¹³

Pour appuyer cette volonté de développement du sport en faveur des personnes handicapées, l'image du sportif de haut-niveau est utilisée à travers la valorisation du champion local. Les progrès réalisés par certains athlètes de la section sont mis en avant et les moyens pour permettre leur progression sont renforcés. Le 27 février 1989, en rappelant que SKN « *œuvre pour le développement du sport en fauteuil roulant en Guadeloupe* »¹¹⁴, une lettre envoyée aux présidents des collectivités territoriales mentionne la prochaine participation de l'équipe de basket en fauteuil et de « *marathoniens* » aux Jeux de la Guadeloupe qui ont lieu en mai 1989. Cette compétition est la plus importante manifestation d'athlétisme de la Guadeloupe organisée annuellement. En 1989, la médiatisation de cette manifestation est à son comble avec la participation de grands athlètes américains tels que Carl Lewis.

¹¹² Courrier du 15 février 1989.

¹¹³ *Id.*

¹¹⁴ Courrier du 27 février 1989.



(Photo tirée de la revue *Soleil Kléré Nou* n°3, 1990, p.1)

A cette occasion, le comité organisateur intègre pour la première fois la course en fauteuil sur piste dans les épreuves des Jeux. L'association profite de cette occasion pour appuyer les demandes de soutien financier permettant notamment l'acquisition de fauteuils roulants de compétition destinés à réaliser des performances capables de rivaliser avec les athlètes de la métropole. Ces sollicitations font l'apologie de leurs athlètes en relatant l'état de leurs performances, leurs records et leurs projets de participer à des compétitions de haut-niveau afin de pouvoir se sélectionner pour les prochains jeux paralympiques qui auront lieu à Barcelone en 1992.

Cette référence sportive semble surtout justifier le coût d'un tel fauteuil. Un devis, fait auprès d'une entreprise métropolitaine, « PROMETEC Médical », située à Gonesse dans la région parisienne, est joint à cette lettre et mentionne qu'un fauteuil fait sur mesure coûte

23.051, 18 francs¹¹⁵. Peu importe, les moyens qui doivent être mis en œuvre pour permettre à leurs champions de réaliser les meilleures performances en feront les portes drapeaux de la Guadeloupe dans les compétitions internationales. Cette recherche de fonds porte ses fruits et le meilleur athlète de l'association part en métropole pour que l'entreprise contactée puisse prendre ses mesures et lui fournir un fauteuil de compétition. Déjà remarqué lors des précédentes compétitions, ce dernier est sollicité par la Fédération Française Handisport afin de poursuivre des entraînements plus poussés dans un club de la région parisienne. A partir de 1989, Claude répond favorablement et part s'installer en métropole.

Malgré l'engouement suscité par la participation de la section handisport de l'association SKN aux jeux de la Guadeloupe, puis par la réussite sportive de l'un de leurs athlètes, la section sportive voit son activité diminuer progressivement. Dans un premier temps, cette perte d'enthousiasme semble correspondre avec le départ définitif pour la métropole de l'emblème de la section représenté par leur champion. En effet, alors que cette réussite aurait pu susciter des vocations et un investissement plus poussé pour cette discipline, on observe après coup la disparition des athlètes en fauteuil des différentes compétitions locales. C'est comme si la nostalgie des grandes compétitions avait pour conséquence d'empêcher la réalisation de compétitions de moindre importance.

Dans un deuxième temps, on voit apparaître une coupure entre les dirigeants et les sportifs en fauteuil. En effet, les principaux responsables de la section délaissent peu à peu la section sportive au profit d'autres projets en cours notamment celui de l'élargissement du foyer d'hébergement autonome. Edmond, président de SKN et principal manager de la section sportive de SKN, quitte progressivement ses fonctions. Il est sollicité par la Société Immobilière de la Guadeloupe (SIG) qui commence à intégrer la question de l'accessibilité

¹¹⁵ Devis datant du 04 novembre 1988.

dans sa politique de construction immobilière en Guadeloupe. Edmond est alors employé par la société en tant qu'expert.

Ainsi, à partir de 1988, le retrait des responsables « actifs » à SKN entraîne un nouveau basculement de l'équipe de basket en fauteuil vers l'association de la KAHMA.

L'association a pourtant basculé vers des projets de productions de services avec la mise en place d'un service de soins à domicile puis la construction d'une maison d'accueil spécialisée (MAS). Toutefois, la réintégration de l'équipe de basket se réalise autour de projets sportifs prometteurs comme, par exemple, la participation à une compétition Handisport à l'île de la Réunion. La gestion bureaucratique résultant de la récente mutation fonctionnelle de l'association vers une activité de gestion d'établissements et de services de l'association et l'arrivée de nouveaux acteurs va entraîner une volonté de restructuration de la section sportive créée en 1982. Ainsi, les sportifs vont bénéficier de cette nouvelle dynamique afin de pouvoir continuer leur pratique.

A contrario de ce qui se passe en métropole, les sportifs ne semblent pas pouvoir s'organiser de manière autonome. Le mouvement sportif des personnes atteintes de déficiences motrices se limite à quelques individus qui évoluent au sein d'associations à vocation sociale.

En France, la dépendance des organisations sportives des infirmes moteurs vis-à-vis d'organisations importantes (militaires, médicales et associations de personnes handicapées) était nécessaire à une période où le mouvement sportif se structurait. L'appui sur de grandes organisations (groupement d'anciens combattants, institutions médicales) a ainsi permis de bénéficier d'une partie des ressources dont celles-ci disposaient grâce à leur réseau social (Ruffié et Ferez, *op.cit.*). Toutefois, cette dépendance a progressivement disparu avec l'institutionnalisation du mouvement sportif des personnes déficientes motrices dans les

années 1970-1980. En Guadeloupe, l'adossement à des organisations plus structurées eut sensiblement le même principe moteur. A une différence près : au départ ce fut le mouvement de défense de personnes dites « handicapées » qui a pris appui, brièvement certes, sur le mouvement sportif. Ce dernier, bâti sur une logique sportive compétitive via des acteurs guadeloupéens de retour de séjour en centre de rééducation, a pu bénéficier d'un certain réseau pour enclencher son organisation. Pourtant, ce sont des responsables associatifs, inscrits dans une logique sociale, qui vont le prendre en main, disposant certainement d'un réseau local plus important. La description organisationnelle de l'association de la KAHMA montre comment certains acteurs, comme le président de la KAHMA, Emile, centralise une grande partie de ce réseau et contrôle ainsi la répartition des ressources de l'association. Position centrale des dirigeants associatifs que l'on retrouve fréquemment dans le mode de fonctionnement interne des associations en Guadeloupe (Lanoir L'Etang, *op.cit.*), et qui neutralise toute action bénévole. Dès lors, cette forme d'organisation associative « centralisatrice » empêche les sportifs d'accéder à une autonomie relative à leur pratique. Ils sont dépendants des ressources mobilisées par les acteurs principaux et subissent leurs logiques stratégiques.

7.3 Le retour de l'équipe à la KHAMA : une re-structuration prometteuse ?

La nouvelle section sportive de la KAHMA bénéficie du retour des quelques anciens et de l'arrivée des nouveaux, recrutés au cours de la période SKN. Elle est alors dirigée par Claude et par Romuald, un enseignant d'origine guadeloupéenne, appareillé suite à une amputation fémorale. Ce dernier, arrivé récemment dans l'association de la KAHMA, occupe rapidement une place importante au sein du conseil d'administration.

Cette remobilisation sportive va être marquée par la participation de la section sportive aux deuxièmes Jeux Internationaux Handisport qui se déroulent à Saint-Denis sur l'île de la Réunion. Cette équipe se compose du groupe de joueurs de handibasket ainsi que de coureurs en fauteuil sur route tels que Claude Issora, futur médaillé paralympique. Ce dernier s'entraîne en métropole pour préparer les Jeux paralympiques de Barcelone et se joint au groupe sous les couleurs de la Guadeloupe.

*« On a équipé l'équipe parce que quand tu vas aux jeux de la Réunion, il faut t'habiller, marqué Guadeloupe (...) Il fallait numéroter marquer les T-shirts...plusieurs T-shirts marqués Guadeloupe heu c'était France-Guadeloupe, tu vois, **c'était France-Guadeloupe** ».*

(Claude, 56 ans, entraîneur de l'équipe de basket en fauteuil à la KAHMA, paraplégie)

A l'image des athlètes antillais qui ont fait partie de l'élite dans les années 1970-1990, le handisport s'interprète ici comme « un espace de promotion et de mobilité » et un « terrain d'affirmation identitaire » (Reno, 2004). Les résultats sportifs de la sélection de Guadeloupe lors des jeux de la Réunion sont perçus comme de véritables performances qui permettent au sport de devenir un lieu d'investissement symbolique dans lequel les individus se reconstruisent autour de référence identitaire.

« [Claude] il a gagné l'ouverture des jeux hein. Il y avait des Allemands, des Italiens, les meilleurs Français ! Hein ? C'est pourquoi, on [l'équipe de France] lui fait des yeux doux après. Même, on a été la deuxième équipe. Même devant la Réunion. La Réunion avait deux équipes de Basket hein. Et beaucoup de joueurs qui jouaient en France hein. On les a battus hein. On était deuxième hein. La France première nous deuxième hein. On menait sur la France un quart d'heure hein. Mais quand ils ont vu ça, ils ont fait rentrer la Dream team ».

(Claude, 56 ans, entraîneur de l'équipe de basket en fauteuil à la KAHMA, paraplégie)

Ces résultats créent une émulation auprès des joueurs et des cadres guadeloupéens qui souhaitent dès leur retour en Guadeloupe créer un comité régional handisport. Cette volonté est d'ailleurs appuyée par les cadres fédéraux de la Fédération Française Handisport qui entend diffuser son message d'émancipation et d'accession à la société pour toutes les personnes ayant des incapacités physiques puis organiques via le sport (Ruffié et Ferez, *op.cit.*). Dès que les dispositions institutionnelles sont prises afin de créer ce comité, un conflit éclate entre les deux porteurs du projet, Claude, entraîneur de l'équipe de handibasket, et Romuald, responsable de la section sportive de la KAHMA. Ce désaccord aboutit à la création de deux comités dont chacun des protagonistes défend la légitimité. Un arbitrage fédéral sera alors nécessaire afin de régulariser la situation juridique et de mettre en accord l'ensemble des acteurs. Ce conflit organisationnel fut aussi observé dans l'hexagone au sein de la Fédération Sportive des Handicapés Physiques de France (FSHPF) créée en 1963 et qui génère une scission entre la Fédération Française de Sport pour les Handicapés Physique (FFSHP) et la Fédération Française Omnisport pour Handicapés Physiques (FFOHP) pendant la période 1972-1977 (*Ibid.*).

Malgré son statut de moniteur fédéral de basket en fauteuil, Claude ne semble pas bénéficier d'un soutien unanime de l'ensemble des acteurs locaux et de la FFH. Finalement, c'est Romuald, qui sera élu président du Comité Régional Unifié Handisport de la Guadeloupe (CRUHG) en 1990. Ce dernier profite très certainement d'une image positive du fait de son statut d'enseignant. Mais c'est son association avec Axel (voir encadré ci-après), un jeune guadeloupéen, revenu de métropole après avoir obtenu le diplôme du Brevet d'Etat d'Educateur Sportif Handisport (BEES Handisport) qui va renforcer la légitimité du comité de Romuald.

Axel

(Fondateur et Moniteur sportif de la section natation-santé des dauphins du Moule depuis 1990)

Axel est né en 1960 dans la ville du Moule en Guadeloupe. Après une scolarité normale jusqu'au Lycée, il obtient un diplôme de maître-nageur en 1981. Il crée dans le même temps le club de natation des « Dauphins du Moule » avec des amis. En 1982, il enseigne l'éducation physique au sein d'un établissement privé sous contrat avec l'Education Nationale. En passe d'être définitivement titularisé, et à la veille de son mariage, Axel est victime d'un accident de voiture, en 1983. Après un long mois de coma, il est atteint de polytraumatismes qui le handicapent fortement.

Transféré à l'hôpital de Garches, il entame une longue et difficile rééducation. Toutefois son passé sportif semble lui conférer un mental à toute épreuve :

« Heureusement, j'avais toujours fait du sport, j'avais l'esprit combatif. Je me suis lancé dans la rééducation comme on démarre un programme sportif. J'ai entraîné mon corps autant que possible et, alors que personne n'y croyait plus, à part mon kinésithérapeute, je me suis remis debout ».

En 1988, Axel poursuit sa rééducation à l'hôpital de Rothschild dans le 12^{ème} arrondissement de Paris où il entame un programme de réinsertion professionnelle. D'abord dirigé dans la filière informatique par l'hôpital, il décide de rester dans la continuité avec sa vie professionnelle antérieure. Il va s'investir dans le domaine sportif en s'opposant aux médecins.

En contact avec la Fédération Française Handisport, il rencontre Christian Paillard, Directeur Technique Fédéral d'Athlétisme, qui l'encourage dans ce projet. De retour en Guadeloupe, il sera assisté dans cette démarche par la COTOREP et obtiendra les financements nécessaires pour participer aux différentes formations qui ont lieu en métropole. Il partira à quatre reprises (Toulouse, Poitiers et Amiens) et obtient le Brevet d'Etat Handisport fin 1989.

Pendant sa formation, il est mis en relation par la FFH avec les membres de la KAHMA qui souhaitent la création du comité handisport de la Guadeloupe :

En décembre 1989, Axel participe à la première assemblée du comité au cours de laquelle il est désigné, Conseiller Technique Fédéral Régional. En 1991, il crée la section « handination » au sein du club de natation des « Dauphins du Moule », club qu'il a fondé en 1981. Il prend aussi en charge l'entraînement des compétiteurs licenciés au comité handisport. Il emmène à plusieurs reprises des nageurs guadeloupéens aux compétitions nationales et internationales (Stoke-Mandeville en 1992, Championnat de France en 1992).

En 1994, il démissionne du CRUGH. L'année suivante, il remplace l'appellation « handination » de la section handisport du club des « Dauphins du Moule » par celle de « natation-santé ». En 1995, il met en place la formation du Brevet Fédéral natation-santé au CREPS des Abymes.

En 2001, il est de nouveau sollicité dans le cadre de la refondation de la Ligue Handisport de Guadeloupe, au sein de laquelle il reprend le poste de CTRF en 2004.

Aujourd'hui, il est marié avec une femme atteinte d'une déficience motrice. Ils vivent de façon autonome dans une maison adaptée à leurs handicaps.

Le Comité Régional Unifié Handisport de la Guadeloupe est créé en septembre 1990. Les principaux membres du bureau directeur sont issus de la KAHMA comme par exemple Marie (voir encadré p.122) qui en est la présidente au moment de la création du CRUGH et le docteur Edouard Galanth qui est désigné médecin fédéral. Elue Secrétaire Générale, Marie assure une grande partie des fonctions administratives au sein du comité et les assemblées générales se font à son domicile.

Lors de sa création, le comité va s'appuyer sur les disciplines qui disposent déjà de sportifs en activité comme le basket et l'athlétisme. Axel, dans le prolongement de son expérience sportive passée, propose à son ancien club des « Dauphins du Moule » de créer une section Handinotation. Ainsi, trois clubs vont se fonder autour du comité : la section sportive de la KAHMA qui représente le basket en fauteuil depuis 1982, puis dans la foulée de la création du CRUGH vont se créer, la section « handinotation » au club des « Dauphins du Moule » fondée par Axel et le club du « Moule Handisport » créé par Romuald dont l'activité principale va être l'athlétisme. Sans avoir de données exactes, le nombre de licenciés pourrait probablement se situer autour d'une vingtaine.

8. L'organisation du mouvement fédéral handisport en Guadeloupe

L'objectif des cadres est de poursuivre les actions de popularisation et de médiatisation du Handisport en Guadeloupe. Dans le prolongement des manifestations sportives entreprises avec l'association Soleil Kléré Nou, l'introduction d'une catégorie handisport semble se pérenniser au sein de compétitions locales organisées par le mouvement sportif « ordinaire ».

En parallèle, le CRUGH met en place des épreuves d'athlétisme sur routes auxquelles des athlètes de haut-niveau évoluant en métropole et en Europe sont invités. Leur présence permet ainsi de donner de la crédibilité au mouvement sportif de personnes en fauteuil.

« Le Handisport a commencé à se développer avec le CRUHG. Avec le CRUHG, on a fait venir ici des Allemands, tu vois, alors que le mur n'était pas tombé encore. On a fait venir des Allemands, qui sont venus courir ici, des athlètes handicapés »

(Axel, 50 ans, Directeur Technique Régional au CRUHG de 1990-1992, entraîneur de la section sportive Natation-santé des *Dauphins du Moule*, polyhandicap)

Dès sa création, en mars 1990, le CRUHG organise un semi-marathon en fauteuil roulant en circuit dans la ville du Moule (21km 100) au cours de la « Semaine Nationale du handicap ». Au cours de cette semaine des rencontres de basket en fauteuil entre la KAHMA et l'équipe de la Martinique (APHM) sont programmées. En Novembre 1990, une délégation du CRUHG, composée de quatre athlètes dont Claude Issora qui est revenu de métropole pour l'occasion, se déplace en Martinique pour participer au « semi-marathon international de Fort-de-France » dans la catégorie handisport. Malgré la présence d'athlètes métropolitains et martiniquais, les guadeloupéens trustent les quatre premières places. Là encore, la réalisation de performances s'accompagne d'un discours identitaire :

*« Nous sommes partis avec une équipe d'ici, il y avait déjà Claude qui allait s'entraîner en France, donc qui était déjà d'un bon niveau, il y avait Julien qui était **pur Guadeloupe, produit Guadeloupe**, il y avait Franck, et il y avait un autre, on était quatre. Et en Martinique, c'était le marathon de Fort de France, la course c'était une course réputée qui est retransmise à la radio, c'est du grand, je n'avais jamais vu ça. [...] et puis j'écoute la radio*

*et puis j'entends : "pas possible, les quatre Guadeloupéens, sont sortis du peloton". Je vois une voiture arrivée les phares allumés, et quatre Guadeloupéens, Claude en tête, qui sortent d'une montée et là, **j'ai été fier d'être Guadeloupéen !**»*

(Axel, 50 ans, Directeur Technique Régional au CRUHG de 1990-1992, entraîneur de la section sportive Natation-santé des *Dauphins du Moule*, polyhandicap)

Ces performances se diffusent dans toutes les disciplines que représente le CRUGH. En 1993, la section handinotation des « Dauphins du Moule » sélectionne un nageur atteint d'un plexus brachial, Abel Boniface, pour participer aux Jeux de Stoke-Mandeville. Evoluant dans différentes nages et sur plusieurs distances, il obtient 3 médailles d'or et deux d'argent. En 1995, il est médaillé d'argent au 100 m papillon au championnat de France alors qu'il est le recordman de France en titre sur la distance depuis deux ans. La même année, il s'envole avec une délégation guadeloupéenne vers l'île de la Réunion qui organise une nouvelle fois une compétition Handisport. Moins importante qu'en 1989, elle réunit des délégations françaises, comoriennes, malgaches et guadeloupéennes. Emmenée par l'équipe de basket et ses champions internationaux, la délégation guadeloupéenne ramènera cette fois encore de très bons résultats (8 podiums).

La section handibasket de la KHAMA n'est pas en reste. Sous la direction de Claude, l'équipe se déplace lors des différents tournois organisés dans les îles de la Caraïbes qui disposent d'une équipe de Handibasket telles que Porto-Rico et la République Dominicaine. Malgré ces résultats sportifs, aucun développement de nouvelles structures ou de nouvelles pratiques n'est pourtant observé. Le mouvement sportif des personnes atteintes de déficiences motrices en Guadeloupe se restreint à une pratique compétitive tournée vers une élite qui, malgré l'image positive qu'elle reflète, ne semble pas participer à l'élargissement de ce type de pratiques.

A partir de 1996, le mouvement fédéral s'essouffle et des conflits au sein du comité apparaissent. Des divisions subsistent depuis la création du comité en 1990. Au cours de cette dernière, certains cadres de la FFH ont fait le voyage pour procéder à un arbitrage qui s'est finalement déterminé en faveur de Romuald. Cependant, cette gestion fédérale n'a pas étouffé les conflits, pire encore elle est vécue par certains comme une ingérence de l'extérieur, voire un retour au colonialisme.

« La fédé a essayé de régler ça [le conflit], elle a envoyé des missionnaires, tu vois, des gens qui sont venus ici (...) Aah [faisant mine d'être en colère] j'étais fâché contre les gens de la Guadeloupe, je leur ai sorti ce jour-là : "il faut encore une fois que papa blanc sorte de France et vienne mettre de l'ordre chez le nègre, vous n'avez pas été capables pendant deux ans de trouver une solution pour mettre en place un seul comité" (...) »

(Axel, 50 ans, Directeur Technique Régional au CRUHG de 1990-1992, entraîneur de la section sportive Natation-santé des *Dauphins du Moule*, polyhandicap)

En plus des rancœurs, des divergences apparaissent sur le mode de gestion et sur les stratégies de développement et semblent alors produire des logiques divergentes au sein du comité. Romuald, alors président du comité, se tourne vers une stratégie personnelle qui va au-delà du mouvement sportif. En effet, à partir de 1995, il tente d'occuper la présidence de l'association de la KAHMA, qui est devenue une association gestionnaire d'établissements et de services. Cette direction amorcée à la fin des années 1980, lui confère un statut d'association employeur qui bénéficie alors des forfaits de « prix de journée » de la Sécurité sociale. Elle s'engage aussi dans une logique professionnelle grâce aux contrats aidés mis en place par l'Etat. Comme pour de nombreuses associations créées sur un engagement bénévole, l'apparition d'un modèle managérial génère des dysfonctions au sein du

fonctionnement associatif (Laville et Sainsaulieu, *op.cit.*). La perte de l'identité collective, militante pour la plupart, a pour effet d'accroître les tensions entre les acteurs. Ainsi, la forte présence des cadres de la KAHMA au sein du comité régional sportif va déplacer ces tensions au sein de ce dernier :

« A cette époque [entre 1990 et 1996], y'avait un mélange, c'était les mêmes personnes qu'on trouvait, à la KAHMA, à Moule handisport, à Soleil Kléré Nou, plus ou moins les mêmes personnes(...). Il y a toujours eu au niveau de la KAHMA, ce rapport conflictuel entre les dirigeants. Et comme la KAHMA est influente sur le Handisport, ça rejaillissait sur le CRUHG indirectement et c'était des querelles de personnes. »

(Axel, 50 ans, Directeur Technique Régional au CRUHG de 1990-1992, entraîneur de la section sportive Natation-santé des *Dauphins du Moule*, polyhandicap)

Parallèlement à ces dissensions entre les acteurs, la professionnalisation au sein de la KAHMA et la gestion financière qui en découle va aboutir sur des accusations de malversations. Ces accusations vont mettre en défaut l'ensemble des acteurs du CRUHG et par là même le mouvement sportif :

« (...) une fois que une association a été touchée, toutes les autres ont été touchées, et là où René L. avait une forte représentation, Moule handisport est mort de sa belle mort, le CRUHG est mort de sa belle mort. »

(Axel, 50 ans, Directeur Technique Régional au CRUHG de 1990-1992, entraîneur de la section sportive Natation-santé des *Dauphins du Moule*, polyhandicap)

La Fédération Française Handisport a tenté d'étendre sa logique de sportivisation en Guadeloupe. Calquée sur le modèle compétitif, les acteurs locaux ont cherché à promouvoir un sport de haut de niveau dans un objectif de performance et d'affirmation identitaire. Toutefois, le croisement de logiques managériales, sportives et identitaires au sein d'une même organisation a eu raison de la pérennisation de son activité.

8.1 L'émergence d'une logique « sanitaire » au sein du club des « Dauphins du Moule »

A la suite de ces conflits, Axel démissionne de son poste de conseiller technique au sein du comité régional. Cet échec aura aussi pour effet de réorienter son action sportive vers une logique différente. En 1994, il met en place une activité natation qu'il décrit comme « *rééducative* » et qui concernent les personnes âgées et les personnes souffrant de pathologies dorsales.

a. Le club de natation des « Dauphins du Moule » : un club populaire

Le club de natation des « Dauphins du Moule » se situe dans la commune rurale, du Moule, à l'extrémité Est de l'île, éloignée des grandes villes principales. Cette commune au passé historique riche¹¹⁶ est située face à l'océan Atlantique. De fait, la majorité de ses activités économiques se sont naturellement tournée vers la mer. Faute d'avoir une piscine à proximité, les fondateurs du club des « Dauphins du Moule » se sont servis du milieu marin

¹¹⁶ Deuxième commune de la Guadeloupe en superficie (83 km²) et située face à l'océan Atlantique, le Moule fut le premier grand port commercial de l'île au cours du XVIIIème et du XIXème siècle. Le déclin de l'économie sucrière lui fait perdre rapidement sa puissance économique au profit de Pointe-à-Pitre. Elle est le théâtre d'une répression sanglante des grèves ouvrières qui ont eu lieu le 14 février 1952. Cette affaire connue sous l'appellation du *Massacre de la Saint-Valentin* est devenue une journée commémorative pour les mouvements indépendantistes.

comme infrastructure. Les bassins de natation sont situés à l'intérieur d'un lagon fermé par une barrière de corail. Valorisant cet environnement naturel, le club, créé par des jeunes originaires de la commune dont Axel, s'inscrit au sein d'une politique de popularisation de la pratique de la natation. Elle développe ses activités auprès des scolaires, des familles mais aussi dans le cadre compétitif. Grâce à cela, le club compte le troisième plus grand nombre de licenciés au niveau régional (sur 18 clubs). Il est devenu un club très populaire, ancré dans la vie locale, qui a tissé de nombreux liens avec le secteur associatif de la commune du Moule, qu'il soit sportif, culturel ou à visée sociale, mais aussi avec les responsables politiques locaux. La politique sociale du club lui permet de bénéficier d'un soutien économique notamment pour l'emploi de ses salariés.

Cette accroche dans l'espace social n'empêche pas le club d'être aussi un promoteur du sport de haut-niveau en natation au niveau local et international, tant chez les valides que dans le domaine du handisport. L'image du champion guadeloupéen sert à l'ancrage populaire du club. On vante les mérites du champion « pur Guadeloupe », entraîné en milieu naturel et issu d'une catégorie sociale modeste. Le club participe aussi à l'insertion professionnelle de ses champions en encourageant leur formation et leur embauche au sein du club. Ainsi, Abel Boniface, champion handisport du club, a pu aussi bénéficier de cette politique d'intégration professionnelle. Ancien nageur valide au club, il obtient rapidement le statut d'animateur au sein du club, ce qui lui permet d'être rémunéré. Le club a aussi « pour objectif de faire obtenir à Abel les diplômes d'entraîneur d'handinotation »¹¹⁷.

¹¹⁷ Archives personnelles d'Axel, France-Antilles du 25 mars 1995.

b. La section Natation-santé : un projet social

L'environnement social du club et la politique associative qu'il développe se retrouve naturellement dans le projet de natation-santé que souhaite promouvoir Axel. Pour cela, il s'appuie sur le milieu médical qui adhère complètement à ce projet et en fera même la publicité. En effet, en collaboration avec un médecin généraliste, le docteur Séjor et un kinésithérapeute, Monsieur Gondé, tous les deux exerçant dans la commune du Moule, un film est réalisé mettant en scène une séance de natation avec une personne lourdement handicapée. Appuyé par un discours médical expliquant les bienfaits de la natation dans la rééducation, ce film est présenté à plusieurs reprises dans des clubs de natation ou dans des mairies afin de développer ce type de pratique :

*« [...] à un moment heu **on a commencé une campagne de sensibilisation**, et [le docteur S...] a eu l'occasion d'aller avec moi à l'OMCS de Vieux-habitants, **on avait fait un film**, on avait fait sur R...qui est un polytraumatisé, On lui a fait un vaccin heu il a fait une mauvaise réaction au vaccin qu'ils lui ont donné et **il était paraplégique**, il était pas hémiparalysé mais il était pas loin des deux, et il **vit en fauteuil électrique**, il a les bras complètement bloqués, les jambes bloquées, la colonne vertébrale complètement tordue, il a eu une très mauvaise réaction et **il nageait avec moi...** »*

(Axel, 50 ans, Directeur Technique Régional au CRUHG de 1990-1992, entraîneur de la section sportive Natation-santé des *Dauphins du Moule*, polyhandicap)

En 1995, la Fédération Française Handisport aide à l'organisation d'un stage « d'initiateur fédéral handinotation » au sein de la FFH. Pierre Randhaxe, directeur technique fédéral de la natation handisport, responsable des relations franco-allemandes, vient en

Guadeloupe pour aider au montage de la formation, et lui apporter ainsi un « caractère officiel »¹¹⁸. L'objectif d'Axel, « *est de diffuser la pratique de l'handinotation et de la natation santé en Guadeloupe* ». Au terme de la session, dix des quinze stagiaires sont reçus et prennent leur fonction dans un club de natation en Guadeloupe. L'article de presse qui relate l'événement exprime l'« admiration » du directeur technique envers le club des « *Dauphins du Moule* » qui à, sa connaissance, est le seul club ordinaire « *qui intègre l'handinotation dans son circuit général* »¹¹⁹. Cette intégration est à l'image d'un club qui a développé une stratégie associative de proximité. Le projet connaît un vif succès auprès des personnes âgées et des personnes atteintes de pathologies diverses. Il diffuse un discours sur les qualités curatives liées à l'eau de mer afin de renforcer la stratégie sanitaire de la pratique de la natation-santé¹²⁰. Ce discours est d'autant plus parlant qu'il intègre de fortes croyances sur les vertus bienfaitrices provenant de l'élément marin¹²¹. Cette pratique est à noter dans les multiples attitudes préventives, conjuratoires et purificatrices présentes dans la société guadeloupéenne (Bougerol, 1985, 1997 ; Massé, 1995 ; Benoit, 2000 ; Pourette, 2002).

Le projet de la natation santé est aussi soutenu par les acteurs politiques locaux, principalement la mairie. Le lien entre la ville et le « club des Dauphins » a toujours été très fort, voire fusionnel, puisque la ville subventionne en grande partie les infrastructures et les emplois. Ainsi, Axel bénéficie dans un premier temps d'un emploi subventionné. Par la suite, les services du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) vont aider à populariser l'activité

¹¹⁸ Archives personnelles d'Axel, *France-Antilles*, 1995.

¹¹⁹ *Id.*

¹²⁰ Archives personnelles de Axel, Des mamies en pleine force de l'âge, *France Antilles*, date inconnue.

¹²¹ Le « bain-démarré » est une pratique de purification qui consiste à s'immerger dans l'eau de mer le jour de l'an à minuit pour se délivrer des « impuretés » accumulées au cours de l'année précédente. Ce rituel, encore largement pratiqué aujourd'hui, peut se réaliser à d'autres moments de l'année (nouvelle lune) avant d'affronter une épreuve, pour éloigner la malchance ou pour repartir du bon pied. Il s'accompagne généralement de prières et :ou d'un « frottement » du corps avec des herbes ou une queue de morue complétant ainsi l'acte de purification.

en permettant aux personnes en difficultés de bénéficier d'une aide financière pour l'activité natation-santé.

c. La section Natation santé : le passage d'une logique compétitive à une logique sanitaire

La décision de transformer la logique sportive initiale, c'est-à-dire tournée vers la compétition et la réalisation de performance, vers une logique rééducative témoigne d'un changement profond. En effet, à travers l'analyse ARO du discours d'Axel, on observe une opposition récurrente entre une logique compétitive, incarnée par le CRUGH, et une logique « sanitaire » développée dans la nouvelle section « natation santé ». Nous avons choisi ici de ne pas présenter cette opposition sous forme de tableau car le discours en lui-même nous semble très explicite.

« (...) je suis beaucoup plus près des gens qui ont besoin de la natation que de ceux qui pratiquent la natation à la recherche de performances. (...) tout en disant qu'il faut la natation de compétition ou le sport de compétition dans la mesure où le sport de compétition c'est une vitrine pour la discipline en général. Parce que les gens quand ils regardent la natation, ils vont regarder qui est champion de la Guadeloupe, qui est champion de France, qui est champion d'Europe, qui est champion du monde, qui est champion olympique. C'est ce qui ressort en premier puisque c'est de ceux dont parlent les médias. Mais moi, j'ai dit toujours qu'au risque de m'attirer des ennuis, le sport de compétition est un luxe que peuvent se payer les gens qui n'ont pas de problèmes de santé. Et c'est ceux qui ont des problèmes de santé qui ont besoin de pratiquer une forme de sport qui est l'activité physique adaptée. Parce que les autres ils peuvent s'en passer, ce qu'ils veulent c'est se comparer... regardez les mots qui

régissent les jeux olympiques : plus haut, plus fort. Donc c'est un luxe le sport de compétition, je le disais à C... récemment. Je lui disais : « tu as ta place car tu fais parler du sport en fauteuil, du sport de compétition, mais quand on regarde en Guadeloupe les jeunes qui devraient pratiquer du sport absolument pour leur bien-être ce ne sont pas des gens comme toi, ce sont des gens qui ont encore des problèmes ».

(Axel, 50 ans, Directeur Technique Régional au CRUHG de 1990-1992, entraîneur de la section sportive Natation-santé des *Dauphins du Moule*, polyhandicap)

Le « sport de compétition » s'oppose ici à l'« activité physique adaptée » (APA). Cette opposition varie en fonction de la population vers laquelle la pratique est orientée. Ainsi, le sport de compétition est pratiqué par ceux qui peuvent se le permettre, ceux qui n'ont pas de problème. C'est « un luxe » que ne peuvent pas se permettre ceux qui ont des problèmes de santé. Dans leur cas, on doit développer des APA pour permettre leur réadaptation.

Aussi, pour Axel, le sport de haut-niveau en fauteuil représente la « vitrine », l'élite, le sport qui est médiatisé à travers les jeux Paralympiques. Par ces propos, Axel relève le statut « prototypique » accordé au handicap moteur par les médias (Combrouze, 2003). Contrairement à d'autres types de handicap (mental en premier lieu), le sport en fauteuil est plus facilement associé aux représentations normatives du corps (paradoxalement) et du sport. Axel confirme peut-être ici une impossibilité de développer le spectacle sportif des personnes handicapées dans la société guadeloupéenne.

Enfin, cette opposition révèle aussi une opposition entre la Guadeloupe, où les APA seraient plus « adaptées » à la situation locale, et la France hexagonale où la pratique du handisport est possible. L'accès à une pratique de compétition n'est donc possible qu'à l'extérieur de la Guadeloupe.

8.2 Le basket en fauteuil : entre affiliation caribéenne et métropolitaine

Depuis la création du CRUHG, l'équipe de basket est tenue par les piliers de l'équipe tels que Claude et Julien et semble évoluer dans une forme d'organisation intermédiaire. En effet, d'un côté, elle maintient son rattachement à la KAHMA qui s'est pourtant fortement tournée vers la gestion d'établissements spécialisés avec la création d'une maison d'accueil spécialisé (MAS)¹²² sur la commune du Moule en Grande-Terre. D'un autre côté, certains membres de l'équipe gardent une certaine distance vis-à-vis des acteurs du CRUHG. Les conflits entre Claude et Romuald, président du CRUHG, contribuant quelque peu à cette relation problématique.

Hormis les manifestations organisées par le CRUHG, l'équipe de la KAHMA met en place des rencontres contre des équipes des îles voisines tels que Porto-Rico, Trinidad et la République Dominicaine. En 1993, elle se déplace aux Etats-Unis, pour faire une tournée contre des équipes de Miami, notamment celle où évoluait Julien, le « Miami Express », durant son séjour dans les années 1980.

Ces échanges avec les îles de la Caraïbe et les Etats-Unis sont-ils le fait d'un choix volontaire ou d'un choix par défaut ? Plus explicitement, sont-ils soumis à une logique identitaire de la part des responsables associatifs guadeloupéens ou sont-ils la conséquence de l'éloignement avec la métropole qui complique les échanges avec les équipes de l'hexagone ? Peut-être les deux si l'on imagine, comme l'exprime Jacques Dumont et Sébastien Ruffié (*op.cit.*) au sujet des sportifs guadeloupéens qui allaient à la rencontre des sportifs des îles proches, qu'ils soient « traversés par la question de la distance, non seulement dans ses dimensions géographiques, mais aussi symboliques » (p.7).

¹²² La maison d'accueil spécialisée (MAS) reçoit des personnes adultes atteintes d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave, ou gravement polyhandicapées, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. Leur état doit nécessiter en outre le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants. La MAS est un établissement médico-social financé en totalité par l'assurance maladie.

Le coût du déplacement d'une équipe de basket en fauteuil de la Guadeloupe vers la métropole est bien trop important pour être financé. Dès lors, l'environnement géographique proche ne peut être déprécié. Il peut même devenir un espace de revendications identitaires. Ainsi, ces « voyages », comme le répète souvent les sportifs de cette époque, sont financés en partie par l'association. L'autre partie provenant de sponsors providentiels que chaque joueur doit aller solliciter pour ajuster le budget. Là encore, cette démarche semble impensable pour les acteurs associatifs évoluant en métropole. Ce mode de fonctionnement est pour eux caractéristique du fonctionnement associatif en Guadeloupe et limite le développement du Handisport :

« (...) Normalement le joueur quand on lui demande de faire des prestations, vous devez au moins prendre soin à son déplacement. Ce n'est pas lui qui doit enlever de l'argent de sa poche. Si le gars a de l'argent dans sa poche, c'est pour [acheter] un souvenir, mais ici [en Guadeloupe] c'est le joueur qui dépense, et c'est pourquoi, ils ne vont pratiquement nulle part (...) »

(Marcel, 55 ans, joueur de handibasket à Berk entre 1985 et 1995, paraplégie).

Toutefois, en 1995, une tournée de l'équipe guadeloupéenne de basket en fauteuil est effectuée en France. L'équipe participe à un mini-championnat, organisé par la FFH, qui se déroule sur plusieurs jours, et pendant lequel elle rencontre des équipes métropolitaines évoluant en Nationale 3. Cette expédition sera renouvelée plusieurs années de suite et semble apporter un espoir d'intégration. Cette intégration est vécue comme une forme de reconnaissance pour les joueurs guadeloupéens. « *On rencontrait que les champions hein !* » exprime fièrement le leader de l'équipe guadeloupéenne.

Ces tournois se sont répétés à trois reprises. En 1999, faute de moyen financier, les tournées ont été abandonnées. Dans le même temps, la KAHMA construit son deuxième établissement spécialisé. L'équipe de basket retombe alors dans une pratique de loisir.

9. Synthèse de la période de 1978-2000 : entre recherche de visibilité sociale et tentative de sportivisation

Cette première période retrace les événements socio-historique qui ont traversé l'organisation sportive des personnes atteintes de déficiences motrices depuis la première tournée guadeloupéenne de basket en fauteuil jusqu'à la création du premier comité Handisport de la Guadeloupe. La structuration des pratiques sportives des personnes ayant des incapacités motrices se mêle à celle d'un regroupement associatif auto-organisé. La KAHMA, la première association de personnes adultes ayant des incapacités motrices créée en 1981, est aussi à l'origine de la dynamique sportive qui débute à la même période. Le but des acteurs de ce mouvement militant est de lutter pour l'amélioration de leur situation dans la société guadeloupéenne. Leurs revendications sont traversées par un double discours identitaire, en tant que personne handicapée, et en tant qu'Antillais. En effet, le mouvement des personnes handicapées n'échappent pas au discours identitaire qui parcourt les Antilles, et la Caraïbe de façon générale, et qui tend à se généraliser à toutes les formes d'activités sociales, notamment sportives ou culturelles (Daniel, 2002 ; Giraud, 2004 ; Reno, 2004).

Ainsi, c'est au cours de cette période militante et de recherche identitaire que le sport des personnes handicapées motrices, surtout le basket en fauteuil roulant, s'est développé. Il vient en appui aux revendications sociales, et identitaires, menées par les personnes en fauteuil roulant, en étant utilisé comme un moyen de visibilité dans le social. Cette forme d'utilisation

du sport correspond tout à fait à l'histoire de l'émergence et du développement des différents mouvements sportifs des personnes stigmatisées observée ailleurs (Marcellini et *al.*, 2000). En France, de nombreux groupes sportifs de personnes handicapées trouvent aussi leur origine dans des regroupements associatifs de « pairs » constitué sous la forme de « self help groups » ou de groupes militants. C'est le cas, par exemple, du club Handisport de Montpellier créé en 1974, qui prend naissance dans le cadre de l'APF sous l'action de parents d'enfants handicapés moteurs avant de s'affilier à la FFH quelques années plus tard (Le Roux et *al.*, 2013). C'est aussi le cas du mouvement sportif des nains, le France Nano Sports, issu de l'Association des Personnes de Petite Taille (APPT), et aujourd'hui affilié simultanément à la FFH et à l'IDAF (international Dwarf Athletic Federation) (Ablon, 1981 ; Marcellini, 2005).

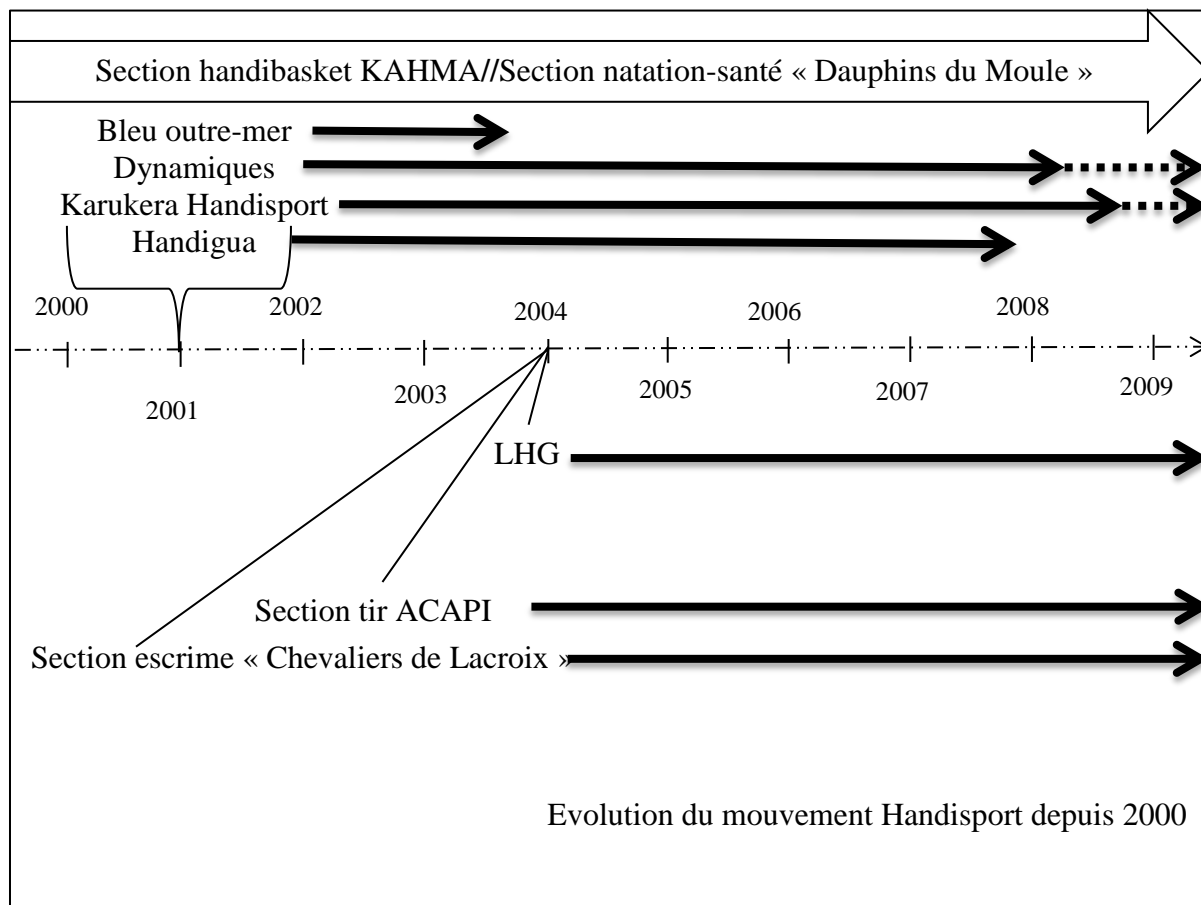
En Guadeloupe, le groupe de sportifs reste lui sous la forme d'un groupe périphérique au mouvement militant. Il se tient éloigné des espaces de décisions, notamment en ce qui concerne l'organisation de leur pratique. Contrairement aux exemples cités plus haut, à aucun moment le sous-groupe de personnes sportives ne cherche à constituer une nouvelle organisation afin de développer une pratique sportive spécifique. De ce fait, lorsque l'association mère, la KAHMA, connaît une période de « mutation » (Laville et Sainsaulieu, 1997) en passant d'une logique militante à une logique managériale, le groupe de sportif effectue son déménagement vers une autre association auto-organisée, elle aussi à vocation sociale, qui accepte de l'accueillir. Cette impossibilité à s'auto-organiser pour les personnes sportives ressemble à ce que constate Lanoir L'Etang dans son analyse du secteur associatif en Guadeloupe (2005). En effet, pour l'auteur, contrairement en France, le fonctionnement associatif en Guadeloupe est déterminé par un réseau de proximité contraignant qui engendre un système de dépendance vis-à-vis des responsables associatifs qui centralisent les pouvoirs et les réseaux. Dès lors, les sportifs ne peuvent sortir de l'organisation principale sans perdre

dans le même temps un réseau qui leur permet de s'émanciper. Cette « centralisation » est d'ailleurs observée dans d'autres secteurs de mobilisations collectives concernant des minorités sociales en Guadeloupe, comme par exemple celle des PVVIH (Ferez et *al.*, 2013).

En 1990, un processus d'auto-organisation du sous-groupe de personnes sportives va tout de même voir le jour. L'arrivée de nouveaux acteurs guadeloupéens vivant des situations de handicap, formés dans le secteur sanitaire et social et aussi dans le secteur sportif, en est le moteur évident. Une logique de sportivisation apparaît, appuyée par la Fédération Française Handisport, avec une importance accordée à la logique compétitive. On observe, là aussi, la présence d'un discours d'affirmation identitaire antillaise, comme celle que Fred Reno a étudiée chez les athlètes antillais dans la période 1950-1990 (2004). Mais cette logique qui domine la stratégie du comité régional va provoquer des tensions au sein de l'organisation. L'éloge du champion guadeloupéen en fauteuil empêche une démocratisation du handisport nécessaire à son développement. Le nombre de pratiquants reste timide et tend même à s'affaiblir avec le départ de certains sportifs prometteurs vers la métropole pour pouvoir intensifier leur pratique. Cet affaiblissement profite à l'émergence d'une logique sanitaire qui se développe en parallèle de la logique compétitive. Cet éclatement va entraîner le déclin progressif du comité.

A la fin des années 1990, deux structures handisports sont encore actives sur l'île. La section handibasket qui se présente sous la forme d'un groupe de pairs intégré dans l'association de la KAHMA, devenue une association gestionnaire d'établissement et de services pour personnes handicapées mentales. La section handinotation des « *Dauphins du Moule* » qui propose une activité « rééducative » vers un public élargi aux personnes âgées, aux personnes souffrant de pathologies dorsales et même aux jeunes en difficultés sociales.

III. De 2000 à aujourd'hui : La multiplication des logiques sportives



A partir des années 2000, un nouveau souffle semble parcourir le mouvement sportif des personnes handicapées en Guadeloupe. A partir de 2001, on observe une série de créations associatives portées par des acteurs locaux et métropolitains, accompagnée dans le même temps d'une volonté de relance du mouvement initiée par la FFH. En 2004, profitant du retour au pays d'un ancien champion paralympique d'escrime d'origine guadeloupéenne, la FFH mobilise un réseau d'acteurs locaux institutionnels et sportifs afin de réorganiser le mouvement fédéral Handisport en Guadeloupe, abandonné depuis le conflit qui l'a parcouru au milieu des années 1990. Ainsi, le mouvement sportif des personnes atteintes de déficiences motrices voit apparaître, parallèlement à un modèle sportif fédéral, des logiques professionnelles qui s'appuient sur des nouvelles structures sportives créées par des valides.

Dans ce chapitre, l'ordre chronologique sera moins respecté que pour le chapitre précédent. En effet, malgré sa structuration plus tardive que certaines sections et clubs Handisport, nous avons choisi d'analyser le modèle sportif fédéral en premier. La structuration des nouvelles structures sera vue dans un deuxième temps, de façon distincte, afin de mettre en avant les logiques stratégiques de chacune. Enfin, nous porterons également une réflexion sur les nouvelles logiques qui semblent se présenter au sein d'organisations plus anciennes.

1. La reprise en main du mouvement fédéral : la Ligue Handisport de la Guadeloupe

« L'an deux mille quatre, le mercredi huit décembre au Centre Régional de l'Education Populaire et Sportive Antilles Guyane sur convocation du Président du comité provisoire handisport, se sont réunis, les responsables d'associations et clubs handisports et

certaines ligues et comités »¹²³ afin d'élire le président du nouveau bureau directeur de la ligue Handisport de la Guadeloupe. Jacques (voir encadré suivant), ancien athlète Handisport de haut-niveau, dont la candidature est appuyée par les cadres de la Fédération Française Handisport, est élu à l'unanimité. Il faut dire qu'il rassemble, pour la FFH, à travers son parcours sportif les caractéristiques indispensables pour une reprise du mouvement handisport enterré depuis les conflits des années 1990. Cette élection est le fruit d'un consensus entre une volonté fédérale nationale et les particularités de l'environnement local. Ainsi, avant d'être élu à la présidence du comité, Jacques a dû prendre en compte l'ensemble des acteurs locaux, notamment ceux qui avaient initié le mouvement fédéral au début des années 1990. Malgré ses origines guadeloupéennes, le consensus fut difficile à trouver. La confrontation des identités et la volonté affichée de certains acteurs de la KAHMA prétendants à l'occupation des positions dominantes révèlent la présence d'un rapport de force.

¹²³ Procès-verbal de l'assemblée générale constitutive de la Ligue Handisport de Guadeloupe du mercredi 08 Décembre 2004.

Jacques

(président de la Ligue Handisport de Guadeloupe depuis 2004)

Jacques est né le 4 août 1954, à Port-Louis (Nord-Grande-Terre), dans une famille de huit enfants (il est le quatrième). Son père, ouvrier à l'usine de Beauport (Sucrierie et Distillerie), pratique le cyclisme au club d'Anse-Bertrand. Sa mère est agricultrice et ménagère.

Il ne suit pas une longue scolarité et se professionnalise très tôt. A 18 ans, il est maçon à Port Louis. Contrairement à certains de ses frères et sœurs qui s'investissent dans des clubs sportifs compétitifs (athlétisme, cyclisme et surtout natation), Jacques préfère pratiquer en loisir :

« j'étais sportif mais pas compétiteur. Quand je rentrais du travail, j'allais courir en fin de journée sur la plage à Port-Louis...puis je jouais au foot avec des amis. La mer étant à côté, j'allais nager puis je faisais quelques pompes. C'était pratiquement tous les soirs ; Mais je n'ai jamais fait partie d'un club. La compétition ne m'a jamais vraiment intéressé ».

En septembre 1973, alors qu'il vient d'avoir 19 ans, il est victime d'un grave accident de la route qui le prive de la mobilité de ses membres inférieurs (paraplégie). Il part une première fois, pendant un an et demi, en Métropole (Centre de Rééducation de Fontainebleau). Il fera un bref retour en Guadeloupe puis repart en France à Saint-Hilaire (Isère). Pendant cette période, il est initié aux différentes activités sportives par les kinésithérapeutes du centre de rééducation. Il penchera ensuite pour le basket en fauteuil en intégrant l'équipe de Meylan (Isère).

En 1979, il part à Toulouse poursuivre une formation d'horloger où il restera jusqu'en 1981. Pendant cette période, il rencontre Yannick, paraplégique, d'origine guadeloupéenne, président du Toulouse Invalides Club, équipe de basket de fauteuil dans la banlieue de la ville. Il devient membre de l'équipe et partira en tournée en Guadeloupe en 1979 pour inaugurer la création de la KAHMA. .

En 1981, il décide de revenir dans la région de l'Isère (Meylan). Il poursuit à la section basket du club handisport grenoblois avec qui il est, en 1982, champion de France de 2e division. C'est à cette période qu'il « double » aussi avec la section escrime, discipline dans laquelle il accomplira sa carrière sportive majeure. Multiple champion de France (épée et fleuret), plusieurs fois champion d'Europe et du monde, il sera champion olympique à l'épée en 1984 à Aylesbury (Angleterre), à Barcelone en 1992 et à Atlanta en 1996. Il termine sur un doublé en or (individuel et par équipes) à Sydney en 2000.

Il est chevalier de la Légion d'honneur, Officier de l'ordre du mérite et a reçu le prix international du fair-play.

En 2001, Jacques rentre définitivement en Guadeloupe et s'investit dans le club d'escrime des Abymes (Chevaliers de Lacroix). Il prend aussi une licence à la KAHMA mais reste peu de temps adhérent.

Depuis 2004, après avoir été sollicité par la Fédération Française Handisport, il est président de la Ligue Handisport de Guadeloupe.

En 2002, une délégation de la Fédération, composée de cadres et d'athlètes guadeloupéens, vient en visite en Guadeloupe afin de « *prospector* » et « *de voir un petit peu comment remettre les choses en place* »¹²⁴. Jacques, qui est tout juste de retour en Guadeloupe pour s'installer définitivement, accompagne la délégation lors de sa tournée sur l'île. Au cours de cette « prospection » des rencontres s'effectuent avec les quelques clubs handisports en place (la KAHMA, les Dauphins). Au terme des échanges, la nécessité de reconduire l'organisation d'un comité régional Handisport se pose pour permettre le développement des pratiques sportives à l'attention des personnes ayant un handicap. Jacques apparaît comme celui qui peut mener à bien cette mission :

« *Jacques, fallait qu'il fasse la ligue, il est **guadeloupéen**, il a été sept fois **champion paralympique**, il fallait qu'il y aille quoi !* »

(Yvan, 60 ans, Professeur de sport au CREPS, membre du comité directeur de la Ligue handisport de Guadeloupe de 2004 à 2008, valide).

Dans un premier temps, Jacques crée des liens avec Yvan, 60 ans, professeur de sport au Centre Régional de l'Education Populaire et Sportive de la Guadeloupe (CREPS). Installé depuis plus de dix ans lorsque nous le rencontrons, il se définit alors comme un « *Guadeloupéen d'adoption* ». Depuis 2001, Yvan entraîne bénévolement des athlètes handisports au club handisport d'« *Handigua* ». Ce club, créé en 2001 à l'initiative d'un jeune prothésiste d'origine métropolitaine récemment installé en Grande-Terre, a pour objectif de mettre en place une structure pour permettre à des athlètes guadeloupéens handisport d'accéder au haut-niveau en athlétisme et de participer aux compétitions nationales et internationales. Parmi eux, Alain Sextius, athlète handisport d'origine guadeloupéenne, amputé tibial (catégorie T44), est champion de France et recordman du 100 m en titre.

¹²⁴ Entretien avec Jacques datant du 9 juin 2010.

Yvan est entraîneur fédéral d'athlétisme et a intégré la formation des cadres sportifs depuis qu'il est en Guadeloupe. Il a entraîné des sportifs valides de haut-niveau pendant toute sa carrière. La décision de s'investir dans le comité Handisport s'inscrit autour de l'identité sportive incarnée par son futur promoteur :

*« Jacques est quelqu'un que je connaissais par son palmarès de **champion paralympique**. On est tombé tout de suite en accord, on était en harmonie intellectuelle...qui était dans **la dimension que je souhaitais**. »*

(Yvan, 60 ans, Professeur de sport au CREPS, membre du comité directeur de la Ligue handisport de Guadeloupe de 2004 à 2008, valide).

L'appui fédéral et l'identité sportive des deux acteurs en lien avec le sport de haut niveau semblent faciliter des rapprochements avec les institutions locales sportives. Le comité Régional Olympique (CROSSGua) et la Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports (DDJS) participent à la restructuration du comité régional en remplissant leurs rôles de promoteurs régionaux du sport. Dans les premiers temps, ils permettent à la ligue de bénéficier d'une logistique structurelle et financière pour pouvoir repartir :

*« la **Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports**, par le biais du **Ministère**, nous a obtenu donc des financements pour nous permettre d'avoir un volant financier nous permettant de travailler, de réaliser des manifestations et le **CROSGUA** de son côté nous a accueilli, puisque nous n'avions pas de locaux, on nous a accueilli au sein du **CROSGUA** pour que l'on puisse à ce moment-là avoir un endroit où on centralise toutes les informations et où on a un secrétariat qui fonctionne, et la **Fédération Française Handisport** a délégué en Guadeloupe un personnel qui était très partagé entre le **CROSGUA** et la Ligue Handisport. »*

(Steve, 61 ans, Vice-président de la Ligue Handisport de Guadeloupe de 2004 à 2008, moniteur fédéral de l'ACAPI, valide)

Dès lors, a contrario du premier comité, le CRUGH, la nouvelle ligue ne semble pas émerger d'un mouvement de personnes handicapées inscrites dans une logique de revendication sociale, mais du mouvement fédéral Handisport en lien avec le mouvement sportif « ordinaire ». L'adossement aux institutions sportives forme alors une « coalition sportive » qui se présente alors comme un formidable consensus entre les différents acteurs associés au nouveau mouvement (Villoing et *al.*, *op.cit.*).

1.1 La présence des acteurs du tissu sportif local

Le 30 septembre 2004, soit un mois avant la première assemblée constitutive, une première réunion a lieu afin de mettre en place un comité provisoire. Sont désignés comme président provisoire, Jacques, et vice-président, Monsieur Thibault, président du Comité Régional Olympique de la Guadeloupe (CROSSGua). La présence de ce dernier témoigne de la réelle volonté d'implication de l'institution sportive locale. Cette réunion s'effectue dans un bureau, au sein des locaux du CROSSGua, mis à disposition du comité Handisport afin qu'il puisse bénéficier d'une adresse administrative. Le vice-président du CROSSGua, monsieur Toribio, et monsieur Bordelais, Secrétaire Général, participent aussi à cette réunion. Deux autres acteurs valides, issus du secteur sportif ordinaire et impliqués dans le Handisport vont apporter leur contribution : Yvan, professeur de sport et entraîneur du club Handigua et Steve, ancien directeur commercial à la retraite, Brevet d'Etat d'Educateur Sportif au tir au pistolet et fondateur du club de tir, l'ACAPI. Ce dernier a fait la connaissance d'Yvan lors de sa formation au tronc commun du Brevet d'Etat d'Educateur Sportif. Au début des années 1980, il a participé en tant que membre d'un club service (Rotary club), à l'organisation du premier don de fauteuils roulant de sport à la KAHMA.

Le 23 Octobre 2004, cette « *délégation de volontaires* »¹²⁵ se réunit à nouveau afin de rédiger les statuts qui seront adoptés le 16 Novembre par le comité provisoire et proposés aux membres invités à participer à l'assemblée générale constitutive de la Ligue Handisport de la Guadeloupe du 8 décembre.

Au cours de cette assemblée, on constate la présence d'un ensemble d'acteurs institutionnels, associatifs, universitaires et médicaux pour assister à la restructuration du Handisport en Guadeloupe. En l'absence du futur président, parti en métropole pour des raisons de santé, c'est Thibault, président du Comité Régional Olympique et vice-président du comité provisoire qui assure l'intérim. La présence de ce dernier fait-elle le lien avec l'ensemble du monde sportif local ? En tout état de cause, de nombreux présidents ou représentants de comités sportifs régionaux sont présents : Madame Danel, représentante de la Ligue de Basket de Guadeloupe, Monsieur Blondin, président de la Ligue de tir à l'arc, Monsieur Laquitaine, représentant de la ligue de tennis de table, Monsieur Hasbun, président de la Ligue de tir au pistolet, Madame Mocka-Renier, présidente de la Ligue de hand-ball, Monsieur Bordelais, représentant de la Ligue de volley-ball, Monsieur Gala qui représente la Ligue d'escrime et Monsieur Phulbert, Secrétaire Général du Comité Régional de Natation. Ces derniers ont été sollicités par un courrier envoyé à l'ensemble des présidents des comités sportifs régionaux.

On note aussi, la présence du directeur de la DDJS, qui semble représenter la volonté fédérale en annonçant au cours de cette réunion la venue prochaine du Président de la Fédération Handisport afin « *d'aider au lancement de la Ligue Handisport* »¹²⁶. Il indique aussi que la Fédération « *envisage des formations conduisant aux Brevets d'Etats dans certaines disciplines* »¹²⁷.

¹²⁵ Procès-verbal de l'assemblée générale constitutive de la Ligue handisport de la Guadeloupe du 08 décembre 2004, p.3.

¹²⁶ *Id.*, p.3.

¹²⁷ *Id.*, p.3. Aujourd'hui, rien n'a été encore fait dans ce domaine.

A titre individuel, des présidents de clubs participent à cette assemblée. Ils ont tous le projet d'intégrer le handisport dans leur club. Ainsi, Monsieur Gros, président du tennis club du Moule, « *pense* » pouvoir développer une section handisport au sein du club. Mme Danel préside un club de basket récemment créé qui « *cherche à organiser une équipe de basket en fauteuil* ». Certains responsables ont déjà mis en place une politique en faveur des personnes handicapées. Ainsi, Monsieur Jean-Noël, directeur de la base nautique de Sainte-Anne, indique que « *sa structure est équipée pour permettre à ces personnes d'avoir accès à la mer en toute autonomie et gracieusement.* »¹²⁸

Toutes les conditions semblent réunies pour permettre à la nouvelle Ligue Régionale Handisport de se reconstruire dans une réelle logique sportive et en synergie avec le monde sportif local. L'identité de sportif de son nouveau président guadeloupéen semble utile au développement d'un réseau sportif qui s'inspire du haut-niveau pour élaborer ses stratégies.

Est-ce l'évolution de la société guadeloupéenne qui, depuis les années 1990, observe de profonds bouleversements de son fonctionnement (départementalisation, avènement d'une société de consommation, modification structurelle de la famille, augmentation du chômage, apparition de nouveau type de handicap, développement des nouvelles structures de prise en charge) qui génère des perceptions différentes dans le rapport au handicap (professionnalisation du secteur du handicap) ? Le sport, puissant vecteur d'identification culturelle (Dumont, 2001 ; Reno, 2004), participe-t-il ici au processus de déstigmatisation mis en évidence par Marcellini en métropole (2005) ?

La réponse à ces questions est sûrement positive. La présence des acteurs du monde sportif local témoigne très certainement de la volonté d'intégrer le handisport dans la « famille » sportive. Toutefois, les événements qui vont suivre indiquent que la question du

¹²⁸ *Id.*, p.4.

sport des personnes handicapées n'est pas seulement l'affaire du monde sportif mais doit aussi tenir compte des usagers, c'est-à-dire à un groupe de personnes qui vivent des situations de handicap et qui se sont mobilisées, depuis quelques années, afin que le monde des « valides » prenne en compte leurs aspirations. Ainsi, les acteurs pionniers de ce mouvement sportif en Guadeloupe n'entendent pas laisser leur légitimité à des espaces de décisions « extérieurs ». C'est-à-dire qui proviendrait du secteur sportif « ordinaire » et de la métropole qui plus est.

1.2 La difficulté d'effacer l'histoire

D'ailleurs, cette inscription dans le modèle sportif est clairement une volonté de se détacher de la précédente gouvernance. Les nouveaux dirigeants et leurs partenaires veulent ainsi effacer le passé. Au début, des difficultés administratives empêchent le réinvestissement de l'ancien comité: « *la ligue [ancienne] qui n'avait pas rempli son rôle et qui a fermé ses portes sur des constats désagréables, n'avait pas été dissoute, elle existait toujours* »¹²⁹. Cette non-dissolution administrative et l'impossibilité de pouvoir rassembler l'ensemble des anciens protagonistes empêche la constitution d'un nouveau bureau directeur. Mais au-delà de cette difficulté administrative, c'est le désir de faire l'impasse sur les événements passés qui semble primer :

« On a fait une réunion avec l'ensemble des acteurs du handicap en Guadeloupe. En sachant que les antériorités, ben, fallait les gommer. On [la FFH] nous avait demandé de rester vigilants et de faire table rase des mauvaises impressions que le handicap avait laissé en Guadeloupe, et il

¹²⁹ Entretien avec Yvan du 5 janvier 2010.

nous a même été demandé de ne pas s'appeler comité, comme partout en France, mais Ligue, [il y a seulement] en Guadeloupe [que] c'est Ligue. »

(Steve, 61 ans, Vice-président de la Ligue Handisport de Guadeloupe de 2004 à 2008, moniteur fédéral de l'ACAPI, valide.)

Toutefois, cette coupure voulue ne peut être franche. La présence des acteurs de la KAHMA est inévitable. La forte présence des acteurs de cette association emmenée par son président, Emile, et le responsable de la section sportive, Claude, montre une volonté de participer à l'organisation de la nouvelle ligue régionale qui est en train de se reconstruire. Lors de l'élection du comité directeur, 9 membres sur les 15 élus représentent la KAHMA dont le président et le responsable de la commission sportive.

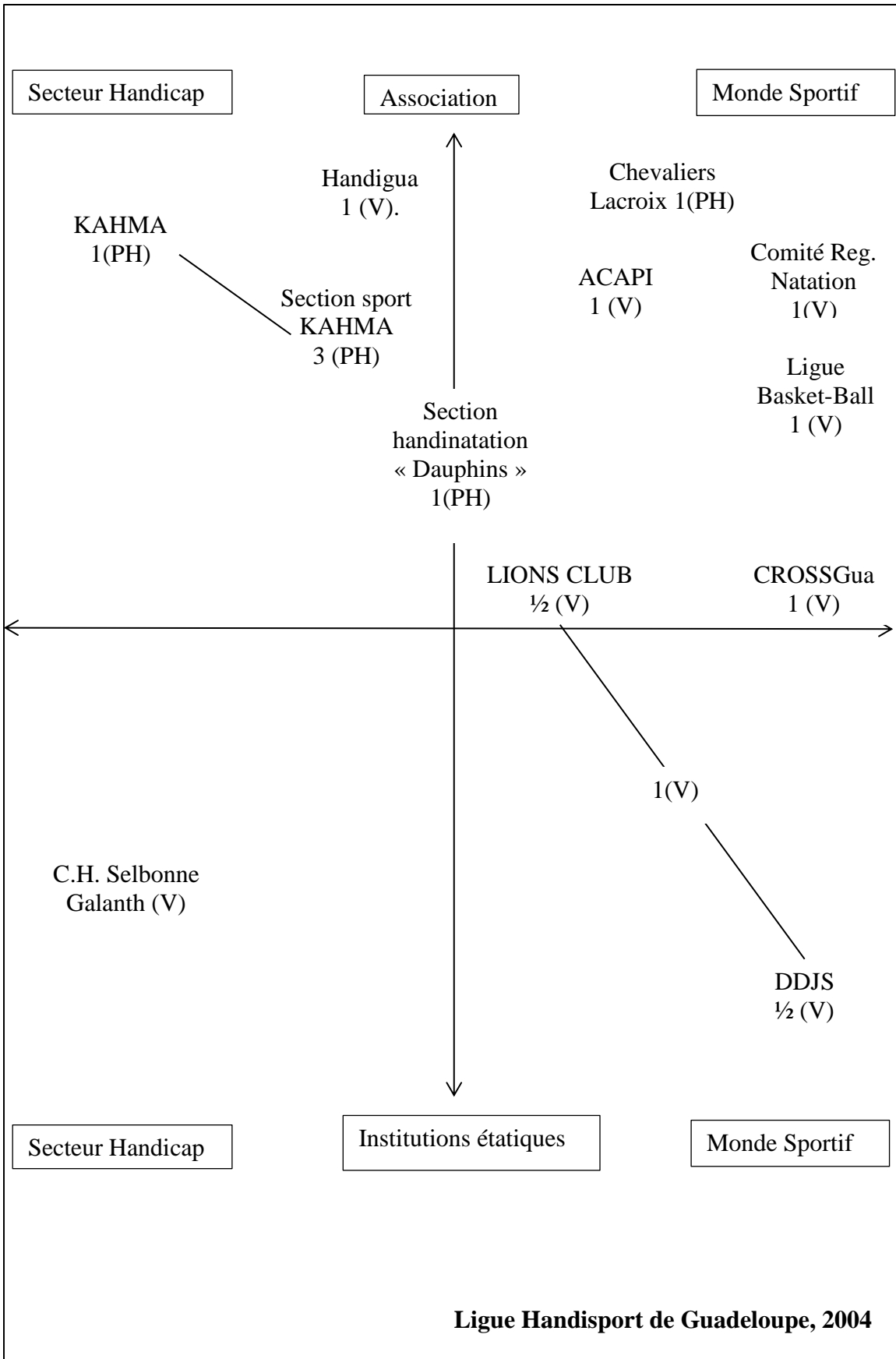
1.3 La composition du bureau directeur : une volonté de conciliation et de regroupement

Le comité directeur propose à l'unanimité moins une voix la candidature de Jacques R. à la présidence de la Ligue Régionale. Cette proposition sera acceptée par l'assemblée qui entérine l'élection du nouveau président. A l'issue de cette assemblée, une première opposition éclate concernant la constitution du bureau. En effet, en l'absence du président, certains demandent le report de la constitution du bureau à une date ultérieure, contrairement à certains membres de la KAHMA qui souhaitent l'effectuer « *dans la foulée* ». Finalement, la proposition de reporter la décision est mise aux voix et la constitution du bureau est reportée au 22 décembre 2004 à 8 voix contre 7. Le vote de la KAHMA n'est donc pas monolithique. Le 22 décembre, le comité directeur élit le bureau directeur dont les principaux acteurs sont les suivants : Jacques (inscrit au club d'escrime des « *Chevaliers de Lacroix* »), 1^{er} président ; Steve (moniteur fédéral du club de l' « *ACAPI* »), 2^{ème} président ; Claude (responsable de la section sportive de la KAHMA), 3^{ème} vice-président ; monsieur Ilfix (KAHMA), Secrétaire

Général et monsieur Toribio (secrétaire général du CROSSGua), Trésorier Général. Ce bureau principal est donc composé de trois personnes handicapées et de deux personnes valides. Deux autres personnes en fauteuil roulant, membres de la KAHMA, viennent remplir les fonctions de trésorier adjoint et de secrétaire adjoint.

Pour finir, on procède à la désignation des responsables de commissions. Ainsi, sont désignés, Axel (moniteur fédéral du club des « *Dauphins du Moule* ») comme responsable de la commission technique et de la commission formation ; le Docteur Galanth (médecin rééducateur au centre hospitalier de Maurice Selbonne) responsable de la commission médicale ; Madame Danel (Ligue de Basket-Ball) et Monsieur Milia, responsables de la communication ; Madame Desbordes (médaillée Jeunesse et des Sports et présidente des « *Lions Clubs* »), responsable de l'organisation ; Claude, Marcel et Youri (joueurs de la KAHMA), responsables de la commission loisir ; Monsieur Mathiasin (secrétaire du comité régional de natation), et Monsieur Ilfix (trésorier de la KAHMA), responsables de la commission juridique.

Le schéma suivant résume le positionnement institutionnel de chacun des acteurs membres la ligue. La forte représentativité du monde sportif « ordinaire » par rapport au secteur du « handicap » apparaît clairement. On peut ainsi penser que, contrairement au premier comité, la logique de la nouvelle ligue est beaucoup plus sportive et aussi plus proche des institutions étatiques.



1.4 La double affiliation de la Ligue aux fédérations Handisport et Sport Adapté : une stratégie de regroupement du plus grand nombre

Dès le début, les promoteurs de la nouvelle Ligue Handisport de Guadeloupe envisagent le regroupement des clubs accueillant des personnes handicapées quelles que soient leurs déficiences au sein d'un même comité. Cette volonté est inscrite dans les statuts. Le 25 avril 2005, la déclaration de création de la Ligue Handisport de Guadeloupe, envoyée à la sous-préfecture de Pointe-à-Pitre, indique son but et dans le même temps l'élargissement de ses compétences à d'autres déficiences que celles liées aux atteintes motrices :

« La ligue handisport de Guadeloupe (L.H.G.) fondée le mercredi 08 décembre 2004 aux Abymes, comprend des groupements sportifs ayant pour but la pratique des activités sportives et physiques au profit des personnes handicapées présentant une déficience motrice ou sensorielle, elle peut accueillir en son sein les pratiquants du Sport Adapté ».

Cet élargissement est inscrit dans ses statuts en précisant sa double affiliation fédérale :

« La Ligue Handisport de Guadeloupe est affiliée à la Fédération Française Handisport (F.F.H.) et à la Fédération Française de Sport Adapté (F.F.S.A.). Elle s'engage à respecter les statuts et les règlements intérieurs des dites fédérations ».

Le présent statut, fourni par un cadre de la FFH, se calque sur celui de la Nouvelle-Calédonie dont le comité s'est aussi organisé en associant les deux fédérations. Créée en

1991, la « *Ligue Calédonienne de Sport Adapté et **Handisport*** »¹³⁰ compte aujourd'hui environ 200 licenciés (dont 7 athlètes de haut-niveau) et une dizaine de clubs sportifs affiliés. En France hexagonale, s'il existe quelques associations fonctionnant sur ce modèle du regroupement des déficiences physiques et intellectuelles, sa réalisation au niveau institutionnel et fédéral (comité) semble encore impossible voire impensable. Dès lors, l'origine de cette organisation « *futuriste* », selon les termes d'un responsable hiérarchique, au niveau de la « Ligue handisport de la Guadeloupe » pose question.

Au regard du discours de Yvan, on comprend que la raison de ce « regroupement » est double. Pour Yvan, il se justifie à la fois dans une logique qui se revendique de l'éducation populaire, parcourue d'une philosophie humaniste, mais aussi au travers de stratégies collectives de structuration face au faible nombre de participants.

Dans les propos de ce dernier, on repère à la fois, un discours idéologique axé sur le rapprochement des types de handicap et le refus de la séparation :

« Si véritablement on... on voulait résoudre le... le problème du handicap en France, la première des choses qu'il faudrait faire, mais là ce serait une volonté ministérielle heu... des sports, c'est de supprimer les fédérations Sport Adapté et Handisport. »

Un discours orienté sur une stratégie de rassemblement légitimée par les conditions environnementales se fait également jour :

« (...) on a créé Sport Adapté et Handisport en Guadeloupe parce que c'était une nécessité d'un petit territoire... on ne peut pas diviser les forces,

¹³⁰ Le titre Handisport est volontairement mis en gras sur le site internet de la ligue. Cf [www.http://lcsah.lagoon.nc](http://lcsah.lagoon.nc), cherchant ainsi à marquer la différence voire une ascendance des personnes atteintes de déficiences motrices et organiques sur celles ayant des incapacités intellectuelles.

on est déjà pas suffisamment nombreux chacun dans son coin, si on divise les forces y'aura pas de progrès possible ».

Cette seconde stratégie semble correspondre au constat des difficultés que rencontre la ligue dans le recrutement d'athlètes Handisport sur l'île. En septembre 2005, une première réunion du comité directeur est organisée afin de faire le point sur l'année écoulée : « *A ce jour, on compte une trentaine de licenciés Handisport* ». Le faible nombre de licenciés pose alors la question de la pertinence de créer des sections handisports au sein des clubs. Ainsi, Monsieur Allamelle, président du club de tir à l'arc des « *Archers de Pointe-à-Pitre* » et qui souhaite organiser une section handisport, propose comme alternative la création d'une « *équipe Guadeloupe* », rassemblant plusieurs pratiques sportives, plutôt que des sections au sein des clubs où les « *handisports* » sont en quantité trop peu importante. Cette proposition révèle une tension entre un modèle d'intégration et celui de spécialisation. En effet, le modèle « inclusif » que représente l'intégration de section handisport au sein de clubs « ordinaires » est mis à mal par la logique de « performance » de ces derniers. Le faible nombre de licenciés apparaît ici comme un frein à l'intégration et incite un retour à une forme d'organisation spécifique.

L'organisation d'une manifestation Handisport locale doit s'effectuer dans la foulée de la journée nationale Handisport en juin 2006. Selon les organisateurs, cette première manifestation doit permettre aux clubs handisports de faire « *leur promotion* », mais aussi de sensibiliser le public à travers la projection de « *films réalisés avec des sportifs antillais* ». Malheureusement, là encore, le faible nombre de spectateurs et de participants handicapés ne fournit pas beaucoup d'espoir aux responsables :

« ...nous avons fait beaucoup de journées « portes ouvertes » et beaucoup de manifestations pour essayer de faire venir les handicapés et malheureusement, malheureusement, dans toutes les manifestations que nous avons faites il y avait une... allez ! je dirais une dizaine de pour cent des visiteurs qui étaient des handicapés... et...pfff... je reviens toujours dessus, c'est dommage de voir que ces personnes ne font pas l'effort de se déplacer... »

(Steve, vice-président de la Ligue Handisport de Guadeloupe, valide)

Le discours tenu ici par cet élu de la ligue régionale Handisport, révèle le regard que porte le monde sportif, valide de surcroît, sur le monde du handicap. Faire mention à l'absence d'effort des personnes atteintes de déficiences motrices, c'est considérer que ces dernières sont dans l'impossibilité de se responsabiliser alors qu'« on » essaye de mettre des choses en place pour elles. Cette vision d'un acteur du monde sportif ordinaire caractérise la logique sportive qui traverse la nouvelle ligue handisport. Un autre responsable hiérarchique, en fauteuil, regrette aussi le manque d'implication des sportifs handicapés dans l'organisation du handisport au niveau local :

« Les athlètes [guadeloupéens] ne répondent pas [quand je les sollicite], ils ne comprennent pas que c'est à eux de se prendre en main. L'organisation de la ligue, y'a que moi qui peut m'occuper de ça, y'a personne d'autre pour le faire, donc ça se fait pas. Moi, quand j'étais en métropole, je faisais de la compétition, tout ce que je demandais hein, c'est qu'on me trouve les sous. Après, je sais que je suis tranquille, je tabassais, je faisais mes organisations »

(Jacques, président de la Ligue Handisport de Guadeloupe, paraplégie)

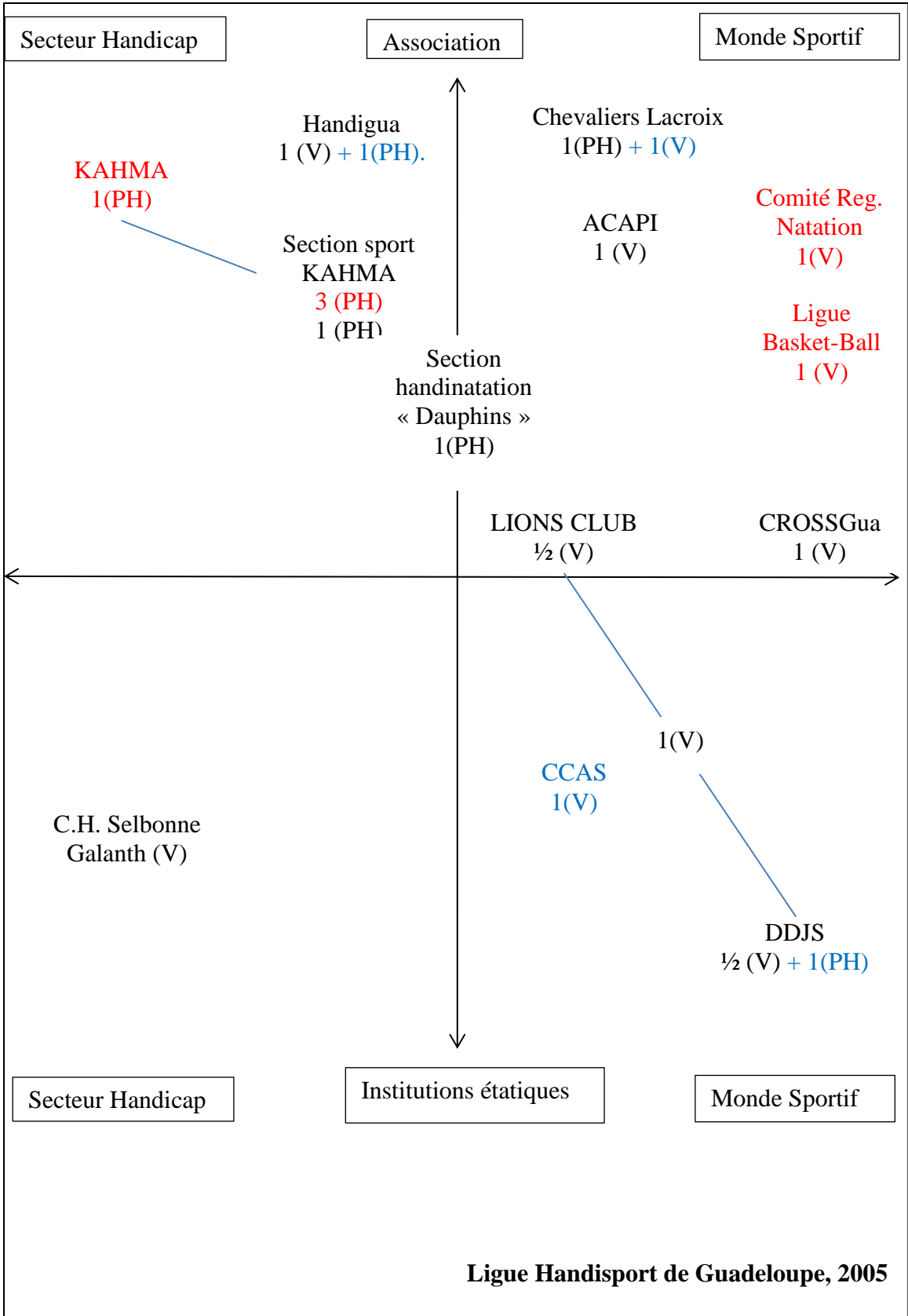
Cette logique de responsabilisation s'oppose à la logique de recrutement développé par la KAHMA au début des années 1980. Les visites dominicales dans les communes ou dans les familles et les annonces faites pendant les émissions de radio visant à « *aller chercher les handicapés chez eux* », à « *les faire sortir* » et à les intégrer à l'équipe de basket en fauteuil ne correspond plus à la demande sociale actuelle, et encore moins à la logique sportive représentée par le mouvement sportif fédéral.

1.5 L'isolement progressif de la Ligue par rapport aux acteurs locaux du monde du handicap et du monde sportif ordinaire ?

En décembre 2006, on note de nombreuses modifications dans la composition des membres du bureau : Victor, un jeune guadeloupéen valide, maître d'armes au club des « *Chevaliers de Lacroix* » et BEES handisport, devient 2^{ème} président ; Grégory, un jeune étudiant d'origine métropolitaine, valide, fils de la secrétaire salariée à la ligue régionale Handisport, est élu Secrétaire Général ; Tatiana, une valide à la retraite, et Serge, amputé, membres du Comité Départemental des Médaillés de la Jeunesse et des Sports, sont élus respectivement Secrétaire Adjointe et 3^{ème} vice-président ; Eric, un jeune valide, animateur sportif du CCAS de la commune de Petit-Canal et Albert, paraplégique, athlète en fauteuil roulant licencié au club « *Handigua* », sont élus trésoriers adjoints. Au final, sur les 12 membres du nouveau bureau directeur, 3 personnes sont en fauteuil roulant, un est amputé et 8 sont valides. Ce changement est surtout marqué par le retrait de 4 membres de la KAHMA, surtout des acteurs issus du bureau directeur de l'association et qui prétendaient accéder aux postes de décisions importants au sein de la nouvelle ligue.

Comme le montre le tableau suivant, cette mutation de l'organisation interne marque le rétrécissement progressif du réseau sportif ordinaire local ainsi que celui du handicap

autour de la ligue. La forte présence de valides (V), issus notamment des institutions sportives locales comme la DDJS et le CROSSGua, apparaît comme une perfusion du système fédéral pour permettre à la Ligue d'exister localement.



2. Une vague de création d'associations sportives spécialisées : une logique professionnelle

2.1 Le « Karukera Handisport » : une logique professionnelle de l'encadrement du sport pour les personnes ayant des incapacités en Basse-Terre

a. Les APA en Guadeloupe : un parcours de professionnalisation difficile

Le Karukera Handisport est une association créée en 2001 par une jeune guadeloupéenne diplômée de la filière Universitaire en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS), Géraldine, spécialisée dans le domaine des Activités Physiques Adaptées (APA). Cette jeune femme originaire de Basse-Terre espère ainsi se professionnaliser dès son retour de métropole où elle passe son Brevet d'Eduteur Spécialisé Handisport pour compléter sa formation initiale.

« (...) j'étais pas trop satisfaite de la maîtrise. Je trouvais que c'était beaucoup trop théorique et y'avait pas suffisamment d'heures de stages. (...) Donc heu j'ai décidé de passer un brevet d'état Handisport. Je trouvais que le programme était beaucoup plus intéressant. Et là j'ai touché à pas mal d'activités (...) »

Diplôme en poche, elle revient en 2002 mais part aussitôt en Martinique pour travailler dans un centre de rééducation fonctionnelle. L'association n'est pas encore active. En 2004, elle reprend contact avec un autre jeune diplômé en APA, Ludovic, d'origine métropolitaine, qui vit depuis l'âge de 13 ans en Guadeloupe. Ce dernier cherche aussi à se professionnaliser, et lui propose de s'associer avec elle dans l'objectif de développer les activités sportives pour tous les types de handicap. Ludovic a une bonne expérience du milieu associatif et du secteur médico-social en charge de la déficience mentale en Guadeloupe. Au cours de sa formation, il

a effectué ses stages au sein de l'association guadeloupéenne de sport adapté (AGSA) et au sein d'une structure spécialisée pour des jeunes déficients mentaux. Géraldine quant à elle, est en lien avec une association locale de personnes handicapées physiques¹³¹. Avec ces deux fondateurs, l'association s'inscrit donc à la fois dans le champ du handicap mental et moteur, et s'affilie aux deux fédérations sportives nationales en charge de ces deux populations :

« Cette association a pour but de promouvoir le Handisport (destiné aux personnes à mobilité réduite) et le Sport Adapté (destiné aux personnes handicapées mentales). Ces deux pôles fonctionneront de façon distincte »¹³².

Dans un premier temps, la présidence de l'association est assurée par Géraldine. L'activité tourne autour de l'encadrement de la natation pour quelques membres de l'association AGATOVA avec qui Géraldine entretient des liens amicaux. Avec l'arrivée de Ludovic, d'autres acteurs vont faire leur apparition dans le bureau comme monsieur Leblanc, le président du Tennis Club de Gourbeyre (Basse-Terre). Ce dernier est aussi le frère cadet de l'actuelle présidente de l'association « Soleil Kléré Nou ». Il occupe provisoirement la présidence de l'association Karukera Handisport afin d'aider à sa structuration. En 2006, Ludovic qui s'est professionnalisé entre temps en intégrant le centre hospitalier de psychiatrie de la Guadeloupe, prend la direction de l'association. Son poste d'éducateur sportif qui correspond à un niveau de qualification et de rémunération inférieur à son niveau de diplôme, lui permet toutefois de se consacrer bénévolement au développement de l'association. La

¹³¹ L'association AGATOVA (Association Guadeloupéenne d'Accueil Touristique et d'Organisation de Vacances Adaptées) créée en 1991 (objet : revendiquer le besoin et le droit à la culture et aux vacances) deviendra l'association Karukera Accueil en 2003 (objet : Participer à la vie sociale au sens le plus large du terme et lutter contre les exclusions liées au handicap). Cette association, créée par des anciens membres de l'Association Soleil Kléré Nou, est située en Basse-Terre et dirigée par des personnes handicapées physiques et leur famille.

¹³² Statut, article 2.

même année, l'association profite de l'obtention d'un contrat aidé de l'Etat de trois ans pour employer Géraldine.

Les activités de l'association s'organisent d'abord autour de la pratique du Handisport avec le petit groupe initial issu d'« AGATOVA », en intégrant progressivement d'autres adultes et quelques enfants déficients moteurs dont les parents sont membres de l'association « Libellule ». Cette association est un regroupement de parents d'enfants présentant des déficiences neuro-motrices pour la défense des droits à l'intégration de leurs enfants dans les milieux ordinaires, et particulièrement dans le milieu scolaire. L'activité principale est la natation dont la pratique se déroule en mer ou dans des piscines privées appartenant aux parents de l'association « Libellule ». La location de créneaux horaires au sein des structures sportives ordinaires permet d'aménager de façon régulière dans la semaine les activités telles que le tennis de table, l'athlétisme et le basket en fauteuil roulant. Le Karukera Handisport développe également d'autres activités en partenariat avec des clubs sportifs de la Basse-Terre telles que le club d'équitation, la « Manade », et le « Tennis club de Gourbeyre ».

Parallèlement, l'association développe des activités sportives adaptées au sein du secteur de l'enfance inadaptée. Elle conclut une convention avec une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), regroupant des enfants autistes de la région de Basse-Terre, qui prévoit des créneaux tous les jours de la semaine. Ces activités sont aussi encadrées bénévolement par Ludovic qui possède plus d'expérience que Géraldine dans ce secteur.

En 2005, l'association compte 11 licenciés Handisport et une quarantaine de licenciés à la Fédération Française de Sport Adapté (FFSA). Ces derniers représentent ainsi l'activité la plus importante de l'association.

A partir de 2006, l'association franchit un nouveau pas dans son développement avec l'obtention de subventions du Conseil régional pour l'achat de matériels sportifs adaptés.

Ainsi, l'achat de ce matériel spécifique et coûteux (joëlette¹³³, tire-à-l'eau¹³⁴, handi-bike, fauteuil de sport, etc.) permet à l'association de diversifier son offre sportive. Cela favorise aussi la médiatisation des activités de l'association. Elle est notamment suivie par la télévision locale pendant une randonnée en montagne avec des adultes polyhandicapés portés par les nouvelles joëlettes¹³⁵. Depuis sa création, l'association participe aussi à de nombreuses actions sociales notamment lors du Téléthon ou des journées nationales du handicap. Elle s'associe pour cela régulièrement à d'autres organisations telles que l'association « Libellule » et le « Tennis club de Gourbeyre » pour organiser des démonstrations et proposer des découvertes de pratiques sportives Handisport. Cette démarche sociale, associée à la pratique du Handisport, n'est pas sans rappeler celle développée par l'association de la KAHMA une vingtaine d'années plus tôt. Ici aussi, les acteurs affichent une stratégie de médiatisation du sportif en fauteuil roulant pour accroître la visibilité du monde du handicap.

En 2008, Ludovic intègre la Ligue Handisport de la Guadeloupe en tant que conseiller technique. Il vient remplacer Axel, moniteur fédéral des « Dauphins du Moule » qui a démissionné de ses fonctions à la Ligue. Toutefois, Ludovic n'y restera que peu de temps faute de pouvoir s'y investir réellement. En outre, il ne parvient pas à s'inscrire dans les actions de la Ligue qu'il juge trop « *éloignée des associations* ».

L'association Karukera Handisport se trouve ainsi à l'intersection de plusieurs logiques : sportives, éducatives et sociales. La constitution stratégique des acteurs trouve son origine dans leur niveau de formation et se cristallise sur un projet de professionnalisation dans le secteur du handicap. Le réseau constitué autour de l'association permet de s'insérer

¹³³ La joëlette a été inventée par un accompagnateur en montagne, Joël Claudel, pour pouvoir emmener son neveu myopathe avec lui. Elle se présente sous la forme d'un fauteuil posé sur une roue centrale, brancardé devant et derrière par deux ou trois valides. Une suspension permet les balades sur les chemins étroits et accidentés.

¹³⁴ Engin permettant la mise à l'eau de grands handicapés en milieu marin.

¹³⁵ Inauguration de la joëlette en Guadeloupe, Journal télévisé RFO1, juin 2008 ; cf. <http://www.youtube.com/watch?v=hIp5tswlwkw>.

dans ce secteur, principalement dans la Basse-Terre. En 2009, le Karukera Handisport intègre un groupement d'associations à vocation sociale, tels que l'association « Libellule » ou l'association « Entreprendre au féminin », afin d'organiser une manifestation de grande envergure dans la ville de Basse-Terre.

« On était initiateurs, organisateurs et accompagnés par la mairie de Basse-Terre (...). Et particulièrement le CCAS (...) c'était rodé, on avait un podium, on avait tout, il y avait eu des aménagements de faits (...) cette manif, voilà, c'était passer à une autre étape qui était de rentrer voilà vers un truc de vraiment officiel, que les gens nous connaissent vraiment bien, qui puisse être orienté tout de suite, voilà, c'était se faire connaître une bonne fois pour toute, donc on avait mis vraiment les gros moyens. »

(Ludovic, 33 ans, président du Karukera Handisport depuis 2006, valide)

La grève sociale de février 2009 qui paralyse la Guadeloupe pendant plusieurs semaines empêche la réalisation de cette manifestation. Depuis cette même année, l'association doit faire face à un certain nombre de difficultés. Tout d'abord, la suppression du financement des transports adaptés par la Sécurité sociale, qui permettait aux adhérents de se rendre sur les lieux pratiques, entraîne l'arrêt de certaines pratiques au sein de l'association. Ensuite, l'emploi financé par l'Etat arrive à son terme et l'association ne peut pas supporter seule cette charge salariale. Géraldine qui a entre-temps réussi le concours de sapeur-pompier professionnel, arrête ses activités bénévoles. L'association est alors mise en sommeil car elle ne peut plus assurer l'encadrement de ses activités. Ludovic envisage aujourd'hui de fusionner avec l'association « Libellule » avec laquelle il poursuit son activité bénévole.

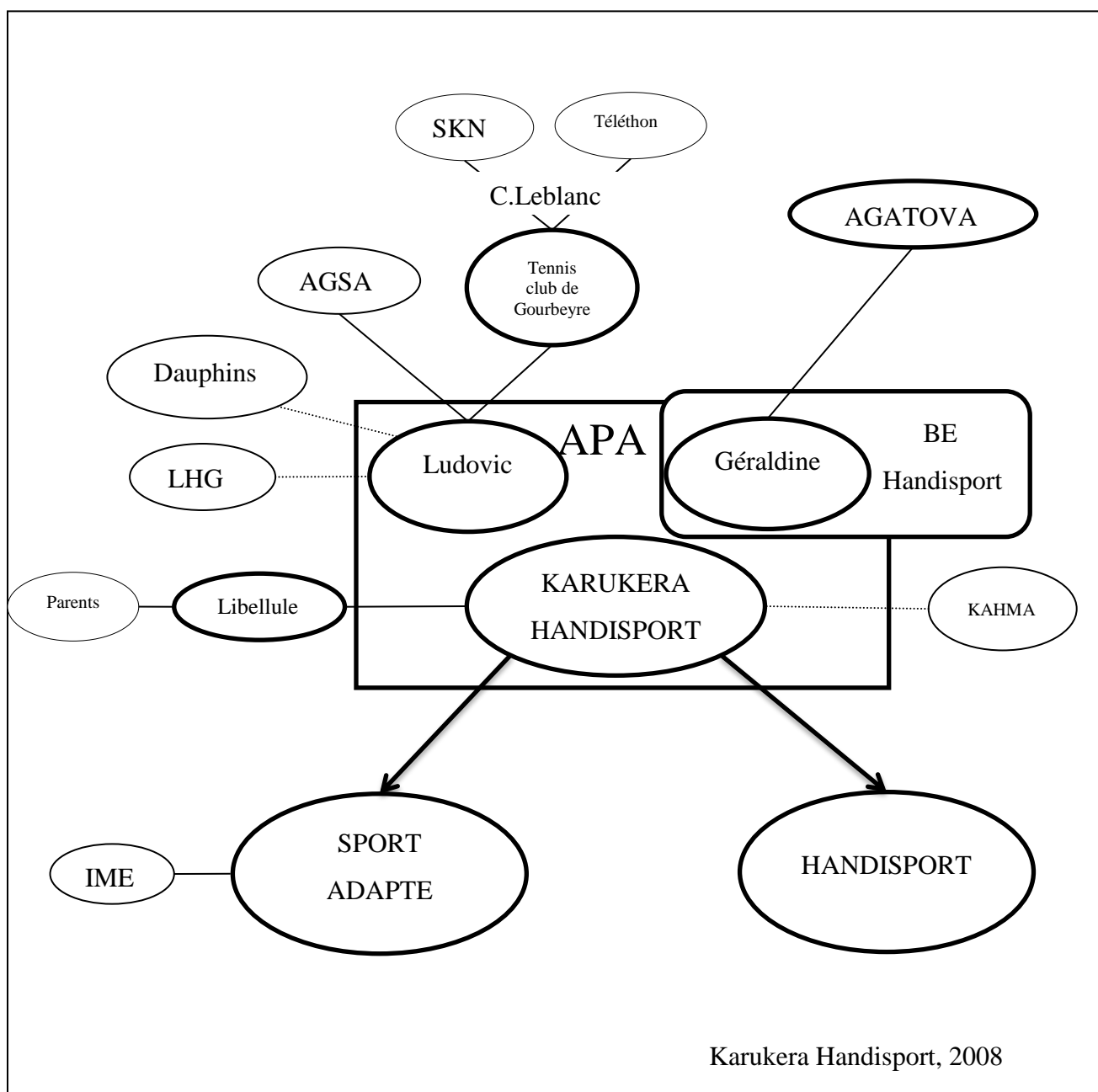
b. Le Karukera handisport : un mode d'organisation « pour autrui »

Le bureau de l'association Karukera Handisport est uniquement composé de personnes « valides ». Il en est de même pour l'encadrement des pratiques sportives. Deux personnes atteintes de déficiences motrices sont citées dans l'organigramme en tant que membres de l'association. Cette analyse organisationnelle présente un modèle d'organisation « pour autrui » dont le but est d'encadrer les pratiques sportives des personnes dites « handicapées » par le biais de personnes « valides » et professionnelles dans le domaine des activités physiques adaptées (Villoing et *al.*, 2010).

Si au départ, une volonté est affichée afin de proposer à des personnes atteintes de déficiences motrices des positions importantes au sein de l'association, la réalité est tout autre. En 2001, lorsque Géraldine crée l'association, elle s'appuie sur des proches et des membres de l'association « AGATOVA » pour composer le bureau initial. Géraldine est présidente, sa mère trésorière et Joseph, un jeune guadeloupéen en fauteuil roulant, président de l'association « AGATOVA » et ancien champion Handisport de natation, occupe le poste de secrétaire général. Cette répartition au sein du bureau perdure jusqu'au début de l'activité effective de l'association. Avec l'arrivée de Ludovic et la mise en route de l'association, Géraldine démissionne pour se libérer des contraintes juridiques et ainsi se salarier en tant qu'éducatrice sportive au sein de la structure. La présidence est alors occupée par une femme paraplégique pendant quelques temps mais cela « *n'a pas fonctionné* » selon Géraldine. On retrouve alors Monsieur Leblanc, l'un des frères de la présidente de « Soleil Kléré Nou » et président du « Tennis club de Gourbeyre ». Pour compléter le bureau, d'autres personnes « valides », proches de Ludovic, viendront par la suite.

L'encadrement des activités de personnes en fauteuil ou de personnes déficientes intellectuelles par des professionnels du sport « valides » confirment cette forme

d'organisation « pour autrui » observée dans la composition de l'équipe de direction de l'association. Les activités handisports que nous avons observées se présentent sous la forme de séances structurées. Après une phase d'échauffement, une succession d'exercices spécifiques et adaptés à l'individu est mis en place, avec du matériel pédagogique. Des objectifs de séances sont fixés qui permettent ainsi de mesurer les progrès effectués par les sujets. A travers ce choix d'organisation, on retrouve toutes les références à la formation universitaire dans la filière STAPS des deux fondateurs.



Le schéma, ci-avant, illustre les différentes logiques qui traversent l'association du « Karukera Handisport ». La formation mais aussi le réseau constitué par chacun des acteurs indique clairement les raisons qui ont amené à promouvoir les deux types de pratiques. En effet, on peut voir que les acteurs ont été amenés, à un moment donné, à côtoyer les deux populations de personnes handicapées. On observe aussi une diversité du réseau associatif, qui est en majorité associé à Ludovic. Enfin, ce réseau associatif montre une forte présence du secteur de l'enfance inadaptée (IME, AGSA, Libellule). Le secteur du Handisport (LHG, KAHMA, Les Dauphins) ne fait l'objet que de liens ponctuels. Ce déséquilibre entre « Sport Adapté » et « Handisport » est aussi à noter dans le discours des acteurs, pour qui il semble plus difficile de se professionnaliser dans le domaine du « Handisport ».

c. Le handisport : une opposition entre bénévolat et professionnalisation

La difficulté principale du « Karukera Handisport » fut dans un premier temps de pouvoir se professionnaliser puis, dans un deuxième temps, de conserver l'emploi qui a été obtenu après deux années de bénévolat. Cette difficulté s'observe à travers le discours des deux fondateurs. En effet, il semble que la professionnalisation et le bénévolat au sein de l'association alternent successivement entre priorité/secondaire et possibilité/impossibilité.

Ludovic

Signifiant	Signifié médiateur	signifié
Professionalisation	Exclusivement des activités pour les institutionnels [pour se professionnaliser]	c'est sur un temps de travail
		On s'est rendu compte que pour vivre, il fallait travailler avec l'institutionnel
	beaucoup moins disponibles et un peu moins d'intérêt pour le développement de l'association	A partir du moment où ils [les bénévoles de l'association] ont trouvé du boulot
		On a pataugé au moins deux ans [2001-2003] avant que ça [la professionnalisation] prenne forme
Bénévolat	ça veut dire, travailler le soir, enfin, proposer des activités en fin de journée, ou le week-end,	ça n'intéressait plus personne
		plus pour les particuliers que pour les institutionnels
	La priorité pour les personnes qui étaient avec nous, c'était le travail.	difficile
	j'ai pas le temps et j'ai pas la motivation surtout	faire de l'associatif
	[le bénévolat] c'est de l'occupationnel	[les bénévoles] n'ont pas la même portée que ce que [Géraldine] pouvait faire [en tant que professionnelle].

A travers le discours de Ludovic, l'opposition entre l'action bénévole et l'action professionnelle dans le cadre du Handisport s'avère être difficile. En effet, pour Ludovic, la .professionnalisation au sein de l'association n'est possible que dans la collaboration avec les institutions, c'est-à-dire le secteur de l'enfance Inadaptée. Parallèlement, la professionnalisation s'avère être une priorité pour les acteurs de l'association. Ainsi, le bénévolat est secondaire, voire impossible. En résumé, au regard du discours de Ludovic, l'activité de l'association s'est arrêtée car son objectif premier, celui de se professionnaliser,

n'a pas abouti. Dès lors, pour Ludovic, en l'absence de professionnel, l'action associative est moins valorisée. L'action bénévole est, elle, décrite comme une activité « occupationnelle », c'est-à-dire loin de ce que pourrait faire un professionnel des APA.

Géraldine

Signifiant	Signifié médiateur	signifié
Professionalisation	ils occupaient la plupart du temps une grande partie de mon temps	[les autistes]
		c'est pas vraiment intéressant
		si tu veux financièrement ce sont les activités adaptées [handicap mental] qui sont intéressantes
	Le Handisport	pour mon salaire ça ne finançait pas beaucoup
	c'est pour ça, j'ai passé mon concours de sapeur-pompier professionnel	moi j'ai voulu avoir une activité professionnelle où j'aurais un salaire régulier
Bénévolat		un plaisir et une volonté quoi
		c'est bien d'avoir son boulot à côté et en même temps consacrer quelques heures à l'association.

Le discours de Géraldine confirme quelque peu celui décrit plus haut avec Ludovic. La professionnalisation, une nécessité, s'oppose au bénévolat, associé au « plaisir », à la « volonté » et au don de soi. Pour Géraldine, l'activité professionnelle n'est donc pas compatible avec le secteur associatif pour lequel elle préfère consacrer « quelques heures » en dehors d'une « véritable » activité professionnelle.

Ainsi, l'analyse de ces deux discours montre bien que l'arrêt de l'activité au sein de l'association Karukera Handisport est attribué aux objectifs fondateurs de l'association. En

effet, celle-ci n'est pas le fruit d'une action bénévole permettant le « don » de soi (Godbout et Caillé, 1992) mais celui d'une volonté de se professionnaliser. L'échec de ce projet entraîne donc irrémédiablement l'arrêt de l'action associative.

d. L'absence d'autonomie des personnes handicapées en Basse-Terre comme cause principale de la difficile professionnalisation ?

Selon Ludovic, la difficulté que l'association a rencontrée dans son développement s'associe à l'environnement de Basse-Terre. En effet pour lui, le projet associatif aurait eu plus de chance d'aboutir en Grande-Terre car « *il y a une autre dynamique sur Grande-Terre* ». Pour Ludovic, cette différence s'associe à l'environnement structurel mais aussi à l'environnement familial.

« Ceux de Basse-Terre, ils en sont encore... beh voilà, il y a pas d'aménagement de transport, ils ont pas la capacité de conduire, euh... ils ont pas de travail et le cercle amical se restreint à la famille, ça reste un cercle familial et la famille dans... pour les gens qui sont dans les petites campagnes de Basse-Terre, c'est beh... écoutes, voilà, nous on est là, on n'a pas non plus les moyens de sortir, donc tu vas rester près de nous. »

Ludovic, 32 ans, Président du Karukera Handisport, valide.

Ainsi, Ludovic associe la dépendance à la Basse-Terre à l'environnement rural. A l'inverse, la Grande-Terre, considérée comme plus urbanisée, est associée à l'autonomie. A travers cette opposition Basse-Terre/ Grande-Terre, c'est une définition de la dépendance et de l'autonomie qui est, ici, proposée.

Signifiant	Signifié médiateur	signifié
Grande-Terre	le pôle d'activités, c'est Pointe-à-Pitre	On serait plus avancé que maintenant
	quelqu'un qui est autonome	il a la volonté d'y aller et puis voilà, le gars, il se donne les moyens , il fait son sport, il se défonce dans son truc euh... tu peux lui proposer une activité club
	Des gens actifs	il y en a beaucoup [PH] qui ont leur propre véhicule, qui se déplacent , qui ont l'esprit... qui sortent avec des potes , qui font des trucs, ils testent, ils avancent
		Sur Grande-Terre, tu peux faire du handicap physique, tu peux faire de l'Handisport
Basse-Terre	des gens dépendants	On a que des gens qui ont besoin des autres
		Chez nous [au Karukera Handisport], il y a toute la logistique derrière . Voilà, faut faire une demande de VSL, et faut que ça soit accepté, faut avoir l'argent, c'est tout un bordel, ça fait que du coup ça casse les pattes à tout le monde
	passif	c'est des gens qui ont un train de vie calme , on va dire plus calme, plus provincial que là-haut et ça se retrouve dans la partie handicap
		Ici [à Basse-Terre], tu peux pas [faire du handisport]
	Ça sert à rien	[le handisport] ça concerne vraiment trop peu de personnes

Pour Ludovic, la Basse-Terre est associée à la « passivité » et favorise la dépendance des personnes handicapées. On peut voir ici une définition « passive » de la personne

handicapée. C'est une personne qui a « besoin des autres » et pour qui il est nécessaire de mettre en place un dispositif de prise en charge important et coûteux. Cette définition de la dépendance correspond aussi à quelqu'un de calme et de « provincial ». Pour Ludovic, cette représentation de la personne handicapée est incompatible avec le Handisport.

A l'inverse, la Grande-Terre, associée à l'« activité », favorise l'autonomie des personnes handicapées. Ainsi, pour Ludovic, une personne handicapée autonome, c'est quelqu'un qui a de la « volonté », qui se « défonce » et qui n'a pas besoin des « autres ». Cette représentation de la personne handicapée autonome est donc, pour Ludovic, tout à fait compatible pour le Handisport.

Ainsi, cette représentation de la personne handicapée selon une opposition dépendant/autonome rappelle les deux représentations sociales extrêmes de personnes en fauteuil roulant décrites par Paicheler (1987). L'une, majoritaire, coïncide avec le modèle général de « l'inadaptation sociale » et attribue à ces personnes anxiété, introversion et dépendance psychologique ; l'autre, au contraire, associe à la déficience un type de personnalité calme, contrôlée et rationnelle, représentation associée à la « réussite socioprofessionnelle ». Cette opposition de représentation peut se résumer à une opposition entre « ceux qui n'ont pas surmonté leur handicap » et « ceux qui ont surmonté le handicap » associé à un moi fort (Ravaud et Ville, 1985).

En résumé, pour Ludovic, la Basse-Terre favorise une identité anxieuse, introvertie et dépendante psychologiquement qui rend difficile la pratique du Handisport. A l'opposé, la Grande-Terre favorise le développement d'une identité forte opportune à la pratique du Handisport. C'est ce qui expliquerait, pour lui, que l'association du Karukera Handisport n'ait pas pu organiser son activité et a entraîné l'arrêt progressif de l'activité.

2.2 Les Dynamiques : un autre exemple d'organisation spécifique en Guadeloupe

L'association « Les Dynamiques » est créée en 2001 par deux professionnelles du secteur de la réadaptation, d'origine métropolitaine, Virginie, est infirmière et titulaire du Brevet d'Éducateur Sportif Spécialisé « Sport pour tous », et Sandrine, ergothérapeute. Au moment de la création, toutes deux travaillent à la clinique de Choisy, une structure de soins post-opératoires, spécialisée entre autres dans le domaine de la rééducation et de la réadaptation fonctionnelle. Construite en 2001, cette clinique privée dispose d'un plateau technique qui dispense les différents traitements que l'on peut proposer au cours d'un séjour en rééducation fonctionnelle grâce à la présence d'une équipe pluridisciplinaire : médecin rééducateur, kinésithérapeute, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, orthophoniste, assistante sociale et professeur d'activités physiques adaptées.

Cette polyvalence en fait l'un des services de médecine physique et de rééducation fonctionnelle (MPRF) les plus modernes de la Caraïbe. Souhaitant promouvoir son activité, la direction de l'établissement cherche à développer des approches originales dans le domaine de la réadaptation fonctionnelle en Guadeloupe. Elle est ainsi la première structure à intégrer un professeur d'activités physiques adaptées, titulaire d'un master APA, au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Les deux fondatrices de l'association Les Dynamiques vont s'appuyer en partie sur cette spécificité pour développer l'activité sportive des personnes déficientes motrices au sein de l'association.

Virginie et Sandrine vivent en Guadeloupe depuis plusieurs années où elles ont construit leur vie familiale avec des Guadeloupéens. Elles s'investissent aussi dans la vie associative locale en participant par exemple à des activités culturelles comme le gwo-ka¹³⁶

¹³⁶ Tambour local.

ou sportive comme la voile traditionnelle¹³⁷. Virginie devient d'ailleurs membre du premier équipage, composé uniquement de femmes, à participer au championnat de voile traditionnelle de Guadeloupe. Toutes deux sont aussi des pratiquantes confirmées de triathlon. C'est avec la somme de leurs expériences qu'elles décident de créer Les Dynamiques.

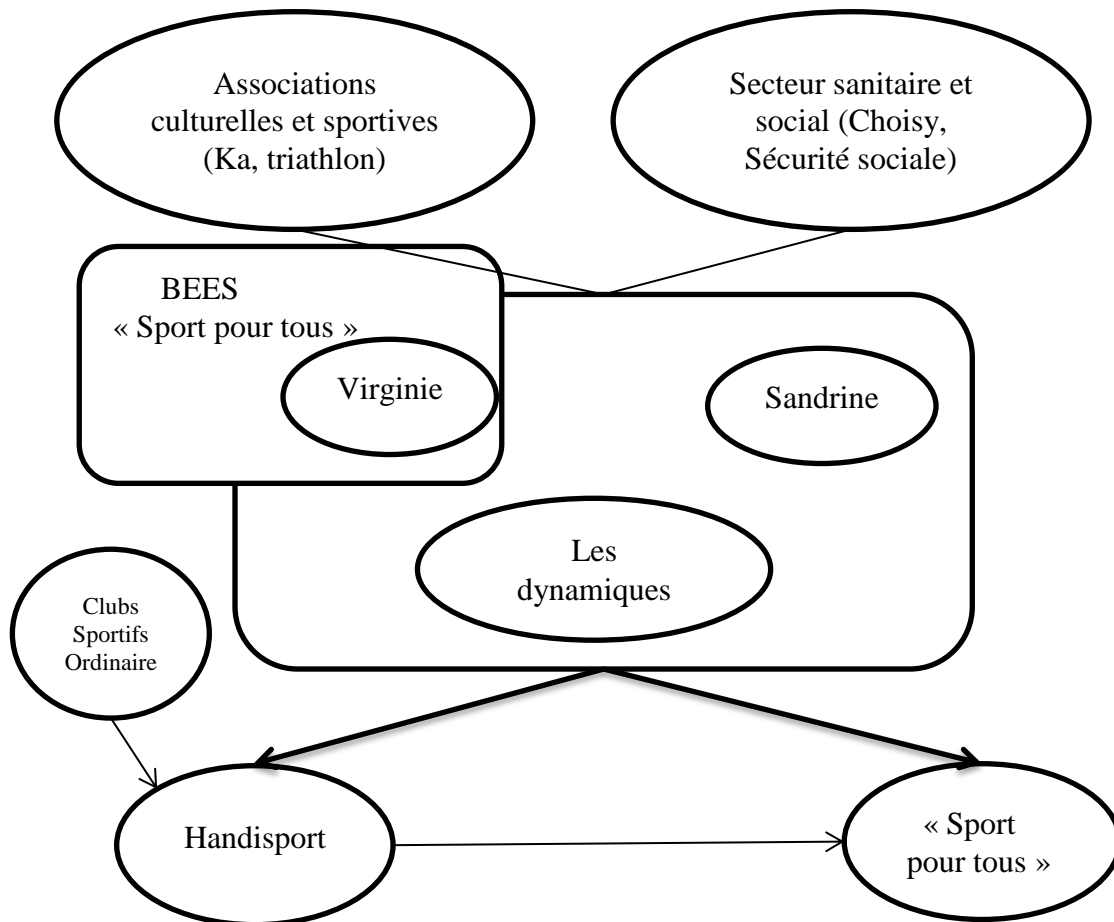
L'association a pour objet de « *promouvoir les activités sportives et physiques, d'une part (activités aquatiques, de plein air, en salle) et culturelles, d'autre part (musique, langue, etc.) basées sur le concept sport-santé : l'association est ouverte à tous publics valide et handicapé physique, moteur ou visuel et malentendant* »¹³⁸.

Affiliée uniquement à la FFH, l'association ne prétend donc pas encadrer les personnes atteintes de déficiences intellectuelles. Dans un premier temps, l'association développe deux sortes d'activités avec deux types de publics différents. D'un côté, des « activités d'entretien » sont proposées aux personnes âgées et à celles atteintes de pathologies chroniques (sclérose en plaque, lombalgie chronique, etc...). Ce créneau est dispensé au CREPS soit dans une salle louée soit en plein air. D'un autre côté, des activités « de rééducation », ou plutôt de « réintégration », sont mises en place pour des personnes déficientes motrices qui ont séjourné dans le service de rééducation où les deux fondatrices officient. Ces activités sont organisées de façon ponctuelle car elles nécessitent une organisation plus élaborée. L'association dispose d'une convention avec la clinique ce qui permet d'inclure l'activité sportive dans le « forfait journée » de la prise en charge des patients par la Sécurité sociale. Disposant d'une logistique plus importante, comme le service de transport adapté, ces activités peuvent se réaliser avec d'autres associations sportives à l'extérieur de la clinique. Elles sont en relation avec la ligue régionale de plongée sous-marine, le club municipal de voile de Sainte-Anne (Grande-Terre) et un club de surf à Basse-

¹³⁷ Canot traditionnel de pêcheur avec une voile convertie en « engin sportif » et donnant lieu à des régates fortement suivies par la population locale notamment en Martinique. Cf. Pruneau J, Dumont J., Célimène N., *Voiles traditionnelles aux Antilles françaises : « sportivisation » et patrimonialisation*, op.cit.

¹³⁸ Procès-verbal datant du 08 décembre 2005.

Terre. Les activités sont organisées par les clubs bénévolement et gratuitement. Pour la plongée, elle est organisée durant certaines sessions de formation spécifiques handicap lors du Brevet d'Etat d'Educateur Sportif de plongée sous-marine¹³⁹.



Les dynamiques, 2008

A l'image du Karukera Handisport, l'association des Dynamiques promeut un mode d'organisation « pour autrui ». Son ancrage avec le secteur médical témoigne d'une logique rééducative, c'est-à-dire de l'utilisation des activités sportives dans un but sanitaire et social. En effet, au-delà de l'aspect moteur, la volonté des fondatrices est aussi de participer à

¹³⁹ Actuellement, tous les diplômes sportifs tels les Brevet d'Etat doivent être validés par l'obtention d'un certificat d'encadrement handicap.

l'intégration sociale des personnes atteintes de déficiences motrices en Guadeloupe. Pour cela, elles réalisent la majeure partie de leurs activités handisport en milieu « ordinaire ». Outre les activités effectuées avec les clubs sportifs « classiques », certaines expériences sont tentées avec le milieu scolaire.

Nous avons pu assister, au cours d'une phase d'observation, à l'« intégration » de certains patients de la clinique de Choisy dans une séance d'Education Physique et Sportive (EPS). Quatre patients emmenés par les deux fondatrices sont « pris en charge » par des élèves de troisième lors d'une course d'orientation. L'enseignant d'EPS, en lien avec l'une des fondatrices des Dynamiques, a organisé cette rencontre dans le cadre d'un « projet éducatif ». Au cours de la séance, plusieurs groupes d'élèves sont constitués et doivent par la suite intégrer un patient et l'aider à réaliser le parcours en fonction de son handicap. A la fin du parcours, l'enseignant regroupe les élèves autour des patients et chacun d'entre-deux est invité à raconter son histoire. Cet échange correspond, pour l'enseignant, à une phase de « prise de conscience » et de « découverte » du handicap pour les élèves.

Nous avons pu observer d'autres activités de ce type dont l'objectif est à la fois sportif et social. Il faut noter toutefois que les patients sont des personnes qui sont dans une phase de reconditionnement. Cette période de reconstruction identitaire est utilisée par les fondatrices pour organiser les pratiques sportives de l'association.

a. De l'abandon du handisport en direction d'une logique sociale

En 2006, l'association Les Dynamiques enregistre le plus grand nombre de licenciés à la Fédération Française Handisport. Toutefois, sur les 41 licenciés enregistrés, seul 6 personnes sont atteintes d'incapacités motrices réelles. Les autres sont soit des membres responsables de l'association, soit des patients ayant réalisé quelques activités avec

l'association. En effet, pour pouvoir « sortir » les patients et entrer dans le cadre de la convention passée avec la clinique de Choisy, ils doivent être adhérents de l'association, qui à son tour les licencie à la FFH. Les activités handisports de l'association sont en définitive très liées à la population qui fréquente la clinique. Si bien que la politique de restrictions budgétaires prise pour réduire les dépenses de la Sécurité sociale entraîne la suppression du financement des « sorties thérapeutiques » et va donner un coup d'arrêt aux activités « conventionnées ». L'année suivante, Virginie quitte la clinique de Choisy pour travailler au sein d'un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP). L'association s'équipe de deux *joëlettes* grâce aux subventions obtenues pour l'activité Handisport.

En février 2007, elles modifient le statut de l'association pour incorporer la pratique du triathlon. Ainsi, l'association « *sportive et culturelle les Dynamiques* » a pour objet de : « *promouvoir les activités sportives et physiques, d'une part (activités aquatiques, de plein air, en salle, **triathlon**) et culturelles, d'autre part (musique, langue, etc.) basées sur le concept sport-santé : l'association est ouverte à tous publics valide et handicapé physique, moteur ou visuel et malentendant* »¹⁴⁰.

Le rajout de l'activité triathlon consiste en réalité à créer un club de triathlon exclusivement féminin au sein de l'association. Ce regroupement fait certainement suite à l'expérience de Virginie avec l'équipe féminine élaborée pour le championnat de voile traditionnelle qui a lieu chaque année autour de la Guadeloupe. En 2009, lorsque les adhérentes « triathlètes » participent à une course hors-stade, elles inscrivent également une athlète « handicapée » qui sera « tractée » grâce à une *joëlette*. Cette participation se présente comme un « défi » pour Virginie¹⁴¹. C'est un moyen de « montrer » la *joëlette* « de façon sportive » et en même temps « ça nous sert » de « préparation » physique. Cette forme d'action sportive au cours de laquelle des personnes « handicapées » sont « tirées » grâce à

¹⁴⁰ Procès-verbal du 9 février 2007.

¹⁴¹ *France-Antilles* du 29 septembre 2009.

des *joëlettes* est actuellement devenue une pratique sportive faisant l'objet de compétitions sportives, comme en témoigne l'organisation d'un « *championnat du Monde de joëlette* » par le Rotary club en France.

b. Une séparation entre sportif valide et sportif handisport

En mars 2010, une dernière modification à la Préfecture dispose que l'association sportive et culturelle Les Dynamiques n'est plus tournée vers les personnes handicapées mais uniquement sur la pratique du triathlon du public valide. Ainsi, l'association Sportive Les Dynamiques Triathlètes Saintannais (DTS) a désormais pour objet de « *développer et promouvoir le triathlon, ou toutes autres disciplines sportives enchaînées (individuel, équipe ou relais) sur le territoire de la commune ou sur l'ensemble du département. Elle est ouverte à tout public valide.* »¹⁴²

L'activité handisport disparaît des statuts mais l'intérêt envers les personnes atteintes de déficiences motrices se poursuit à travers des actions ponctuelles, comme les courses de *joëlette*. Elle est même transférée dans une association de randonnée pédestre, les « *Ti-gligli* », créée en 2007 par une accompagnatrice en montagne d'origine métropolitaine. Le passage de témoin se fait par le prêt des *joëlettes* appartenant aux Dynamiques à l'association « *Ti-gligli* ». Ce prêt se présente sous la forme d'une fusion entre les deux associations qui organisent conjointement des randonnées en montagne pour les personnes à mobilité réduite¹⁴³.

¹⁴² Procès-verbal du 31 mars 2010.

¹⁴³ *France-Antilles* du 12 novembre 2008.

3. La création de section dans des clubs ordinaires : l'autonomie des personnes handicapées sportives vue par les personnes valides

Parallèlement aux clubs se déclarant spécialisés dans l'accueil de personnes handicapées, des clubs ordinaires organisent des créneaux à l'attention des personnes handicapées. Ces structures proposant des pratiques différentes génèrent dans le même temps des stratégies différentes. Certaines semblent promouvoir une logique compétitive tandis que d'autres paraissent poursuivre une logique plus ludique mêlée à une logique sanitaire. A travers ces différentes orientations sportives, ne serait-ce pas un processus d'intégration identique que l'on observe ? C'est-à-dire à une inclusion des personnes atteintes de déficiences motrices au sein de structure « classique ».

En 2004, au même moment où la Ligue Handisport de la Guadeloupe se restructure, un certain nombre de clubs ordinaires tels que l' « ACAPI », club de tir au pistolet, « les Chevaliers de Lacroix », club d'escrime, ou « les Archers de Pointe-à-Pitre », club de tir à l'arc entament des travaux afin de permettre l'accès physique aux personnes à mobilité réduite. Cette volonté est initiée par les responsables de chaque club qui participent aussi de l'organisation de la Ligue Handisport. Par la suite, d'autres clubs vont jouer la carte de l'intégration comme le Poyo Surf Club, club de surf, ou la base nautique de Sainte-Anne, en donnant accès à la découverte de la voile.

3.1 L'ACAPI : entre inclusion et injonction à l'assimilation

Né en 1948, Steve est originaire de Pointe-à-Pitre. Il pratique le sport au sein des sections sportives scolaires pendant toute sa jeunesse. A l'approche de la majorité, il veut devenir

professeur de sport et envisage de suivre une formation au CREPS de la Guadeloupe qui vient d'être créé en 1965. En définitive, face au refus de son père, déclarant que « *professeur de sport, c'est pas un métier* », il demeure en Guadeloupe pour suivre des études en mécanique. Par la suite, il est embauché en tant que technico-commercial au sein d'une entreprise de matériel médical. Il en deviendra le directeur commercial jusqu'à sa retraite en 2001.

Au cours de son activité professionnelle, il est sollicité par la KAHMA pour obtenir des fauteuils roulant de sport.

En 1981, après son service militaire effectué dans l'armurerie, il crée l'ACAPI, un club de tir au pistolet, avec un groupe de « *passionnés* ». Il est élu président entre 1997 et 2003. Formé comme moniteur fédéral de tir au pistolet, il encadrera les adhérents du club jusqu'en 2004. Après sa retraite, il s'investit entièrement dans le club et décide de passer le Brevet d'Etat d'Educateur Sportif de tir au pistolet. Au cours de sa formation, il rencontre Yvan, formateur au CREPS et entraîneur du club Handisport d'athlétisme Handigua. Ce dernier le motive pour participer à la structuration de la nouvelle Ligue Handisport. En 2005, après l'obtention de son diplôme, il est élu vice-président de la Ligue handisport. Dans le même temps, il incite le comité directeur de l'ACAPI à investir pour l'accessibilité des personnes à mobilité réduite. L'objectif est de renforcer le nombre de licenciés Handisport qui n'est que de deux personnes handicapées en 2008.

Aujourd'hui, l'ACAPI est un club très important (plus de 400 licenciés) et détient la plus importante structure de tir de la Guadeloupe. Cette dimension lui permet d'avoir des financements conséquents. Outre les cotisations, le club loue ses stands de tir aux administrations publiques (judiciaires) pour leurs entraînements. Ces sources de revenus lui permettent de faire des bénéfices importants et de financer ses transformations (accessibilité) avec ses propres fonds. Affilié à la Fédération Française Handisport depuis 2004, le club obtient des subventions pour participer à la mise en accessibilité. Il investit dans du matériel

électronique qui permet d'effectuer des tirs fictifs et ainsi diminuer le coût de la pratique. Ce matériel moderne profite, selon Steve, à la fois aux personnes handicapées et aux personnes valides. On voit là une forme inclusive d'organisation sportive. C'est-à-dire à la mise en place d'une politique de réduction des obstacles favorisant la pratique du tir. Cette inclusion peut se faire de manière instituée, par le subventionnement de matériels adaptés par la fédération comme ici, ou plus souvent par des méthodes artisanales pour faire face aux différentes déficiences motrices. Ainsi, Steve doit souvent « *bricoler* », « *trouver des systèmes* » pour pouvoir « *adapter* » le matériel de tir. Toutefois, cette inclusion a des limites. En effet, pour Steve, la pratique du tir ne peut pas être accessible à tous les types de handicap.

« Bon il s'agit heu... que du handicap physique [au tir], on ne rentre pas le handicap mental ou le handicap visuel, dont il existe des... comment dire ... des disciplines mais dans le tir sportif on est plus axé sur le handicap physique et ce handicap physique il est tout à fait surmontable. »

Steve s'est beaucoup investi dans la structuration de la pratique Handisport au sein du club de l'ACAPI. Cet investissement a réellement pris naissance lors de sa retraite lorsqu'il s'engage à temps plein dans la vie associative. Le handisport apparaît alors comme une action sociale en faveur des personnes « *diminuées physiquement* ».

Pourtant, là encore, depuis sa création, la section sportive Handisport ne compte pas beaucoup d'adhérents. En 2008, seuls quatre licenciés sont affiliés à la Ligue handisport dont seulement deux d'entre eux présentent véritablement une déficience. Selon Steve, trop peu de personnes handicapées font « l'effort de pratiquer ». Comme lors des manifestations organisées par la Ligue Handisport de Guadeloupe, auquel il participe en tant que responsable de la Ligue et en tant que responsable de section handisport de l'ACAPI, il invoque comme

raison principale le manque d'investissement des « personnes handicapées » dans l'offre des pratiques sportives.

On le voit, le stigmatisme portant sur le handicap en Guadeloupe, limitant la participation sociale de ces derniers (Villoing, 2005), est en quelque sorte inversé. Leur difficulté à s'inscrire dans des clubs sportifs valides est présentée comme un « manque d'investissement », renforçant ainsi une vision d'assistés. Mais ne serait-ce pas là au contraire un système de renforcement du stigmatisme ?

3.2 Le Poyo-Surf-Club : une intégration « mixte » ?

Le club de surf a été créé en 2004 par Carlos, un jeune homme de trente-deux ans, originaire de la Guadeloupe (Saint-Claude en Basse-Terre). Il commence à surfer à l'âge de 12 ans, alors qu'il habite au Moule avec sa mère, divorcée, et son plus jeune frère. Son parcours scolaire s'arrête après ses deux premières années de lycée. Il enchaîne alors les emplois précaires jusqu'à ce qu'il décide de reprendre une formation dans le secteur agricole. A 22 ans, il obtient le diplôme de technicien horticole puis il est embauché pour encadrer des jeunes déficients intellectuels dans un centre d'aide par le travail (CAT). A 28 ans, Carlos profite de la mise en place d'une formation du Brevet d'Etat d'Educateur Sportif en surf organisée en Guadeloupe par le CREPS et financée par le Pôle emploi. Après avoir réussi la partie théorique, il s'envole vers la métropole, à Anglet (Côte Basque), pour poursuivre la partie pratique du diplôme. En 2002, il obtient son BEES surf et continue de travailler sur les plages de la Côte basque dans le club de surf qui l'a formé. C'est pendant cette période qu'il fait la rencontre de Béniat Perisse, le responsable de la commission surf et handicap au sein de la

Fédération Française de Surf¹⁴⁴. Ce dernier l'initie à l'encadrement de la pratique du handisurf avec des personnes lourdement handicapées.

Cette expérience lui rappelle en quelque sorte une autre expérience vécue plusieurs années plus tôt, bien avant de passer son diplôme. A cette période, il rencontre pour la première fois une personne tétraplégique venue en vacances en Guadeloupe. Pour rendre service à un ami, il lui fait visiter l'île et est « *touché de voir comment une personne handicapée avec un tel handicap peut arriver à se débrouiller (...) être assez autonome quoi !* ».

Lorsqu'il revient en Guadeloupe, en 2004, il crée son club de surf sur la plage de Bananier dans le sud de la Basse-Terre. Loin des plages réputées pour le surf (principalement en Grande-Terre), il a pour objectif de « *démocratiser le surf* ». Mettant en avant ses origines guadeloupéennes, il veut casser l'image du surf, comme « *un sport de blanc* », « *un sport élitiste* ». Dès la première année d'activité du club, il organise une « *journée porte ouverte* » à laquelle il invite une association de personnes handicapées de la région de Basse-Terre, AGATOVA. Avec une planche de surf adaptée, ramenée de métropole, il initie quelques membres de l'association dont Jérôme, membre du Karukera Handisport, ancien champion de handinotation, qui par la suite « *s'est vraiment mis dedans* ».

Avec ce premier adhérent handisurf, Carlos espère que d'autres suivront. Pendant deux ans, il le « *balade un peu partout en Guadeloupe* » et organise des démonstrations lors des compétitions de surf. Il réalise un petit film de 5 minutes avec lui qu'il diffuse sur internet¹⁴⁵ afin de promouvoir l'activité. Il continue à recevoir des associations de personnes handicapées, notamment pendant le Téléthon. Il est sollicité à deux reprises par l'association « *Les Dynamiques* » pour initier des patients de la clinique de Choisy. En 2009, Youri, un

¹⁴⁴ La plupart des sports de pleine nature ouverts aux personnes handicapées nécessitant un encadrement plus spécifique sont le plus souvent organisés au sein des fédérations respectives, ici la Fédération Française de Surf, et entretiennent plus ou moins un partenariat avec la Fédération Française Handisport.

¹⁴⁵ <http://www.youtube.com/watch?v=Bo8qnWW8rFU>.

joueur de basket de la KAHMA, vient régulièrement surfer au club. Il décide alors de mettre en place un créneau handisurf régulier, hebdomadaire.

Carlos veut s'inspirer de l'association métropolitaine « Vague d'espoir » pour le développement du handisurf au sein de son club. Cette association a été créée en 2004 par un groupe de jeunes handicapés et valides, passionnés par les sports de glisse. La finalité est de permettre des « échanges » entre les handicapés et les valides grâce aux activités de glisse. Ce regroupement « mixte » a refusé pendant longtemps de s'affilier à la Fédération Française Handisport. Ce refus d'intégrer le « mouvement » sportif des personnes déficientes motrices en France peut s'interpréter comme une recherche d'intégration libre et décloisonnée, en lien avec l'image du surf. D'un point de vue pratique, cette philosophie de l'association correspond à la culture « analogique » des sports de glisse qui s'oppose à la logique « digitale » de type fédérale (Loiret, 1995). L'absence de contrainte qui est recherchée par les pratiquants va à l'encontre du modèle compétitif fédéral d'où le refus de s'y associer. Dans le cas de l'association « Vague d'espoir », c'est aussi une façon de refuser l'assignation à la catégorie de « handicapé » qui empêchera alors d'appartenir à « ceux qui surmontent leur handicap ». La forme d'organisation « mixte », dans laquelle handicapés et valides surfent ensemble, correspond à une possibilité d'autonomie plus probable.

*« [Ismaël] il m'a plus donné que la commission [Handisurf] en terme de : comment réagir avec un handicapé. Parce que le but du truc c'est qu'on puisse, après, faire des sessions avec des handicapés, **qu'ils soient pratiquement autonomes dans la vie**. Déjà, parce qu'après il faut qu'ils puissent se déplacer, faut qu'ils puissent venir surfer. Et nous, ouvrir une sorte de créneau et amener ces gens à **surfer avec nous** mais les rendre, le but c'est de **les rendre assez autonomes** ».*

(Carlos, 32 ans, fondateur du Poyo Surf Club, valide).

Malgré cette volonté, Carlos se rend compte des difficultés rencontrées pour mettre en place l'activité handisurf. Cette dernière ne décolle pas du point de vue des effectifs : « *Y'a toujours eu des bons retours. Mais après pour que quelqu'un s'inscrive ou qu'une association vienne faire une pratique régulière avec nous, ça n'a pas encore débouché !* ». D'un point de vue logistique, l'activité est difficile à mettre en place. Elle nécessite de mobiliser au moins deux moniteurs pour encadrer le surfeur déficient moteur et en plus, il doit prendre sur son temps et sur son argent pour véhiculer des personnes handicapées qui le plus souvent ont très peu de ressources financières et pas de moyen de transport adapté.

3.3 La logique défendue par les clubs ordinaires : « soit autonome ! »

Une opposition récurrente entre autonomie et dépendance est remarquée chez les personnes valides, qui développent des sections Handisport au sein de clubs ordinaires, lorsqu'ils expliquent l'absence d'implication des personnes dites « handicapées ». L'analyse ARO des discours de Steve et Carlos montre que, pour eux, la pratique d'un sport est une compétence nécessaire pour devenir autonome.

Carlos

signifiant	signifié
Autonomie	Se débrouiller
	être débrouillard et arriver à se débrouiller dans la vie
	le but du truc c'est qu'on puisse après faire des sessions [de surf] avec des handicapés, qu'ils soient pratiquement autonomes dans la vie
.	le but c'est de les rendre assez autonome
	comme une personne ordinaire quoi
	tout seul quoi, autonome
Dépendance	Y'a des gens qui seront jamais autonomes
	ils sont un peu parqués quoi dans des CAT , dans des trucs
	ils font pas encore partie intégrante du paysage social guadeloupéen
	ça les rend trop dépendants
	tout vouloir faire pour eux
	il a pris une habitude où il faut que toi-même personne valide et ben il faut que tu fasses tout [pour lui]

Pour Carlos, l'autonomie renvoie au fait de se débrouiller par soi-même, de refuser l'assistance, d'être comme une personne ordinaire. La débrouillardise est une condition essentielle pour l'accès à l'autonomie. A l'opposée, la posture de dépendance est créée par la fait d'avoir besoin des autres et favorisée par l'institution de la prise en charge du handicap dans la société.

Steve

Signifiant	Signifié
Autonomie	Se réinsérer dans une vie sociale, une vie sportive
Autonomie	Nous [valides] pensions tous, que relançant la ligue handisport avec l'appui de la Fédération Française d'Handisport que nous allions réussir à faire sortir de leur réserve toutes ces personnes [handicapées]
	pratiquer un sport, ...
	sortir de leurs réserves
	réaliser des performances
Dépendance	[Ph] sont refermées sur elles-mêmes
	ne se déplacent pas,
	... ne viennent pas
	ne veulent pas se faire voir.
	ne font pas l'effort de se déplacer pour voir qu'est-ce qu'ils pourraient obtenir qui leur permettraient non seulement de retourner dans une activité physique mais de retourner aussi dans une vie sociale, de rencontrer du monde

Chez Steve, la dépendance est directement liée au choix de l'individu. Ainsi, la personne qui ne vient pas pratiquer est jugée comme quelqu'un qui reste « enfermé » et qui ne « fait pas l'effort ». A l'opposé, les conditions d'accès à l'autonomie sont doubles. Elle dépend d'une part de l'action des « valides » et d'autre part de la participation de la personne dite « handicapée ».

On retrouve ici de récentes interrogations posées par Myriam Winance sur les notions de dépendance et d'autonomie (2007). Elle explique comment ces termes sont utilisés chez les professionnels du secteur médico-social pour, d'une part, qualifier les personnes et leur situation, et d'autre part, évaluer le niveau de prise en charge et de l'aide nécessaire¹⁴⁶. Ainsi, comme pour Steve et Carlos, la notion d'autonomie sert à définir l'objectif à atteindre. A

¹⁴⁶ Myriam Winance s'appuie ici sur les travaux de E. Bret sur la notion de dépendance dans le champ de des maladies chroniques et de la gériatrie.

l'image d'un dispositif médical, social ou technique, le sport devient « une compétence nécessaire pour devenir, être, indépendant et autonome » (*Ibid.*). Sa pratique (ou sa non-pratique) et les conditions dans lesquelles elles le sont (autonome ou assisté) sont ici des mesures de qualification qui reproduit le modèle performatif de la société. En conséquence, nous pouvons penser que la logique sportive défendue ici, ne s'accorde guère avec la stratégie d'inclusion recherchée chez ces mêmes acteurs.

A côté de ces associations sportives fondées par des valides et se présentant sous la forme d'organisations « pour autrui », une seule forme d'auto-organisation subsiste, la KAHMA. Depuis la fin des années 1990, l'équipe de handibasket maintient son activité grâce à sa stratégie de recrutement de jeunes handicapées d'origine guadeloupéenne. Autour d'un noyau de personnes sportives présentes depuis la fondation, vient se rattacher un effectif tournant de jeunes en fauteuil roulant qui semble connaître une toute autre dynamique sociale.

4. Une tension « inter-génération » ou l'apparition de nouvelles stratégies d'intégration

La pratique du basket en fauteuil est toujours présente au sein de l'association de la KAHMA. Autour du noyau des premiers promoteurs viennent se greffer de jeunes joueurs, récemment sortis des centres de rééducation. Au cours de nos observations au sein de cette équipe effectuées lors du recueil de données, différents groupes générationnels ont été identifiés.

A mon arrivée, trois joueurs sont présents devant la deuxième grille qui ferme le terrain de basket : Julien, Philippe et Papi. Ce sont trois « anciens ». C'est la troisième fois que je viens et Julien et José sont toujours les premiers arrivés. Claude, « l'entraîneur », est arrivé un quart d'heure avant le début de l'entraînement (il vient de Saint-François c'est-à-dire au moins 45 minutes de trajet). Julien et Papi sont venus en voiture. Philippe, lui n'en a pas. Apparemment, il se débrouille pour venir à l'entraînement par ses propres moyens ou quelqu'un du groupe passe le récupérer chez lui (il habite à Petit-Canal). Quand j'arrive, ils me disent bonjour et me demandent si je suis en « forme » car l'entraînement va être dur aujourd'hui. Je leur réponds que j'ai un peu mal aux avant-bras de l'avant-veille. Ils rigolent et me disent que c'est toujours comme ça au début. Ils me proposent de demander à Jérôme et Gilbert pour voir ce qu'ils en pensent. Dans le groupe, ce sont les derniers arrivés. Au bout de cette troisième journée, j'observe deux groupes majeurs en fonction de la « génération » : le groupe des « anciens » qui se situent dans une tranche d'âge supérieure à cinquante ans et les « jeunes » qui ont autour de la trentaine.

**Journal de bord, jeudi 19 février 2009, 18h-20h-
Gymnase de Bergevin, Pointe-à-Pitre, Entraînement de l'équipe de la KAHMA**

Il n'y a pas d'échauffement proprement défini. Des petits groupes se forment et chacun s'échauffe comme il le sent. Papi, le plus ancien, reste sous le panier et s'entraîne à « shooter ».

- Claude, Julien et Sylvain, les « anciens » font des allers-retours en se faisant des passes et en « shootant » à chaque passage sous le panier. Claude est en maillot de basket noir avec le sigle de la KHAMA dessus. C'est le seul. Il plaisante surtout avec les anciens, donne des conseils aux jeunes et demande à Youri pourquoi il n'est pas venu la dernière fois, avec l'air de plaisanter mais on sent le

reproche. Youri ne cherche pas à s'excuser et ne répond pas.

- Pendant ce temps, Philippe (amputé fémoral, arrivé dans l'équipe fin 1990)

« s'occupe » de moi et des quelques « jeunes » comme Gilbert et Justin.

- Youri reste à part. Lui aussi, il a son maillot de basket mais celui des « *Lakers* ».

- Avec José, on s'échauffe correctement. On fait des tours de terrain en fauteuil et sans ballon. Ensuite, échauffement à l'arrêt des épaules, des coudes et des poignets. Ça dure environ quinze minutes et après chacun va « shooter » ou faire circuler le ballon.

- On commence le match environ 20 minutes après l'entrée sur le terrain. Les équipes sont faites par Claude (entraîneur) et Julien. Chacun compose son équipe de 4 et 5 joueurs. On est 9 donc pas possible de faire deux équipes égales. Je suis avec Julien, Papi, Youri et Sylvain. L'autre équipe est composée de Claude, José, Gilbert et Justin.

Journal de bord, mardi 24 février 2009, 18h-20h

Gymnase de Bergevin, Pointe-à-Pitre, Entraînement de l'équipe de la KAHMA

Ces deux extraits sont révélateurs des clivages entre les « anciens » et les « jeunes ». Ce sont les « anciens » qui dirigent les entraînements et prennent les décisions. Les « jeunes » restent à l'écoute en général. Seul Youri en fait un peu à sa tête mais il ne répond pas aux « anciens ». Ces derniers sont un peu plus provocateurs, surtout Claude qui profite de son statut d'entraîneur. Il communique avec tout le monde, parle fort, engueule ses coéquipiers quand ils font une mauvaise passe ou un mauvais « shoot ». Julien est plutôt moqueur. Il raille les jeunes qui n'arrivent pas à lui prendre le ballon : « ka ou compran »¹⁴⁷. Les esprits s'échauffent mais il n'y a jamais de dérapages. Le rapport entre les joueurs semble établi par « effet de génération » ou par ancienneté dans l'équipe. Certains joueurs intermédiaires font le lien et interviennent pour régler les conflits ou apaiser les propos des uns et des autres. « Pa

¹⁴⁷ Qu'est ce que tu crois ?

inkietew, ou ké rivé »¹⁴⁸ rassure ainsi José qui ne fait pas partie des « anciens » mais qui est dans l'équipe depuis presque 10 ans. Il fait le lien entre les deux générations. Il se préoccupe des « jeunes » et, grâce à ses compétences physiques, peut aller titiller les « anciens ».

Il existe certains points de conflits entre les deux générations. On a pu remarquer que les moyens dont disposent les « jeunes » (voiture, fauteuil de sport neuf) font souvent l'objet de remarques chez les « anciens » qui pensent que pour eux tout semble acquis.

« (...) C'est-à-dire que le jour où nous on va arrêter complètement, ça sera un peu difficile. Parce que eux [les jeunes], ils ne veulent pas souffrir. Déjà, il faut souffrir ! Parce que tu te sens mal hein quand tu fais tout ça ! Bon et si l'équipe tient toujours là, c'est grâce aux anciens hein ?! Parce que les jeunes là, ils viennent quand ils veulent hein ?! »

(Julien, 50 ans, joueur de la KAHMA depuis 1982, paraplégie).

La facilité exprimée par la nouvelle génération est mal vécue par les « anciens » qui ont dû « se battre » pour pouvoir obtenir les droits dont bénéficient les jeunes aujourd'hui. En effet, les conditions sociales actuelles ne sont plus celles des années 1980. Les revendications des mobilisations de personnes handicapées ont porté leurs fruits. Le décalage avec la métropole s'est comblé. Les personnes handicapées bénéficient aujourd'hui de l'ensemble des dispositifs prévus par la législation. Dès lors, les « anciens » regrettent que les « jeunes » ne cherchent plus à se regrouper.

« [Il n'] y'a pas de relève. (...) Les nouveaux là, qui sont handicapés, on ne les voit pas hein. Ils refusent même de participer au handisport hein ! (...) moi je comprends la personne handicapée, la personne qui a eu un accident et qui n'a pas encore fait le deuil de son handicap. Mais y'en a qui

¹⁴⁸ Ne t'inquiète pas, tu vas y arriver.

*pourraient venir avec nous, celle qui pourrait **venir militer dans la vie associative** (...) c'est pour ça qu'on nous dit : "ah on ne voit que vous à la télé. Il n'y a que vous !". Il n'y a que nous parce que les autres ne viennent pas (...) On aimerait bien que les autres viennent aussi nous heu Oui, qu'ils viennent dans le **combat** avec nous aussi hein ».*

(Julien, 50 ans, joueur de la KAHMA depuis 1982, paraplégie).

Pour les jeunes, le regroupement entre pairs n'est plus une priorité. La participation sociale et la réinsertion professionnelle sont des moyens plus probables pour permettre un retour à la vie ordinaire.

« Cette année j'ai un peu plus de travail que l'an passé, j'ai décidé de mettre un peu à côté le handibasket (...) pour pouvoir quand même m'économiser, bien que j'aurais pu faire les deux mais le travail que j'ai en plus, ça fait que bon j'ai décidé de me consacrer plus à mon activité professionnelle cette année qu'au sport physique (...) ».

(Yanis, 33 ans, joueur à la KAHMA depuis 3 ans, paraplégie).

Le changement de génération s'observe aussi à travers le parcours thérapeutique qui n'est plus le même que celui des « anciens » :

« (...) maintenant, on ne reste plus aussi longtemps dans un centre qu'autrefois, maintenant les accidentés restent à peine une année dans un centre. La médecine est devenue tellement performante que la personne ne reste plus aussi longtemps qu'avant. Il sort et il n'a même pas le temps de connaître les disciplines sportives. Autrefois dans les centres t'avais les apprentissages des disciplines heu comme le Basket, heu, l'athlétisme, t'avais un peu de tout, t'avais le temps de choisir, tandis que maintenant... le matin t'avais rééducation, l'après-midi, si t'avais cours, tu dois repartir

en cours, maintenant t'as cours à domicile, tu es devant ton ordinateur et puis terminé. Et les associations ont disparu derrière, ça c'est sûr ! »

(Jacques, président de la Ligue Handisport de la Guadeloupe depuis 2004, paraplégie)

Ce passage du discours du président actuel de la ligue régionale permet de dire que les personnes récemment atteintes de déficiences motrices ne subissent plus d'une part, le déconditionnement et d'autre part, la rencontre avec des « pairs en handicap » (Marcellini, 2005).

Ainsi, il apparaît que les « jeunes » personnes atteintes de déficiences motrices connaissent des trajectoires de vie différentes de celles des « anciens ». Les périodes « thérapeutiques » en métropole se font moins longues et sont moins coupées de l'environnement familial, et le système de prise en charge au niveau local est plus développé et s'est calqué sur celui de la métropole. Ainsi, le regroupement entre pairs en handicap se fait moins sous la forme de revendications que sur celui de la reconstruction identitaire individuelle. Dès lors, les « jeunes » se dirigent vers une pratique sportive moins cloisonnée. On peut prendre pour exemple Youri, qui pratique le handibasket à la KAHMA mais aussi dans des clubs « ordinaires » qui accueillent les personnes handicapées. On peut voir ici apparaître une stratégie de participation sociale banalisée.

5. 2000-2010 : la multiplication des dynamiques associatives dans le domaine des pratiques sportives des personnes déficientes motrices

Au cours de ce chapitre, une deuxième phase dans la structuration du Handisport en Guadeloupe a été exposée. Cette période présente une activité associative plus importante que

celle précédemment décrite. Suite à la période de flottement que le mouvement a traversé depuis le milieu des années 1990, une nouvelle ligue Handisport voit le jour en 2004. Parallèlement, on assiste à la création de nouvelles organisations qui s'inscrivent dans le champ du sport pour les personnes handicapées. Ces différentes organisations sportives, construites dans des logiques différentes, vont essayer, difficilement, de se regrouper au sein d'une logique sportive fédérale.

Le développement du mouvement fédéral Handisport en Guadeloupe est appuyé par les cadres de la Fédération Française Handisport. Les acteurs locaux du monde sportif « ordinaire » sont sollicités et un ancien champion paralympique d'origine guadeloupéenne est élu à la présidence de la Ligue. Ces démarches ont pour but de donner à la nouvelle ligue une légitimité importante pour pouvoir développer le sport des personnes handicapées en Guadeloupe. Malgré cet appui du monde sportif, la Ligue ne trouve pas de relais clair dans le secteur du handicap. Les acteurs de la KAHMA, principale organisation handisport de l'île, acceptent difficilement la nouvelle mise en place fédérale. Celle-ci est vécue, par les responsables de l'association, comme une perte de légitimité dans un mouvement dont la KAHMA est à l'origine. Cette opposition confirme aussi le refus de l'affiliation à un modèle venu de la métropole, déjà observé au cours de la période précédente.

Le mouvement fédéral éprouve aussi des difficultés à établir des liens avec les organisations sportives créées « pour » les personnes handicapées. Ces associations, constituées sous la forme d'organisation « pour autrui », s'inscrivent dans une logique « éducative » et « rééducative » (Villoing et *al.*, 2010). Initiée par des professionnels issus du secteur sanitaire et médico-social, elles proposent des « activités physiques adaptées » à l'intention des personnes atteintes de pathologies diverses. L'objectif principal pour ces

acteurs est de développer une activité professionnelle dans ce domaine. Toutefois, après des débuts prometteurs, ces organisations spécifiques connaissent aussi des difficultés dans leur structuration. Le projet de pérenniser une activité professionnelle grâce aux activités physiques adaptées s'oppose à une logique du bénévolat encore dominante dans le secteur associatif du handicap en Guadeloupe. Les acteurs de ces organisations vont alors se professionnaliser dans les institutions spécialisées, et continuer leurs activités sportives de façon bénévole au sein d'autres associations de parents d'enfants handicapés.

Parallèlement, des clubs sportifs « ordinaires » mettent en œuvre des moyens pour accueillir les populations ayant des besoins spécifiques. Cette ouverture s'inscrit dans la politique générale formalisée par la loi de 2005 qui promeut le droit à l'intégration en milieu ordinaire. Dès lors, ces acteurs bénéficient des nouvelles formations mises en place pour adapter l'encadrement sportif à ces nouvelles populations et obtiennent des subventions pour la mise en accessibilité des infrastructures. Les moyens mis en œuvre pour cette intégration sportive suscitent, chez les valides, un renforcement de l'injonction d'assimilation. En effet, la faible présence de personnes handicapées sportives est vécue comme un refus d'utiliser les moyens de surmonter son handicap, et provoque chez les acteurs valides une démotivation à continuer leurs activités bénévoles dans cette voie.

Ainsi, la multitude de logiques associatives au sein d'un même champ, celui des pratiques sportives pour les personnes handicapées, complexifie les interactions et les coopérations entre les différentes organisations. En outre, les différentes logiques repérées n'entrent pas toujours en accord avec la logique sportive diffusée par le mouvement fédéral. Ainsi, malgré la multiplication des offres de pratique sportive à l'intention des personnes handicapées, le mouvement Handisport n'arrive toujours pas à se coordonner en Guadeloupe.

Cette phase de re-structuration du mouvement sportif des personnes handicapées témoigne aussi du changement qui s'est opéré dans le domaine du handicap en Guadeloupe depuis la première mobilisation de personnes handicapées en 1980. Les transformations sociales et politiques à l'égard des personnes handicapées en Guadeloupe atténuent les besoins de revendications collectives. En Guadeloupe, comme en France, les conditions de vie des personnes handicapées se sont profondément modifiées. Ainsi, chez les jeunes personnes handicapées, la priorité est à l'intégration individuelle et ce n'est plus le besoin du regroupement entre pairs qui prédomine. Ce constat recoupe les résultats obtenus lors de récentes études menées auprès de personnes handicapées et questionnant les motivations à la mobilisation collective, qui montrent que, aujourd'hui, les personnes concernées favorisent une logique d'assimilation à la société entière plutôt que l'identification à un groupe particulier (Ville et *al.*, 2003 ; Ville et *al.*, 2004). Ainsi, il apparaît que la pratique sportive au sein d'organisations spécifiques ne correspond plus à une étape considérée comme incontournable pour l'intégration sociale. Cette évolution produit de ce fait un certain nombre de tensions entre les générations au sein des clubs handisports guadeloupéens les plus anciens fondés sur le principe du regroupement entre soi et de l'entraide. Le même processus d'évolution des logiques entre générations s'observe d'ailleurs en France métropolitaine, où l'on note que nombre de jeunes athlètes handisport pratiquent désormais au sein de clubs sportifs ordinaires, délaissant les clubs handisports omnisports « historiques » (liés à l'identité de sportif handicapé) au profit des sections handisport de clubs ordinaires (liés à l'identité d'une discipline sportive spécifique).

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION ET CONCLUSION

Introduction

Tout au long de ce travail, nous avons cherché à comprendre la structuration de l'offre sportive en faveur des personnes ayant des incapacités motrices en Guadeloupe, à dresser son histoire, à analyser les formes d'organisations associatives et à décrypter les représentations sociales des pratiques handisportives à travers le discours de leurs promoteurs. La première partie, théorique, a montré que les analyses des « situations de handicap » n'ont été que très peu approfondies dans les Caraïbes, et qu'elles étaient aussi quasiment éludées des travaux scientifiques portant sur les Antilles françaises. Cette absence de références analytiques et scientifiques, nous a donc amené à avoir une position d'explorateur sur un terrain en partie vierge au regard de notre objet d'étude. L'analyse des organisations associatives en Outre-mer était tout aussi faible. Mis à part un récent travail effectué sur les solidarités en Guadeloupe (Lanoir L'Etang, 2005) et ceux sur les organisations sportives (Dumont, 2002, 2006, 2009) et politiques (Dahomay, 2000 ; Daniel, 2002) aux Antilles, peu d'études semblaient aborder notre thématique.

De même, dans le domaine du handicap, les seules références disponibles concernaient celles élaborées en référence aux sociétés occidentales (Chauvière, 1980 ; Paicheler et Morvan, 1990 ; Stiker, 1997 ; Winance, 2004 ; Marcellini, 2000). Le seul point fondé théoriquement sur lequel nous pouvions relativement nous appuyer concernait l'histoire singulière de la Guadeloupe, commune à de nombreux autres départements français d'outre-mer. Une histoire particulière, marquée par la colonisation qui oriente les rapports, souvent conflictuels, avec la France hexagonale (Confiant et Daniel, 1997 ; Daniel, 2002 ; Giraud, 2005 ; Dumont, 2010, Dumont et Ruffié, 2012). A la lecture des nombreux travaux examinant cette relation entre ces deux espaces, ce rapport se présente sous la forme d'un processus allant de la dépendance à l'autonomie. Après des siècles d'asservissement et de colonialisme,

la société guadeloupéenne tente depuis l'abolition de l'esclavage puis de la mise en place de la départementalisation en 1946 de trouver son chemin politique, économique et social. Les crises économiques et la forte présence de l'Etat-providence ont mis à mal ce désir d'émancipation et la déception s'est cristallisée dans des conflits identitaires et sociaux profonds (Giraud, 2004). Des logiques revendicatrices se sont manifestées d'abord de façon virulentes dans les années 1960-1970 pour progressivement s'institutionnaliser à partir des années 1980. On assiste aujourd'hui aux Antilles à une « forte valorisation du local perceptible dans de multiples champs sociaux (...) » (Daniel, *op.cit.*).

A travers les pratiques sportives, c'est la participation sociale et la qualité de vie des personnes handicapées qui sont interrogées. Ces questions sont directement en lien avec l'environnement social, économique et politique dans lequel les personnes « vivant une situation de handicap » cherchent à évoluer (Fougeyrollas, 1993, 1995). De ce point de vue, l'histoire sociale et les conditions socio-politiques rencontrées en Guadeloupe peuvent influencer fortement les formes de mobilisations des minorités « stigmatisées ».

L'analyse socio-historique de la structuration locale du mouvement sportif des personnes ayant des incapacités motrices a permis de révéler la présence d'enjeux identitaires et sociaux parallèles aux enjeux sportifs. La difficulté que ce mouvement rencontre dans son développement semble alors résider dans la multiplicité des tensions repérables dans les stratégies associatives et identitaires. Ces stratégies oscillent entre l'affirmation de la volonté d'accéder à une meilleure qualité de vie en Guadeloupe par et pour les personnes ayant des incapacités motrices en mobilisant des stratégies de revendications sociales et l'aspiration à promouvoir une identité locale en opposition à un modèle métropolitain.

Nous allons discuter ici plus en détails des axes de tensions qui sont apparus comme obstacles à la structuration du mouvement sportif de personnes handicapées motrices en Guadeloupe : Les tensions propres aux dynamiques associatives, les tensions liées aux enjeux identitaires et les tensions entre autonomie et dépendance.

I. Discussion : Les axes de tensions autour des usages du sport de 1978-2010

1. Les tensions dans les dynamiques associatives

Usuellement, les formes de regroupement entre individus ont été étudiées selon une opposition entre un mode communautaire, qui se résumerait à un modèle familial et traditionnel, et un mode sociétaire, qui représenterait l'individualisme et la modernité. Selon cette vision, les dynamiques associatives se transforment au cours de l'histoire. Du point de vue des motivations repérables dans les mobilisations collectives, cette transformation implique le passage d'un engagement bénévole communautaire, antérieur, basé sur des valeurs héritées, vers un engagement sociétaire, contemporain, dans le but de satisfaire des besoins plus individuels que communautaires.

Jean-Louis Laville dépasse cette opposition en se basant sur le concept de solidarité pour définir les organisations associatives. Selon lui, la société moderne produit « des formes diversifiées de solidarités destinées à établir ou à rétablir un lien social entre les personnes au-delà des contrats » (2005 : 167). Ainsi, les « rapports d'association » peuvent être différenciés selon que les formes de solidarités engagées sont « héritées » ou « construites » (*Ibid.*). Sous

la forme dite « héritée », les rapports associatifs sont fondés sur le principe d'une appartenance commune (origine sociale, ethnique, professionnelle, générationnelle...) et animés par des sentiments d'affirmation identitaire (par exemple). A l'inverse, les formes dites « construites » décrivent des associations entre « sujets individualisés » mobilisés autour d'objectifs « philanthropiques » ou « démocratiques ». Laville distingue ces deux acceptions de la « solidarité construite » pour signifier les différences qui existent selon la direction que prennent ces actions de solidarité. La solidarité philanthropique se dirige vers des « acteurs faibles » et se constitue sur le principe du volontariat. Elle prend la forme d'organisation « pour autrui » dont l'action est tournée vers des bénéficiaires stigmatisés ou en difficulté. Cette configuration produit une hiérarchisation entre des « acteurs forts » (ceux qui donnent) et des « acteurs faibles » (ceux qui reçoivent). La solidarité démocratique implique *a contrario* une égalité entre les membres et fonctionne sur les bases de l'entraide et de la réciprocité. C'est une forme d' « auto-organisation » dont les actions sont « centrées sur la réponse à des demandes non satisfaites par les groupes concernés » (*Ibid* : 168).

En se référant à Laville, les organisations associatives peuvent donc être générées par trois types de dynamiques : **héritées, pour autrui et auto-organisée**. Ces différentes acceptions se retrouvent dans les différentes formes associatives observées au cours de notre enquête.

La première présente des fondements de la mobilisation collective axés sur la poursuite d'une affirmation identitaire liée à une histoire collective. La mise en avant des valeurs identitaires devient un refuge pour se prémunir contre une dissolution dans un tout. La méfiance envers des modèles importés domine dans les discours des promoteurs. Ces discours donnent la priorité à une origine commune réelle ou fantasmée.

Les deux dernières formes dépendent de la nature des promoteurs qui composent les associations. Dans la forme « auto-organisée », les acteurs se regroupent selon des critères identitaires de similitude construite. Dans la forme de « l'organisation pour autrui » l'identité des acteurs se différencie de celle des bénéficiaires. L'identité des acteurs détermine l'orientation des actions. Dans le premier cas, les stratégies vont se matérialiser sous la forme de groupements sociaux visant l'amélioration des conditions de vie et de la situation sociale et politique des promoteurs qui sont aussi les bénéficiaires. Dans le second, elles sont destinées à assister des individus dans des objectifs similaires au premier, sauf que les bénéficiaires concernés ne sont pas considérés comme capables d'y arriver seuls.

Ces différentes formes de solidarité peuvent aussi co-exister dans une même association. Dans un premier cas, on peut constater la présence possible des deux identités différenciées d'acteurs, des promoteurs et des bénéficiaires, au sein d'une même organisation. Cette dernière est construite à travers un objectif commun : l'amélioration des conditions de vie des bénéficiaires. Cette revendication renforcée par la présence d'« acteurs forts » se caractérise par une logique d'inclusion. Une dynamique se crée autour d'un projet commun, celle de vivre ensemble au sein de la société. Toutefois, la présence des deux groupes d'acteurs peut s'avérer délicate car cela demande une organisation interne particulière pour éviter de basculer finalement dans un mode « auto-organisé » ou dans un mode « pour autrui ». Auquel cas, il pourrait produire un éclatement des dynamiques et aboutir à des conflits internes.

Dans un second cas, les formes construites peuvent renforcer leur dynamique dans une forme de solidarité héritée. Les promoteurs cherchent ainsi à atteindre leurs objectifs en privilégiant la référence à des valeurs identitaires ou culturelles traditionnelles. On peut penser qu'il s'agit là d'une permanence du principe communautaire dans les rapports associatifs contemporains. On rejoint ainsi Laville sur le principe que les rapports se fondent

sur une conception moderne de la liberté communautaire. L'association désigne ainsi un espace qui permet de ménager la pluralité des opinions, des intérêts et la différence des perspectives.

1.1 Les dynamiques associatives dans le secteur du handicap

La représentation politique des personnes handicapées en France s'est historiquement constituée autour des grandes dynamiques de mobilisations collectives dans le secteur du handicap. En France, les regroupements des mutilés de guerre, rejoints par les accidentés du travail et suivies de près par les infirmes civils, ont permis de sensibiliser la société sur la question du handicap. Ces mobilisations dans le domaine du handicap physique ont été à l'avant-garde des créations associatives et législatives (Stiker, 2005 ; Barral et al., 2000). Après la Seconde Guerre mondiale, va se construire un nouvel ensemble d'acteurs associatifs, comprenant à la fois des œuvres confessionnelles, des mouvements laïques, des associations de parents d'enfants « inadaptés » et des mouvements portés par les personnes handicapées elles-mêmes, qui prendra le nom de secteur « spécialisé » (Gardien, 2010). Dans les années 1960, les principales associations ont fait pression sur l'État afin qu'il prenne ses responsabilités pour garantir aux handicapés qu'ils puissent exercer pleinement leurs droits fondamentaux. Finalement, en obtenant le statut de gestionnaire d'établissements, certains collectifs associatifs comme par exemple l'APF, pour les déficiences physiques, ou l'UNAPEI, pour les déficiences intellectuelles, vont progressivement relayer l'action des pouvoirs publics en développant les institutions spécialisées du secteur médico-social.

Ce pouvoir institutionnel délégué par l'Etat génère une mutation des logiques associatives. D'une logique initiale axée sur un retour à la vie ordinaire se substitue une politique de gestion de populations (Barral, 1998). Aujourd'hui, les associations gestionnaires

dominant largement le paysage associatif français dans le secteur du handicap (Tchernonog, 2000). Elles représentent les plus grandes associations en termes de nombre d'adhérents, de volume budgétaire, de places en établissements spécialisés et de salariés. Ces puissants mouvements, hétéroclites et disparates, se présentent alors comme les principaux représentants des personnes handicapées face à l'Etat et contribuent à l'avènement d'une législation pour l'insertion sociale et professionnelle, et pour la re-structuration du secteur social et médico-social (loi de 1975, loi de 2002, loi de 2005).

Parallèlement, des mouvements « autonomes » de personnes handicapées apparus à partir des années 1960 vont se positionner en opposition à cette logique d'institutionnalisation. Ces regroupements contestataires, d'abord apparus pour revendiquer l'accessibilité aux milieux dits ordinaires, vont se radicaliser en contestant la possibilité d'une représentation politique des personnes handicapées par les personnes valides (Turpin, 2000). Ces groupes favorisent l'auto-assistance et l'entraide entre pairs. Ils tiennent aussi des discours politiques tranchés en se positionnant contre l'idéologie médicale de la réadaptation mais aussi contre les associations gestionnaires d'établissements et l'idéologie de la prise en charge usuelle. Ainsi, certains de ces groupes comme le GIHP (Groupement des Intellectuels Handicapés Physiques créé en 1962) ou l'association « Vivre debout » (Galli & Ravaud, 2000) se sont constitués en associations « auto-organisées » et ont développé des foyers d'hébergement autonomes (dits « auto-gérés ») ou des services de transports adaptés. D'autres, comme le MDH (Mouvement de défense des Handicapés) ou le CLH (Comité de Lutte des Handicapés), se sont opposés aux projets de loi d'orientation pour les personnes handicapées (1975).

Au regard de ces quelques éléments historiques, les dynamiques associatives dans le secteur du handicap apparaissent comme divisées en deux axes : un axe gestionnaire, qui

compose avec l'ensemble des acteurs institutionnels pour développer une politique du handicap en lien avec l'Etat, et un axe auto-organisé, qui se positionne dans un mouvement de défense et d'émancipation des personnes ayant des incapacités. Ces deux axes pouvant être distingués selon les acceptions des formes de solidarités empruntés à Laville, donnent à voir deux approches du traitement social et politique du handicap qui sont au centre des réflexions actuelles.

Lorsque l'on se dirige vers une association gestionnaire, la distinction entre acteurs forts et acteurs faibles est considérée. Les responsabilités sont occupées par un ensemble d'acteurs aux identités variées : familles, professionnels, personnes en situation de handicap et bénévoles. Les décisions ne sont donc pas prises uniquement par les bénéficiaires, et parfois pas du tout, notamment dans le secteur de la déficience intellectuelle. De fait, la politique d'institutionnalisation du handicap qui en émerge de façon majoritaire, comme le placement en établissement par exemple, place cet axe associatif dans un modèle médical du handicap. Cette position correspond à une approche « exclusive » (Fougeyrollas, 2010) qui rend difficilement possible un retour à la vie ordinaire. Tandis que dans une association contestataire, l'égalité entre les membres est imposée par l'identité « en handicap » et le refus d'intégrer les « valides ». Ses promoteurs se revendiquent comme les plus légitimes représentants des personnes ayant des déficiences puisqu'ils possèdent de façon unilatérale la même identité. Les décisions sont donc prises dans le respect des intérêts des personnes handicapées dans leur ensemble. Le rejet de toute forme d'institutionnalisation imposée pour les personnes ayant des incapacités se rapproche ainsi d'un modèle social du handicap qui par principe défend une logique « inclusive » (*Ibid.*).

Cette opposition binaire est certes caricaturale. Les associations gestionnaires ne peuvent être considérées comme étant favorables à un modèle médical et exclusif du handicap, comme certaines associations de pairs en handicap très radicales totalement inclusives, puisque justement elles se positionnent dans une attitude défensive. L'opposition n'est donc pas simple ni nette et un consensus doit être trouvé dans la définition des dynamiques associatives. Comme dans le domaine sportif, l'exemple des grandes associations ne peut être caractéristique de l'ensemble des organisations. En effet, au niveau local d'autres enjeux sont mobilisés et la distinction des approches est rendue plus complexe. Les définitions de l'intégration, de l'auto-organisation et même de l'identité en tant que personne handicapée peuvent varier selon les contextes locaux.

1.2 Les dynamiques associatives aux Antilles

Les dynamiques associatives observées aux Antilles renvoient à deux logiques. D'une part, une logique locale, qui, au sens de Laville (*op.cit.*), est ancrée sur des solidarités héritées et d'autre part, ce que de nombreux travaux interprètent comme étant une logique nationale, et que l'on pourrait considérer ici comme relevant des solidarités construites (*Ibid.*). Ces deux logiques, opposées, vont créer un certain nombre de tensions dans le fonctionnement associatif local.

La logique locale est caractérisée, dans les travaux sociologiques, par des systèmes de solidarité de proximité. En effet, selon Luciani Lanoir L'Etang, « les solidarités issues des pratiques culturelles procèdent en Guadeloupe de la proximité » (2005 : 35). L'auteure décrit à ce propos un système particulier d'entraide qui existe en dehors de tout cadre organisé. On peut interpréter par non organisé, ce qu'observent Prouteau et Wolff (2003) comme étant des formes de services informels, c'est-à-dire hors du cadre associatif. A l'opposé du bénévolat

formel, le bénévolat informel « s'inscrit dans le cadre de l'entretien de réseaux de réciprocité. Parce qu'il est un moyen de tisser et d'entretenir des relations interpersonnelles, il répond à des motivations d'ordre relationnel ». Aux Antilles, cette forme de bénévolat est insérée dans la sphère privée (famille) mais s'étend aussi aux relations élargies (voisins, amis)¹⁴⁹. Il se réalise essentiellement lors de « koudmen »¹⁵⁰, notamment dans le bâtiment et l'agriculture, ou lors d'événements sociaux importants tels que la naissance, le baptême, le mariage et la mort. Ainsi, le bénévolat aux Antilles prend naissance dans ces formes de solidarités informelles ponctuelles. Ces dernières doivent être, en effet, considérées comme organisées, non pas au sens figuré, mais parce qu'elles sont ancrées dans des rapports sociaux hérités. Ce bénévolat informel s'est forgé au cours de l'histoire de la société de plantation et des « lakous »¹⁵¹. Ces différentes périodes où les situations sociales étaient difficiles ont été les terreaux privilégiés de ce système d'entraide. Toutefois, il perdure malgré l'avancée des progrès sociaux. Comme le montrent Reed et Selbee (2000), concernant le Québec, les individus peuvent trouver plus d'intérêt à rendre service de manière informelle qu'à s'engager dans des actions bénévoles encadrées. En Guadeloupe, les formes référentielles de solidarités semblent encourager au même type de constat. Cela ne signifie pas que l'activité associative aux Antilles est faible, bien au contraire¹⁵². Toutefois, l'identification de l'objet de création des associations souligne une prépondérance du secteur social et économique (ARF, 2012). L'importance de ces secteurs tend alors à favoriser la professionnalisation plutôt que l'action bénévole au sein des dynamiques associatives.

¹⁴⁹ Pour Lionel Prouteau et François-Charles, les contours du bénévolat informel diffèrent selon les travaux. Toutefois, pour eux, s'il convient d'exclure (tout en incluant quelques exceptions) les aides bénévoles effectuées au sein du cercle familial restreint, c'est-à-dire soumis aux obligations légales (époux, père, mère), ceux dirigés en dehors du foyer de l'aidant ou vers d'autres membres de la famille.

¹⁵⁰ Des coups de main.

¹⁵¹ Forme d'habitat regroupant les familles pendant l'exode rural qui a suivi l'abolition de l'esclavage. Cf : Flagie A., Baroches, Quartiers de la ceinture urbaine de Pointe-à-Pitre, contribution à une sociologie de la Guadeloupe, *op.cit.*

¹⁵² En 2011, 691 associations ont été créées en Guadeloupe contre 450 pour la moyenne nationale.

Parallèlement s'est instituée une logique nationale, construite, avec le processus de modernisation de la société antillaise. Un nouveau modèle de solidarité s'est échafaudé à travers le système de protection social hérité de l'Etat-Providence. Pour de nombreux auteurs, il est à l'origine de l'émiettement des solidarités traditionnelles de proximité, rendues obsolètes dans certaines de leurs configurations, notamment l'aide à la personne. « Les solidarités historiquement déterminées de l'espace guadeloupéen sont en inadéquation avec la solidarité historiquement déterminée de l'espace hexagonal » conclut ainsi Lanoir L'Etang (*op.cit.* : 358). Dès lors, les liens sociaux traditionnels se délitent, les formes d'entraide héritées disparaissent tandis que l'individualisme progresse et entame les solidarités anciennes.

La superposition de ces deux types de solidarités, locale et nationale, engendre, certes, des tensions. Cependant, le premier ne peut totalement être effacé par le deuxième. La dynamique de revalorisation identitaire qui parcourt le milieu associatif guadeloupéen témoigne de la constance de rapports sociaux hérités. Ainsi après avoir accepté le progrès nécessaire dans une société qui manquait de tout, aujourd'hui on assiste à une articulation entre ces deux logiques. La dynamique associative « rend possible de nouvelles formes communautaires » (Laville, *op.cit.* : 166) en Guadeloupe. Les solidarités héritées s'expriment dans un cadre nouveau, celui des associations. Elles se rendent notamment visible à travers la référence au local. Comme le montre Justin Daniel dans son analyse de l'espace politique aux Antilles françaises, l'espace associatif participe à la construction symbolique d'une reconstruction identitaire collective. Ainsi, contrairement à une disparition des solidarités, elles se transposent dans le secteur associatif. On passe alors d'une forme privée et invisible de l'entraide à une forme publique et visible dans les associations.

1.3 Quelles formes d'auto-organisations des personnes atteintes de déficiences en Guadeloupe ?

Cette forme particulière de la dynamique associative guadeloupéenne que nous venons de décrire a des conséquences particulière sur les formes d'organisation dans le secteur du handicap sur ce territoire. La survivance d'un système de solidarité de proximité relativise la forme d'auto-organisation des groupes sociaux minoritaires. En effet, la solidarité envers les personnes touchées par un malheur se présente comme une « obligation » (Lanoir L'Etang, *op.cit.*). On peut rappeler par exemple que le mouvement auto-organisé de personnes handicapées, la KAHMA, est à l'initiative d'une personne valide, dont l'un des membres de sa famille est en fauteuil roulant. Ainsi, malgré la modernisation du traitement social du handicap, le système de solidarités de proximité reste fortement présent et s'intercale dans l'organisation du secteur de l'action sociale en direction des personnes atteintes de déficiences en Guadeloupe.

A partir des années 1970, la structuration du secteur de prise en charge à destination des personnes ayant des incapacités se développe dans une forme d'organisation « pour autrui ». La construction des premiers établissements « spécialisés » est réalisée par des associations gestionnaires d'établissements créées par des professionnels du secteur social et médico-social, des parents et des acteurs du secteur associatif caritatif. Comme en métropole, celles-ci concernent dans un premier temps les enfants déficients intellectuels légers puis se développent vers d'autres déficiences plus lourdes¹⁵³.

Totalement absente de cette première organisation, les personnes ayant des incapacités motrices se sont constituées plus tardivement au sein d'un regroupement auto-organisé. Les

¹⁵³ En Guadeloupe, le premier établissement construit est un Institut Médico-éducatif (IME) destiné à la prise en charge d'enfants déficients intellectuels légers. L'IME « Espoir » a été créé par l'Association de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence (ASEA). Cette association fut fondée par le corps médical notamment le docteur Hamousin, premier médecin pédiatre de l'île.

conditions de sa constitution puis son évolution présentent quelques particularités par rapport à celui observé en métropole. Les responsabilités centrales sont certes occupées par des personnes en fauteuil roulant mais l'importante action des familles, des acteurs institutionnels issus du secteur social et médico-social, ou encore des notables issus des clubs services, est remarquable. Ce réseau local fut essentiel pour développer un secteur associatif en construction. Cette forme de soutien institutionnel aux mobilisations collectives de personnes handicapées est aussi repérable en métropole comme on peut le voir avec l'APF. Créée en 1933 à l'initiative de quatre jeunes atteints de poliomyélite, cette association s'est développée sur le principe du lien social et de la solidarité. Elle concerne au départ les « paralysés et rhumatisants » isolés, grâce au système des « cordées », sortes de groupes de correspondance postale dirigés par un « chef de cordée ». Reconnue d'utilité publique en 1945, cette association vise la participation des handicapés physiques à la société par la lutte contre toutes les formes d'exclusion (Le Roux et *al.*, 2013). En outre, dès sa création, l'APF s'appuie sur un certain nombre d'acteurs issus du secteur médical et politique, puis devient, à partir des années 1970, un grand groupe d'intérêt gestionnaire d'établissements et de services et l'un des principaux interlocuteurs de l'Etat dans le domaine du handicap (Guyot, 2000).

Au niveau local, la KAHMA suit sensiblement le même processus malgré quelques nuances. Elle s'est constituée tout d'abord dans un but de solidarité, d'entraide et de revendications des droits des personnes handicapées, sous la forme d'une auto-organisation de personnes handicapées motrices, mais dans laquelle dès le début des acteurs valides ont été partie prenante, voire initiateurs. Puis l'association la KHAMA devient, elle aussi, gestionnaire d'établissements et de services dans les années 1990, mais en particulier pour les populations dites « polyhandicapées ». En ce sens, elle bascule alors d'un modèle à dominance auto-organisée à un modèle d'organisation pour autrui. Ici les promoteurs, acteurs

forts sont les personnes ayant des incapacités motrices, et les bénéficiaires, acteurs faibles, sont des personnes cumulant incapacités motrices et intellectuelles.

On peut faire le même constat d'organisation pour l'association Soleil Kléré Nou, à la différence pour cette dernière qu'elle a été fondée dans le but de construire un foyer d'hébergement autonome et qu'elle n'a jamais comptée de personnes « valides » au sein de ses espaces de décision. Ce dernier point provenant très certainement du fait qu'elle s'est constitué sur le principe de l'association « Vivre Debout », une des premières associations d'usagers en France (Galli & Ravaud, 2000). Cependant, l'association SKN s'est aussi appuyée sur un réseau local de proximité (famille, politique, entreprise) pour pouvoir réaliser des projets de constructions d'espaces de vie autonome.

Même si ces deux associations autogérées ont engagé, et engagent encore des actions de revendications, cela s'est toujours fait avec le soutien d'autres acteurs (familles, médecins, professionnels du secteur médico-social). Le modèle de solidarité de proximité se retrouve donc systématiquement au cours de projets faisant appel à la solidarité.

On peut dire que il n'y a pas de mouvements contestataires ou radicaux comme il a pu en exister en métropole (Turpin, 2000 ; Galli & Ravaud, *op.cit.*). Il n'y pas eu de revendications fortes remettant en cause le modèle de réadaptation qui contribue à la ségrégation dans les institutions spécialisées comme l'ont mené le MDH (Mouvement de défense des handicapés) et le CLH (Comité de lutte des handicapés). En réalité, ces mouvements qui se sont créés dans les années 1970 n'auraient jamais pu voir le jour en Guadeloupe. En effet, le modèle de solidarité familial se retrouve dans les stratégies des promoteurs surtout lorsqu'il s'agit de projets nécessitant des fonds, pour lesquels elle organise d'importantes actions et manifestations caritatives. Ainsi, elle implique une forme d'assistantat qui s'oppose au modèle auto-organisé « métropolitain » qui revendique et favorise

l'autonomie des personnes vivant avec des incapacités en refusant radicalement la logique caritative. Cette logique existait également au sein de l'APF à ses débuts, et elle a été fortement combattue dans les années 1970 pour sa pratique des quêtes sur la voie publique.

Toutefois, il existe certains points de convergences avec le mouvement contestataire, notamment autour de l'autonomie. En effet, les deux associations guadeloupéennes avaient pour exigences principales d'obtenir les aménagements et les moyens nécessaires pour pouvoir vivre de façon autonome en Guadeloupe. Pour cela, les actions se sont multipliées en ce sens : revendications sur la scène publique (sortie dominicale, émission radio puis télévisée), sollicitations des politiques (en Guadeloupe et en métropole), création d'établissements (foyers d'hébergements autonome SKN), pratiques sportives, etc... Parallèlement, certains discours sont aussi tenus pour différencier les conditions de vie des personnes handicapées en Guadeloupe avec ceux de la métropole. L'autonomie guadeloupéenne est opposée à la dépendance des établissements « spécialisés » de la métropole. Ce dernier point étant, encore une fois, un point de convergence avec les mouvements de pair-représentants en France qui s'opposent au secteur médico-social (Gardien, *op.cit.*).

Ainsi, on peut lire les revendications des associations de personnes handicapées guadeloupéennes des années 1980 comme la KHAMA, comme l'expression d'une volonté de développer en Guadeloupe les conditions sociales qui permettraient l'accès à l'autonomie pour les personnes ayant des incapacités motrices. En ce sens, elles sont proches des associations contestataires et de défense des droits métropolitaines des années 1960. Cependant, elles ont, dès leur origine, été construites sur un modèle « mixte », articulant modèle « auto-organisé » et modèle de « l'organisation pour autrui » au regard de

l'attachement à une logique de solidarité familiale et de proximité héritée qui rendait alors impossible l'absence d'acteurs valides mais proches des personnes handicapées dans ces organisations locales.

On peut penser alors qu'il n'existe pas réellement de communauté signifiante de personnes handicapées motrices en Guadeloupe. Les associations ne se sont pas structurées dans une logique d'affiliation et d'affirmation identitaire de personnes handicapées impliquant une solidarité construite spécifique, au sein de groupes associatifs qui se seraient développés en opposition à la société guadeloupéenne mais bien au contraire elles se sont incluses en même temps qu'elles se constituaient dans le système local de solidarités héritées.

1.4 Quelles formes d'organisation sportive des personnes atteintes de déficiences aux Antilles ?

- a.* Modèle métropolitain d'organisation des associations sportives des personnes handicapées : l'émancipation vis-à-vis des associations militantes de personnes handicapées

L'analyse du regroupement sportif des personnes ayant des incapacités semble suivre une dynamique stable. Mis à part le mouvement sportif associatif et fédéral des personnes atteintes de déficiences intellectuelles, tous les autres fonctionnent aujourd'hui sous la forme auto-organisée en groupes de pairs. Toutefois, les groupes de personnes sportives ne se sont pas toujours constitués d'emblée sous la forme d'une organisation sportive auto-organisée. De nombreux groupes sportifs sont issus, soit de différentes institutions, médicale, éducative ou

rééducative, soit du regroupement associatif de pairs (Marcellini, 2005 ; Ruffié et Ferez, 2013). Dans les deux cas, on observe progressivement l'investissement des espaces de décisions et de responsabilités par les sportifs concernés. Comme le souligne Anne Marcellini, « l'auto-organisation sportive des personnes handicapées fonctionne (...) comme une "maison des déstigmatisés" (...), dans le sens où là s'apprennent les conduites d'intégration menant d'une place discriminée à une identité sociale, personnelle et subjective déstigmatisée » (*op.cit.* : 196).

Dans le cadre du mouvement sportif des personnes atteintes de déficiences motrices, la Fédération Française Handisport¹⁵⁴ créée en 1977 a pour objectif de rassembler les différents groupes sportifs dans une logique de sportivisation. Cette logique a pour objectif de s'associer aux valeurs du monde sportif ordinaire. Cependant, les organisations sportives créées en faveur des personnes ayant des incapacités physiques qui voient le jour depuis les années 1970 ne sont pas toujours inscrites dans cette logique. Nous avons pu voir qu'en Guadeloupe tel était le cas. Dans les premières années de la constitution du mouvement militant auto-organisé des personnes ayant des incapacités motrices, le mouvement sportif et le mouvement militant ne font qu'un. En métropole, de nombreuses organisations sportives suivent le même principe. Par exemple, le Montpellier Club Sportif pour Handicapés Physiques (MCSHP) créé en 1975 est à l'initiative d'un groupe de parents, issus de l'APF, souhaitant développer une pratique sportive de loisir et rééducative pour leurs enfants atteints de pathologies diverses. Elle s'est d'abord développée dans le cadre de l'APF avant de s'affilier à la FFSHP (ex-FFH). Ce processus marque le passage d'une logique rééducative et récréative dirigée vers des enfants à une logique compétitive ouverte à d'autres adhérents, sportifs ayant des incapacités motrices, qui vont prendre des responsabilités associatives dans la structure, en faisant ainsi une association auto-organisée. Cette mutation va en outre progressivement entraîner une

¹⁵⁴ Pour rappel, la première Fédération Sportive des Handicapés Physiques de France (FSHPF) fut créée en 1963.

transformation de l'organisation notamment à travers la professionnalisation de l'encadrement.

Dans un autre cas de figure, le mouvement sportif des personnes de petite taille en France, le France Nano Sports créé en 1998, est issu de l'Association des Personnes de Petite Taille créée 22 ans plus tôt. Depuis son émancipation du mouvement militant initial, le groupe sportif s'est affilié dans un premier temps à l'IDAF (International Dwarf Athletic Federation), qui organise les jeux mondiaux des nains, puis à la FFH dans laquelle il a obtenu la possibilité de participer aux Jeux Paralympiques dans la catégorie F40. Cette association aux mouvements fédéraux sportifs est l'occasion d'accéder à une visibilité sociale sous une étiquette différente de celle attribuée par la société.

Dans les deux cas, la sortie du mouvement associatif militant ou à vocation sociale par la création d'une association sportive indépendante a pour conséquence de constituer le groupe de sportifs sous la forme auto-organisée. En effet, dans le cas du club de Montpellier, les parents ont progressivement laissé les responsabilités à des personnes atteintes de déficiences motrices. D'autre part, cette nouvelle forme permet de profiter en retour directement du bénéfice de leur pratique, c'est-à-dire, en reprenant les termes de Marcellini, l'accès à une « identité sociale déstigmatisée » du groupe et de l'individu.

Au terme de notre enquête, nous avons constaté que l'auto-organisation associative du groupe de sportifs ne s'est pas produite en Guadeloupe. Les principales formes recensées semblent être construites sur un modèle « mixte » ou « pour autrui ». Peut-on dire alors qu'il n'y a pas eu de sportivisation en Guadeloupe, à l'image de ce qui s'est passé pour le MHSC ou pour le France Nano Club ?

- b. *Le modèle guadeloupéen d'organisation des associations sportives ou l'impossible émancipation vis-à-vis des réseaux associatifs de solidarité ?*

Anne Marcellini (2005) conclut ainsi son ouvrage en précisant que les regroupements de personnes sportives handicapées, et les personnes en fauteuil roulant en particulier, se construisent dans une « logique communautaire », c'est-à-dire un « regroupement classique, que l'on peut assimiler à tous ceux qui s'organisent autour d'affinités significatives pour les sujets, à un moment donné [et qui] produisent un plaisir de "l'entre soi" » (p. 194).

Or, comme énoncé plus haut, en Guadeloupe, il n'existe pas réellement de communauté signifiante de personnes ayant des déficiences motrices. En effet, pour rappel, les associations à vocation sociale, que nous avons étudiées, ne se sont pas structurées seulement dans une logique d'affiliation et d'affirmation identitaire de personnes handicapées mais aussi dans un système local de solidarité héritées. L'absence de groupes de sportifs handicapés auto-organisés en Guadeloupe tend à confirmer qu'il en est de même dans ce domaine.

Comme nous l'avons vu l'équipe de basket en fauteuil de la KAHMA n'a pas pu (ou voulu) sortir de l'organisation associative militante. Pourtant, elle semblait en avoir les capacités au vu de l'effectif de joueurs mais également en termes de logistique. En effet, les principaux fondateurs de l'équipe avaient tous évolué à haut-niveau dans des équipes en métropole et avaient construit par ailleurs des relations avec certains cadres de la FFH, dont certains guadeloupéens vivant en métropole. La logique de sportivisation avait d'ailleurs pratiquement abouti avec la formation d'un moniteur fédéral et d'un corps arbitral. La non-auto-organisation ne s'explique pas par l'absence de relations entre le niveau local et le niveau fédéral national, mais plutôt dans une impossibilité pour ce groupe sportif de se

séparer des associations à vocation sociale pour s'auto-organiser. Le groupe de sportifs reste à la périphérie du groupe social comme dans une relation d'interdépendance. Il ne cherche pas à s'émanciper de l'association sociale qui lui permet de bénéficier du réseau social de proximité qui s'est construit autour d'elle. S'il décide de s'émanciper, en tant qu'auto-organisation, c'est au risque de perdre ces avantages. Par exemple, on a pu voir les importantes actions et manifestations caritatives qui se sont réalisées pour développer la pratique du basket en fauteuil au sein de la KAHMA. Ces initiatives ont notamment permis l'achat des premiers fauteuils roulant et la réalisation des « voyages » dans les îles voisines. Ainsi, au cours des années 1980, au sein de la KAHMA, malgré les désaccords entre les responsables, la séparation n'est pas possible. D'un côté, les sportifs ont besoin de l'organisation pour pouvoir jouir du réseau de solidarité. De l'autre, l'organisation a besoin des sportifs pour bénéficier de l'image du sportif (représentations positives, médiatisation). En conséquence, une relation d'interdépendance forte lie ces deux groupes (Elias, 1970). Il n'y pas deux groupes distincts mais un seul, car ils sont unis par un principe de solidarité. Cependant, le groupe social prévaut sur le groupe sportif grâce au réseau de solidarité qui s'y rattache de façon héritée.

La prédominance des organisations « pour autrui » recensées dans ce champ aujourd'hui semble confirmer l'hypothèse d'une difficile auto-organisation des sportifs handicapés en Guadeloupe. Ces associations comme le Karukera Handisport ou les Dynamiques revendiquent leur affiliation à la Fédération Française Handisport mais ne comptent pas de personnes handicapées au sein de l'espace de décisions. Les activités proposées sont dirigées vers autrui à l'image de ce qui se passe dans le mouvement sportif des personnes déficientes intellectuelles. En effet, les personnes handicapées mentales sont présentes dans le champ sportif en tant que « bénéficiaires » d'organisations gérées pour eux par des dirigeants et des

cadres qui ne font partie du même groupe d'acteurs. Ces acteurs « forts » sont en général des parents d'enfants handicapés mentaux ou bien des professionnels du handicap ou du sport.

Cette absence d'auto-organisation pose finalement la question de savoir dans quelle action politique se positionnent les personnes handicapées sportives en Guadeloupe ? En effet, toujours selon Anne Marcellini, l'auto-organisation des groupes de personnes handicapées sportives revient à les définir comme faisant partie des « minorités actives » au sens de Moscovici (1976). Ce concept sert à définir les minorités sociales qui s'investissent dans un processus de déstigmatisation. Dès lors, peut-on dire qu'en Guadeloupe, les sportifs vivant des situations de handicap soient des minorités « passives » ? Au regard de ce que nous avons décrit au cours de cette enquête nous pouvons affirmer que non. Il y a bien un mouvement actif de personnes atteintes de déficiences mais, comme nous l'indiquions plus haut, celui-ci ne s'est pas développé en opposition à la société guadeloupéenne, bien au contraire. Il s'est construit en relation avec celle-ci, dans un système local de solidarités héritées.

Ainsi, tout se passe comme si le sport n'était pas « un espace support d'une action politique élargie visant à la transformation du social » (Marcellini, *op.cit.* : 168). Ce qui fait sens dans le regroupement sportif, c'est en premier lieu de trouver ou retrouver les conditions favorables à son intégration sociale. Or celle-ci n'est possible que dans une forme de relation étroite avec son environnement. Ainsi, les organisations qui fonctionnent sont celles qui reproduisent le modèle de solidarité de proximité. C'est pour cela que les formes d'organisation dominante sont celles qui se sont construites sur un modèle « mixte », ou sur un modèle « pour autrui ». L'auto-organisation des groupes sportifs apparaît de manière générale impossible en Guadeloupe. Même le symbole de ce modèle, la délégation régionale du mouvement fédéral Handisport en Guadeloupe n'arrive pas à revendiquer ce statut. En effet, lors de la dernière formation du bureau seules 3 personnes, sur les neuf élus, se trouvaient être des personnes en fauteuil roulant. Par ailleurs, en 2010, sur les 65 licenciés

recensés à la LHG, 28 déclarent réellement une déficience. Les autres étant essentiellement des cadres.

La difficulté qu'éprouvent la Ligue, et donc la FFH, à développer une logique de sportivisation dans le champ du sport des personnes ayant des incapacités motrices en Guadeloupe, témoigne aussi d'une tension identitaire entre un modèle local et un modèle national. Cette opposition est notamment représentée par les conflits constants entre les acteurs de la Ligue et ceux de la KAHMA. Comme nous l'avons vu, les discours des promoteurs des associations créées dans les années 1980 sont dirigés vers une « valorisation du local » (Daniel, 2002 ; Giraud, 2004). Face aux stratégies identitaires, le modèle du mouvement fédéral national n'arrive pas à se diffuser et cela malgré la présence symbolique d'un champion paralympique guadeloupéen à sa tête. Il semble en être de même au niveau de l'offre sportive au niveau local. Certaines organisations montrent de réelles difficultés à pérenniser une activité dans le temps malgré les moyens qu'elles mettent en œuvre (encadrement professionnel, matériel). Dès lors, là encore, c'est le système sur lequel se fonde l'organisation qui semble prévaloir sur les moyens mis en œuvre. La pérennité de l'offre sportive dépend de l'ancrage des organisations dans un modèle de solidarités de proximité. Celles qui ne le peuvent pas, comme celles créées par des métropolitains, sont amenées à disparaître ou encore à fusionner avec par exemple des associations locales de parents d'enfants handicapés, comme dans le cas du Karukera handisport.

2. Les tensions autour des enjeux identitaires

L'analyse des stratégies identitaires des personnes handicapées en Guadeloupe est complexe à plus d'un titre. Les trajectoires de vie des acteurs locaux vivant des situations de

handicap semblent en effet montrer qu'elles se jouent dans deux dimensions : celle qui les lie à l'identité de « personne handicapée » et celle qui les lie à l'identité guadeloupéenne. L'imbrication des deux stratégies identitaires se retrouve à travers les logiques associatives et sportives rencontrées. Le résultat débouche sur un jeu complexe et alterné entre ces deux stratégies.

2.1 Une identité de personnes atteintes de déficiences motrices

a. Quelle identité pour les personnes ayant des incapacités dans la société guadeloupéenne ?

De nombreux travaux de recherche réalisés en France montrent que le traitement social des déficiences et les représentations qui s'y rattachent affectent les interactions entre les personnes concernées, leurs représentations et leur identité même (Ravaud & ville, 1985 ; Ville & Ravaud, 1994). Le modèle de réadaptation vise la normalisation des personnes et le retour à la vie ordinaire par des modalités de « correction », de « réparation » et de « rééducation ». Ce processus politique engagé depuis la fin du XIXème cherchent à faire « comme si » il n'y avait pas de déficience (Stiker, 2005 ; Winance, 2004). Ce « comme si » se traduit par une situation de « liminalité » (Murphy, 1987 ; Calvez, 1994 ; Stiker, 2007) dans laquelle la personne handicapée cherche sa place. En France, cette liminalité se traduit d'une part par des pratiques de discrimination positive et de compensation individuelle du handicap (emploi adapté, insertion professionnelle et scolaire...), d'autre part, par le développement du champ médico-social et des établissements spécialisés. Dans le premier cas, pour bénéficier de ce « rattrapage » la personne doit garder le statut de « personne

handicapée ». Ce processus administratif nécessite une distinction catégorielle explicite, car les procédures de compensation du handicap et de réduction des discriminations qui permettent l'intégration se font à travers la conservation de l'étiquetage des personnes. Dans le deuxième cas, on assiste à une mise à l'écart explicite en opérant une ségrégation de la personne par le placement institutionnalisé.

Comme nous l'avons souligné plus haut, le dispositif social et politique de normalisation a des effets sur la construction identitaire des personnes handicapées. Ces dernières doivent correspondre aux types idéaux de l'individu produits dans la société, c'est-à-dire à un individu stable, autonome, ayant une activité socio-professionnelle, bien dans sa peau et confiante. Ce modèle est toutefois incompatible avec les représentations sociales des personnes handicapées (Paicheler, 1982). Dès lors, tant pour les valides (et les professionnels) que pour les personnes handicapées elles-mêmes, le handicap est conçu comme une situation de désavantage social, et des barrières ou obstacles sont à surmonter pour être valorisé, par exemple en s'intégrant professionnellement, en fondant une famille (Ravaud & Ville, *op.cit.*) ou en pratiquant une activité sportive (Marcellini, *op.cit.*).

Au regard de ces travaux, cette construction identitaire paraît alors plus complexe au regard de la situation guadeloupéenne. En effet, le traitement social de la déficience et les représentations qui y sont associées diffèrent quelque peu de ceux identifiés en métropole. La raison première est le décalage structurel historique dans le domaine de la prise en charge de la déficience entre la Guadeloupe et la France hexagonale. Contrairement à la métropole, la structuration du modèle de réadaptation ne s'est pas fait de façon progressive avec la construction d'infrastructures médicales et médico-sociales dans le cadre d'un retour à la vie ordinaire. Il s'est plutôt déroulé dans l'urgence, sous le thème du rattrapage et de l'égalité sociale pour pallier aux conditions de prise en charge « traditionnelle » de la personne atteinte

de déficience en Guadeloupe : une surprotection familiale sous la forme d'un enfermement visant à protéger la personne et la famille des « mauvais regards », un placement en établissement asilaire ou un exil « forcé » en métropole, compte tenu de l'absence d'infrastructures locales. En conséquence, ces différentes réalités impliquent, certes, une mise à l'écart des personnes handicapées mais surtout une considération politique passive, la première structure n'ayant été construite qu'en 1975. Ainsi, à une prise en charge informelle se substitue progressivement une politique gestionnaire et formalisée du handicap qui empêcherait le processus de réadaptation d'avoir la même prise en Guadeloupe. Par ailleurs, le regard stigmatisant de la société envers la personne « porteuse d'un discrédit » est également présent en Guadeloupe, voire même peut être encore plus fortement si l'on se réfère aux différents travaux portant sur les normes sociales aux Antilles françaises (Bougerol, 1997 ; Benoit, 2000 ; Pourette, 2002 ; Mulot, 2005). Il semble alors que le type-idéal soit encore plus difficile à atteindre en Guadeloupe. En conséquence, on pourrait dire dans un premier temps que le processus de normalisation pour les personnes handicapées en Guadeloupe est à la fois plus contraignant du fait d'une stigmatisation de proximité, et en même temps plus souple du fait de l'absence de structure instituée par le modèle de réadaptation.

Toutefois, on constate la présence d'un processus de construction identitaire basé sur le principe du modèle de réadaptation. En effet, certains « traits de personnalités » proposés par les acteurs au cours de notre enquête étaient construits sur une opposition entre « ceux qui surmontent leur handicap », « ceux qui se battent » et « ceux qui n'acceptent pas leur handicap », « ceux qui se cachent ». Cette opposition est réalisée aussi bien par les personnes concernées que par les personnes non concernées. Chez les personnes concernées, cette identification semble dépendre d'un facteur principal : celui d'avoir effectué un séjour en

centre de rééducation en métropole. En effet, ceux qui ont effectué un séjour en métropole semblent tenir un discours plus prononcé sur le fait d'avoir « surmonté » leur handicap. Ce discours est notamment utilisé pour exprimer leur « volonté » de « se battre » pour « vivre » une « vie normale ». D'ailleurs, comme nous l'avons indiqué, ce sont eux qui sont à l'origine du mouvement militant dans les années 1980 afin de revendiquer un retour à la vie ordinaire. Ce qui tend à montrer que, quelque part, il y a eu une intériorisation des normes induites par le modèle de réadaptation au cours de leur séjour métropolitain. Ce discours apparaît aussi moins fréquemment chez les acteurs nouvellement engagés. Ceci s'explique peut-être par le fait qu'ils ont effectué des séjours plus courts en centre de rééducation et qu'ils bénéficient plus facilement des avantages sociaux en comparaison de la génération des années 1980.

Ce décalage de génération est observé par Isabelle Ville et Jean-François Ravaud (1994) lors d'une étude comparative sur les traits de personnalité entre une population de personnes atteintes de la poliomyélite dans les années 1950 et une population atteinte récemment de paraplégie. Ainsi, il en résulte que la première population ayant été immergée plus profondément dans le discours et les pratiques de la réadaptation, s'est engagée plus massivement dans un processus de normalisation notamment en assumant une activité professionnelle. Tandis que la deuxième population ayant bénéficié d'une politique du handicap plus individualiste (loi 1975, allocations...) est davantage axée sur la participation sociale et la citoyenneté que sur l'insertion professionnelle.

Dans notre cas, il convient toutefois de préciser que ces résultats sont circonscrits à notre population d'étude, celle des promoteurs associatifs. Il faudrait effectuer une enquête plus spécifique à ce sujet pour vérifier cette interprétation. Il paraît toutefois clair que le passage en centre de rééducation en métropole pour nombre d'entre eux a eu une conséquence sur leur construction identitaire.

Ainsi, l'identité des personnes handicapées aux Antilles est nourrie par deux sources. Une source locale, dépendante des conditions structurelles et des représentations sociales du handicap sur l'île, et une logique nationale, issue d'un modèle de réadaptation importé.

b. Quelle distinction entre l'identité de personne atteinte de déficiences motrices et celle de personnes atteintes de déficiences mentales ?

La représentation de soi dépend en partie du regard extérieur. Pour les personnes atteintes de déficiences les représentations sociales à leur égard, souvent négatives, sont d'autant plus significatives dans la construction de leur identité. Comme nous l'avons vu, en ce qui concerne les atteintes motrices (et sensorielles), le modèle de réadaptation soutenu par le milieu médical, diffuse largement l'espoir d'une réparation possible. Ainsi, la possibilité d'un rétablissement physique ou organique, synonyme d'un retour à la normale, permettrait d'assurer la voie de l'assimilation. Cet espoir de réparation, lié aux représentations sociales du handicap qui de fait oblige à un effacement du stigmate, rend difficile l'acceptation de son handicap et de ce fait la possibilité de se compter parmi les « handicapés ». Les personnes déficientes mentales sont les plus stigmatisées dans le système de catégorisation sociale interne au méta groupe des personnes dites « handicapées ». Les recherches menées sur les représentations sociales du handicap s'accordent à dire que le handicap mental constitue « l'élément le plus handicapant de la condition handicapée » (Giami et *al.*, 1988). Il est ainsi évident que le sens attribué à ce groupe, qui l'éloigne d'autant plus de toutes possibilités d'assimilation, entraîne une volonté farouche de s'en dissocier de la part des personnes touchées par d'autres types de déficience. Ceci est d'autant plus vrai pour les personnes atteintes de déficiences organiques ou motrices pour qui l'association à un tel groupe est impensable, voire humiliante. En effet, l'injonction d'assimilation engendrée par le modèle de

réadaptation impose un nivellement par le haut. L'objectif des personnes atteintes de déficience est d'échapper au stigmate en « surmontant son handicap » et se rapprocher de la norme des « valides ». En définitive, l'association ou le rapprochement avec les personnes déficientes intellectuelles produiraient le processus inverse. Cette impossibilité pour les personnes atteintes de déficiences organiques ou physiques d'accepter cette association avec les catégories profanes de « mongols », d'« arriérés », de « débiles » ou de « tètès »¹⁵⁵, est toujours vivace. Elle peut se repérer au sein même du milieu fédéral sportif national et international au travers de la forte résistance à l'intégration des déficients intellectuels dans les événements sportifs de personnes handicapées physiques et sensorielles comme les Jeux Paralympiques (Marcellini et Chopinaud, 2012 : 224).

Dès lors, que penser des relations particulières observées entre les personnes en fauteuil roulant et les personnes polyhandicapées (présentant des déficiences motrices ou sensorielles associées à une déficience intellectuelle) ou déficientes intellectuelles en Guadeloupe ? En effet, l'exemple de la KAHMA, association de personnes en fauteuil roulant, qui se développe en association gestionnaire d'établissements spécialisés pour l'accueil des personnes dites « polyhandicapées », ou bien, celui de la Ligue Handisport qui présente explicitement dans ses statuts l'objectif d'organiser les pratiques sportives des personnes déficientes mentales, semble intéressant à développer ici. Le but affiché dans les deux cas est celui d'organiser des pratiques (rééducatives, éducatives ou sportives) pour des populations qui ne peuvent s'organiser par elles-mêmes. En effet, nous avons vu que les organisations associatives et/ou sportives pour les personnes handicapées mentales étaient classiquement organisées sur le mode de « l'organisation pour autrui », c'est-à-dire pour des bénéficiaires ne participent que très rarement, voire pas du tout, aux décisions prises pour eux.

¹⁵⁵ Terme créole pour désigner une personne qui présente une déficience intellectuelle légère, ou alors qui « fait » l'idiot.

Dès lors, dans le cas de la KAHMA et de la Ligue handisport, nous assistons donc au passage d'un mode d'« auto-organisation » à celui d'« organisation pour autrui ». Les raisons de cette transformation semblent liées à la volonté d'offrir une réponse à l'absence d'organisation dans ce domaine au niveau local. Ainsi, les personnes handicapées motrices se positionnent en promoteurs, en « acteurs forts », et se mobilisent pour répondre à un manque de la société. Cette préoccupation est surtout pour eux un moyen d'affirmer leur engagement dans une logique qui a toujours été la leur : celle d'une solidarité de proximité. Ainsi, nous pouvons penser que, pour les personnes ayant des incapacités motrices, prendre en charge les personnes atteintes de déficiences intellectuelles est un moyen à la fois de renforcer la distance symbolique entre ces deux groupes, et dans le même temps de s'affirmer comme acteurs d'une solidarité de proximité.

Cette position est particulièrement intéressante pour analyser la posture des instances fédérales nationales et internationales du Handisport vis-à-vis de l'intégration de population différentes du point de vue des déficiences. On a pu observer au cours de l'histoire de ce mouvement sportif les difficultés qu'a engendrée, dans les années 1970, l'intégration des personnes lourdement handicapées (IMC, tétraplégique...), puis plus récemment, les aveugles, les personnes de petite taille, et enfin les sourds (Ruffié et Ferez, à paraître). Aujourd'hui, c'est une nouvelle population, celle des handicapés mentaux, qui vient frapper à la porte de l'assimilation sportive. Leur ré-intégration au cours des Jeux Paralympiques de Londres marque la volonté, à une courte majorité, d'ouvrir cette porte. Reste à savoir dans quelle mesure et surtout quelles transformations cela va entraîner dans l'organisation sportive paralympique. Il semble qu'il y ait actuellement une restructuration profonde du champ sportif des personnes handicapées avec, d'un côté, l'arrivée de nouvelles populations dans le modèle de l'« auto-organisation », y compris pour les handicapés mentaux, et d'un autre côté, le départ des athlètes handicapés physiques les plus performants vers les organisations

sportives « ordinaires » qui jouent de plus en plus la carte de l'inclusion dans le champ du sport de haut-niveau. Ainsi, comme en Guadeloupe, à travers ce chassé-croisé, on peut penser qu'au-delà du processus d'assimilation, c'est aussi la distinction entre les types de déficiences qui est en « jeu » dans la construction d'un nouveau système de catégorisation des personnes désignées comme « handicapées ».

2.2 Une identité antillaise

Les processus identitaires sont donc des éléments primordiaux dans le développement du processus d'intégration sociale des populations stigmatisées. Ils sont en jeu dans les stratégies de définition de sa place dans la société au travers de la construction d'une identité pour soi et pour les autres. L'injonction d'assimilation, l'obligation de faire « comme si », de « surmonter son handicap », implique de se fondre dans la norme et dans les valeurs de la société dans laquelle on évolue. Comme nous l'avons évoqué plus haut, les revendications des premières mobilisations collectives de personnes handicapées en Guadeloupe convergent en réalité vers un objectif principal, celui de vivre de façon autonome en Guadeloupe, avec les autres. Ce désir était alors porté par un certain nombre de discours différenciant les conditions de vie des personnes handicapées en Guadeloupe avec celles de la métropole. Parfois, le milieu « ouvert » de la Guadeloupe est valorisé face à l'enfermement des établissements « spécialisés » de la métropole, et d'autre fois, c'est l'absence de continuité territoriale qui est reproché. Que ce soit dans des termes positifs ou négatifs, les auteurs de ces discours cherchent à mettre en tensions les deux espaces.

Le rapport entre la Guadeloupe, les départements d'Outre-Mer de façon générale, et la métropole a toujours fait l'objet d'un « jeu » d'appartenance original et complexe. C'est ainsi que comme l'annonce Daniel Justin (*op.cit.*) : « les sociétés antillaises nourrissent en leur

sein, tantôt sous une forme atténuée, tantôt sur un mode vif, toujours en fonction des stratégies fortement contextualisées, un débat récurrent sur le thème du lien séculaire les unissant à la France » (p. 589). L'ensemble de ces « débats », dont les exemples que nous avons cités ci-dessus font partie, a la particularité de toujours se centrer autour de la question identitaire. En effet, le « désenchantement » né de la désillusion du projet égalitaire de la départementalisation fait « alors de l'affirmation identitaire revendiquée une fin en soi (...) » (Giraud, 2005 : 102). Au rêve républicain d'une harmonisation des sociétés succède la création de micro-sociétés aboutissant à une forte valorisation du « local » dans de nombreux champs sociaux (Daniel, 2005).

La « politisation des identités » qui a lieu depuis les années 1980 est à la fois le principal vecteur et le parfait exemple de ce « revivalisme » culturel antillais. Après avoir été au service de l'Etat centralisateur qui avait mis en place la départementalisation, l'échec de cette dernière a amené le système politico-administratif local à se tourner vers le mouvement identitaire contestataire pour maintenir son autorité. Ainsi, profitant de la loi de décentralisation, les pouvoirs locaux ont multiplié les investissements dans les « espaces symboliques de réhabilitation des cultures locales et d'affirmation de soi » (Daniel, 2002 : 594). La récupération politique du localisme ouvre la voie à sa généralisation dans tous les champs de la société, même, elle l'encourage. Dans le champ du handicap, on a pu constater par exemple la forte mobilisation de certains élus politiques autour des mouvements de personnes handicapées dans les années 1980. En tant que manne électorale signifiante, les personnes vivant des situations de handicap ont su porter leurs revendications à une période politique délicate faite de jeux d'alliance et de luttes partisans (Blérald et *al.* ; 1986 ; Blérald, 1988). La promesse de leurs voix à tels ou tels groupes leur apportait alors une écoute attentive. De plus, le désir de promouvoir une vie autonome pour les personnes handicapées en Guadeloupe ne pouvait que faire écho au discours de valorisation du local. Les élus ont

alors soutenu ces groupes soit en portant leurs revendications auprès des pouvoirs centraux soit en leur fournissant les moyens fonciers, financiers et administratifs de réaliser des projets de construction d'établissements médico-sociaux dans l'île.

On peut penser ainsi que le discours identitaire tenu par les mouvements de personnes handicapées en Guadeloupe dans les années 1980 avait pour objectif d'affirmer son appartenance antillaise pour bénéficier du réseau local de solidarités (notamment politique), et ainsi obtenir les aménagements et les moyens nécessaires pour pouvoir vivre de façon autonome en Guadeloupe. Cette stratégie rejoint alors ce que révèle Justin Daniel (*op.cit.*) sur « la fluidité des allégeances ainsi que la forte porosité des clôtures identitaires ». En effet, pour l'auteur, « les acteurs sont [en réalité] porteurs d'identités mobiles et changeantes » en fonction des stratégies à appliquer. En résumé, loin d'être une valeur « naturelle », car « plurielle et composite », l'identité apparaît comme un « élément stratégique et une importante ressource idéologique(...) » (p. 595).

2.3 Une identité sportive

Cette stratégie d'affirmation identitaire s'observe aussi au cours de la structuration du mouvement sportif des personnes handicapées. De manière générale, les nombreux travaux de recherche dans le champ sportif et culturel soulignent l'influence des enjeux sociaux, politiques et identitaires surtout lorsqu'il s'agit d'étudier ce phénomène dans des espaces où il y a eu un contexte colonial (Giraud, 1999 ; Bancel et Gayman, 2002 ; Dumont, 2002 ; Mulot, 2003 ; Reno, 2004 ; Gastaud, 2005 ; Pruneau et *al.*, 2006 ; Dumont et Ruffié, 2010 ; Ruffié et *al.*, 2012). L'espace sportif, depuis son émergence historique aux Antilles, est pensé comme un moyen de reconnaissance et un terrain d'affirmation identitaire. La forte présence d'athlètes antillais dans les différentes équipes de France et les performances médiatisées

qu'ils réalisent font ressurgir les points de tensions précédemment cités entre la métropole et ses dépendances et montre bien la complexité du développement du sport dans ces contextes.

Comment alors penser l'utilisation de ce champ par les sportifs antillais atteints de déficiences ? La logique sportive prend-elle le pas sur la logique rééducative et reconstructrice ? Si oui, le Handisport devient-il aussi un terrain d'affirmation identitaire ?

Si l'on en croit les différentes tensions relevées au cours de l'histoire de sa structuration, notamment la difficulté qu'a rencontrée la logique de sportivisation fédérale pour s'imposer dans le contexte local, on serait tenté de dire que oui. Pourtant, la diffusion de ce modèle semblait avoir eu lieu avec, dès les premiers temps, la présence d'anciens pensionnaires des grands centres de rééducation de l'hexagone. Ces lieux étaient considérés, à l'époque, comme les principaux centres de formation de sportifs en fauteuil roulant et disposaient d'équipes sportives de renommée internationale. Le « syndrome du Boeing 747 » a donc permis à certains guadeloupéens de découvrir ces nouvelles pratiques et parfois de s'y engager pour de longues durées. Pour nombre d'entre eux, le sport en fauteuil est devenu un symbole de mobilité retrouvée, jusqu'à, pour certains, devenir une activité professionnelle dans de grands clubs européens. Par la suite, certains ont bénéficié de cooptation pour intégrer des postes à responsabilités au sein du mouvement fédéral.

C'est ainsi que, de retour en Guadeloupe, les espérances étaient certainement grandes de voir un jour le Handisport aussi bien représenté que l'étaient les autres disciplines comme l'athlétisme à l'époque. Les promoteurs antillais s'inspirent alors d'une organisation qu'ils ont connue, lors de leurs séjours de rééducation en métropole à la fin des années 1970. Pour autant, les échanges avec la métropole sont impensables et les premières désillusions voient le jour. Dès lors, comme pour leurs homologues « valides », la solution de repli est l'environnement géographique proche. S'ensuit ainsi un « découpage alors classique entre grande et petite patrie » (Dumont et Ruffié, *op.cit.*). Cette configuration implique un rapport

distancié avec le mouvement sportif des personnes handicapées motrices en France. Les échanges ne se faisant que par l'intermédiaire de guadeloupéens vivant en métropole venant faire partager leurs connaissances lors de retour ponctuel au pays.

C'est ainsi qu'au cours de la première tentative de sportivisation avec la création du CRUGH en 1990, l'affirmation identitaire se présente comme une forme de revanche sur la métropole. Peut-être s'agit-il encore là d'une stratégie circonstanciée visant à valoriser le sportif « local » afin de bénéficier de moyens pour développer les pratiques du handisport ? Les performances du coureur en fauteuil sur piste guadeloupéen, Claude Issora, les victoires de l'équipe de basket en fauteuil ou celles de Abel « le magnifique » en natation viennent nourrir les « stratégies d'identification collective » (Reno, *op.cit.*). Comme l'athlétisme dans les années 1960, le Handisport cristallise toutes les espérances pour le groupe de personnes handicapées motrices antillaises. Le désir de reconnaissance est d'autant plus grand que le groupe fonctionne en « communauté », avec les moyens du bord, et loin des pouvoirs centraux. La contestation sera franche lorsque, selon l'un des cadres du premier comité régional handisport, « papa blanc » (le colonisateur blanc) viendra s'immiscer dans les affaires internes, notamment lors du conflit qui opposera les dirigeants locaux et entraînera la « mort » du CRUGH. Toutefois, des liens perdurent avec la métropole, lors de la mise en place du brevet fédéral Handinotation ou lorsque l'équipe de basket s'envole pour effectuer des tournées. Ce double langage contribue selon Fred Reno (*op.cit.*) à faire du sport « un espace d'identification multiple ». Jacques Dumont (2009) explique cela par le fait que le sport est toujours le « seul lieu de réussite envisageable pour beaucoup d'antillais ». Cette appétence pour le sport paraît d'autant plus vraie pour des personnes atteintes de déficience en quête de normalité, surtout à une période où certains décalages subsistent entre les Antilles et la métropole.

Aujourd'hui, le collectif a laissé sa place à des positions plus individualistes et la revendication identitaire semble moins affirmée chez la nouvelle génération. Comme le montre encore Fred Reno, lors de son étude sur les athlètes d'origine antillaise, « les rapports des individus à leur communauté d'origine varient dans le temps et (...) évoluent au rythme des changements qui touchent la société en général et le sport en particulier » (p. 242). Nous avons montré plus haut que la différence de génération avait un impact sur le processus de construction identitaire. L'évolution des conditions sociales et politiques a transformé les modes de vie et les projets de vie des personnes handicapées. Selon Isabelle Ville et Jean-François Ravaud (1985), les générations plus récentes sont davantage tournées vers la participation sociale et la citoyenneté, alors que pour les plus anciennes c'était la professionnalisation qui primait. Pourtant, dans le cas de la Guadeloupe, il semble que cela soit encore l'inverse. La question de la professionnalisation est beaucoup plus présente dans la génération actuelle. Il faut toutefois noter que, d'une part, l'échantillon de notre population d'étude est plus jeune que celle de Ville et Ravaud, et d'autre part, les conditions socio-historiques ne sont pas les mêmes. En Guadeloupe, l'insertion professionnelle est une possibilité qui semble encore difficile, particulièrement à cause du taux élevé du chômage sur l'île.

Dès lors, la faible mobilisation collective actuelle des personnes ayant des incapacités motrices provient du fait que les conditions sociales et les représentations sociales du handicap se sont transformées, le besoin de se regrouper pour revendiquer ses droits est moins fort. L'affirmation identitaire est aussi moins explicite, du moins dans les discours, car les raisons de revendiquer l'égalité des droits ont pratiquement disparu. L'absence de relève, dénoncée par les anciens, vient aussi du fait que les jeunes sont davantage tournés vers un mode de vie social inclusif. On se trouverait alors dans l'étape intermédiaire du processus de déstigmatisation et d'intégration sociale proposée par Anne Marcellini (2000), à cheval entre

l'étape de « participation sociale mixte » et l'étape de « participation sociale banalisée » (p.160). Les « stratégies militantes » sont progressivement abandonnées au profit des « stratégies d'affiliation mixte », voire « d'intégration sociétale ». Notre étude a d'ailleurs pu montrer que les pratiques sportives ne se faisaient plus essentiellement au sein d'un groupe de pairs en handicap mais également individuellement dans des clubs ordinaires. La disparition progressive des clubs sportifs construits sur la forme de l'« auto-organisation » et surtout celle sur la forme « pour autrui » peut être alors en partie expliquée.

Par contre, chez la nouvelle génération, l'identification à la communauté (antillaise et de pairs en handicap) continue à se manifester dans le cas d'une insatisfaction dont la cause est attribuée à l'espace métropolitain (individu, administration, politique). Par exemple, les difficultés que rencontre le développement du Handisport en Guadeloupe sont directement attribuées aux acteurs de la nouvelle Ligue qui, selon certains acteurs de la nouvelle génération, est trop éloignée des réalités locales, à l'image de la FFH. Pour eux, le redressement de l'activité ne peut se faire que grâce à la seule gestion locale, c'est-à-dire au sein d'associations construites sur le modèle de solidarités héritées. Ainsi, les formes de mobilisations identitaires restent présentes mais peut-être moins intenses qu'autrefois. « La nouvelle génération est antillaise tout simplement parce qu'elle ne l'ignore pas et que son environnement le lui rappelle en permanence » (Reno, *op.cit.*).

2.4 La conjugaison des identités sportives, culturelles et liées au handicap

Le regroupement des personnes sportives en fauteuil roulant en Guadeloupe met en exergue les trois types d'identités que nous venons de décrire : celle en tant que personne handicapée, celle en tant qu'antillais et celle en tant que sportif. La présence de ces différentes identités rappelle que la société antillaise est « une aire fragmentée » (Giraud, 1999). Cette

fragmentation culturelle issue d'un processus de construction historique original et complexe amène souvent à croire en l'absence d'un sentiment d'appartenance ou d'identification claire. Par exemple, comme le souligne Jacques Dumont (2009), on voit comment le sport s'est historiquement développé aux Antilles dans une recherche d'affiliation identitaire à la métropole. Alors qu'aujourd'hui, le domaine sportif est plutôt considéré comme une source d'affirmation identitaire guadeloupéenne, ou plus largement caraïbienne.

En effet, l'histoire rappelle aussi que l'unicité caribéenne a fréquemment été recherchée, avec plus ou moins de succès (Giraud, *op.cit.*). Cette quête contredit l'idée de l'absence d'appartenance. Au contraire, il semble exister un lien culturel fort entre les îles de la Caraïbe, qui peut s'observer à travers les formes d'organisations sociales (système d'entraide, relations familiales), des techniques de production (agricole), des modes de vie (alimentaire, logement), des productions symboliques et artistiques (croyances, pratiques magico-religieuses, expressions musicales). Si pour Edouard Glissant, « la cale du bateau négrier a été la matrice des sociétés antillaises », Michel Giraud (2005) ajoute que « l'habitation (plantation esclavagiste) en fut la nursery » (p. 96). C'est une forme d'unicité qui est recherchée dans ces propos. Celle-ci se définit, dans de nombreuses analyses scientifiques, par le terme de « créolisation ». Ce processus de fabrication culturelle, forme de syncrétisme des cultures qui ont forgé les sociétés caribéennes, est employé aujourd'hui pour constituer une base matérielle, un socle identitaire sur lequel s'appuyer pour « défendre son originalité » (Giraud, *op.cit.*). Cependant, souligne Michel Giraud, il n'existe pas de « véritable communauté caribéenne », comme en témoigne les faibles coopérations économiques, le rejet de certaines populations migrantes de la région ou encore, les récents témoignages d'attachement (renforcé ou renouvelé) envers des pays lointains. Ainsi, selon l'auteur, l'identification à une communauté caribéenne est plus le fruit d'« une volonté que d'un fait d'observation ». Cette volonté n'est pourtant pas à ignorer, au contraire il s'agit là

d'un processus identificatoire qu'il est nécessaire d'analyser pour comprendre les enjeux organisationnels. La présence d'une double, voire triple, identité permet aux acteurs de disposer d'un large choix de possibilités à partir desquels ils vont construire leur espace. Cette combinaison d'identités peut varier et rendre la lecture de stratégies ambiguës et contradictoires.

L'identité sert à se différencier de l'autre ou au contraire à s'en rapprocher. Dès lors, en posséder plusieurs a pour effet de rendre les frontières de l'appartenance mouvantes et circonstanciées. Ainsi, les stratégies d'identification peuvent varier en fonction des enjeux et amener à un jeu d'appartenance différencié. On le voit notamment dans les rapports entre le local et le national lorsqu'il s'agit de déterminer les affiliations identitaires. Ce processus s'observe clairement dans le domaine sportif notamment dans le discours des athlètes antillais appartenant aux différentes équipes nationales. Lors de son étude sur le processus d'identification des athlètes antillais au sein de l'équipe de France, Fred Reno distingue trois espaces identitaires : les Antilles, la France et l'Europe. Les athlètes composent avec ce déploiement d'identités au gré des stratégies. Ce jeu d'identités permet à l'individu de se différencier en fonction du contexte. Dans le cas de notre étude, les promoteurs des pratiques sportives ont dû aussi à certains moments « jouer » de leur identité caribéenne par exemple lors de périodes marquées par un sentiment de frustration vis-à-vis du pouvoir central.

La mobilisation d'une appartenance caribéenne symbolise une forme stratégique de repli. Les pays voisins peuvent être considérés comme une opportunité géographique avec qui les échanges sportifs sont possibles du fait de leur proximité. Mais, au-delà de cette circonstance, ils peuvent devenir un moyen de contestation pour les acteurs des DFA (Département Français d'Amérique). On peut prendre pour exemple, la position des responsables associatifs dans le champ du sport pour les personnes handicapées mentales en Guadeloupe qui, suite à un désaccord avec la FFSA (Fédération Française de Sport Adapté), se sont tournés vers une

organisation plus « représentative » de leur identité caribéenne, le « Special Olympic »¹⁵⁶. En effet, cette organisation, fondée aux Etats-Unis, est présente dans toutes les îles de la Caraïbe. Le conflit avec l'instance nationale, représentant l'identité française, a conduit les acteurs de cette organisation « pour autrui » à se positionner sur une autre identité celle caribéenne. Par la suite, ce positionnement va se renforcer lorsque les acteurs occuperont des responsabilités importantes au sein de l'organisation Spécial Olympics.

Ainsi, le même processus de distanciation entre les organisations Handisport en Guadeloupe et la FFH se retrouve ici avec la FFSA mais là une solution est trouvée dans l'organisation internationale concurrente de la FFSA qu'est Special Olympics. Cette dernière offre la possibilité d'une identité caribéenne qui va justifier la rupture avec la FFSA. On retrouve de la part des dirigeants guadeloupéens, les oppositions entre métropole et caraïbe (national / local), le refus de la soumission à un modèle venu de la métropole pour l'affirmation d'une spécificité au travers de l'identité caraïbe. Ici, Special Olympic permet le rattachement à une Caraïbe qui fait écho à la question de l'autonomie par rapport à la métropole. Les dynamiques des associations sportives de personnes handicapées mentales rejoignent donc ici la revendication d'une identité guadeloupéenne des personnes handicapées motrices. C'est aussi, au passage, sur ce socle identitaire que le regroupement original entre handicap mental et physique pourrait se faire, alors qu'en métropole il est encore difficile à penser. Toutefois, il semble utile de remarquer que cette forme de contestation semble plus probable dans le champ du handicap mental que dans celui du handicap moteur, du moins celui tourné vers une logique compétitive. En effet, cette dernière n'est réalisable que dans le cadre de la FFH et du mouvement paralympique qui ne connaît pas d'égale organisation dans les pays de la Caraïbe.

¹⁵⁶ Organisation sportive à forte composante caritative créée dans le but de développer les activités physiques adaptées pour les personnes handicapées mentales. Créée aux Etats-Unis par Eunice Kennedy-Shriver en 1969, cette organisation est aujourd'hui présente dans le monde entier et organise ses propres jeux sans aucun lien avec le mouvement paralympique.

Ce processus d'identification semble se confirmer en outre avec d'autres acteurs associatifs, ceux d'origine métropolitaine. On a pu aussi observer chez ces acteurs une stratégie d'identification à la culture guadeloupéenne les éloignant d'une identité métropolitaine. Cette stratégie passe par l'organisation des pratiques sportives sur un modèle de solidarités héritées, condition *sine qua non* pour s'inscrire dans une action pérenne. L'inscription dans une valorisation du local est l'une des stratégies utilisées, comme par exemple pour les fondatrices de l'association « Les dynamiques », lorsqu'elles développent en parallèle des activités traditionnelles telles que le gwo-ka¹⁵⁷, ou bien la voile traditionnelle. L'affiliation avec des associations ancrées dans le modèle des solidarités de proximité est aussi une conduite d'imprégnation et d'intégration au mode de fonctionnement local. Ce choix a été naturellement imposé à l'association « Karukera Handisport » lors de sa fusion avec l'association locale « Les Libellules » créées par des parents d'enfants polyhandicapés.

Les tensions identitaires donnent donc lieu à des stratégies différenciées selon les événements. L'appartenance est définie selon les circonstances mais aussi selon les objectifs des acteurs (développement, contestation). Les actions de développement sportif donnent lieu à une double affiliation identitaire, celle de la métropole pour pouvoir bénéficier des avantages structureaux des instances nationales ou celle des Antilles pour pouvoir assurer une continuité de l'activité par des soutiens et des affiliations locales. A l'inverse, les actions de contestation donnent lieu à une rupture radicale avec l'identité française pour se tourner vers l'identité caribéenne. Les pratiques sportives des personnes handicapées et les dynamiques associatives qui les organisent produisent une identité sportive autour de laquelle peuvent s'observer de façon privilégiée les fluctuations de ces jeux d'articulation identitaires.

¹⁵⁷ Instrument de percussion hérité de la période de plantation.

3. Les tensions entre autonomie et dépendance

3.1 Autonomie et dépendance dans le champ du handicap

Dans le champ du handicap, les notions de dépendance et d'autonomie sont utilisées pour définir la relation de l'individu avec l'environnement. Traditionnellement opposées, elles donnent des indications sur la situation de la personne à partir d'une échelle de mesure (dépendance \leftrightarrow autonomie). Le positionnement sur cette échelle permet alors de mettre en œuvre une série d'actions afin de faire coulisser le « curseur » généralement le plus près possible du « gradient » de l'autonomie. Il existe deux conceptions différentes pour permettre un retour à la vie autonome (ordinaire) suite à une déficience, une atteinte ou trouble d'une fonction, ou une maladie chronique. Un modèle biomédical dans lequel les notions de dépendance et d'autonomie sont pensées en lien avec la situation organique, physique ou intellectuelle de la personne, c'est-à-dire en lien avec le diagnostic médical. Dans ce modèle de pensée, plus la déficience est lourde, plus les incapacités vont être grandes et plus la dépendance sera forte. Dans ce cas, ces mêmes notions d'autonomie et de dépendance seront utilisées pour définir un mode de prise en charge adéquat. Comme nous l'avons dit, ce modèle dit de réadaptation est celui qui domine le traitement social du handicap et les représentations qui s'y rattachent. Plus récemment, un modèle social (Fougeyrollas, 1997, 2010), rattache ces deux termes à l'environnement physique, social et politique de la personne dans une perspective interactionniste. L'accès à l'autonomie ne dépend plus (uniquement) de la dimension fonctionnelle de l'individu (dominante dans le modèle médical), mais aussi des conditions environnementales dans lesquelles celui-ci se trouve. Ainsi, les dispositifs structuraux, sociaux et politiques sont en partie responsables de la capacité ou de l'« incapacité » de l'individu à devenir autonome, et donc, doivent être modifiés pour cela.

Depuis les années 1970, la montée des contestations politiques venues des mouvements de personnes handicapées a permis d'atténuer la domination du modèle médical dans les décisions politiques, notamment dans la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées votée en 1975 qui favorisait la mise en place d'une politique d'intégration sociale dans les espaces sociaux ordinaires aux dépens d'une politique de création de structures spécialisées. La politique actuelle du handicap en France, représentée par la loi votée en 2005 pour l'égalité des droits et des chances, marque une avancée vers le modèle social du handicap, tout en préservant les pratiques de réadaptation. Les nouveaux changements majeurs portés sur le thème de l'accessibilité combinés au droit à la compensation du handicap ont pour nouvel objectif de favoriser une politique inclusive.

Ces deux conceptions opposées sont donc articulées pour permettre une meilleure prise en compte des besoins de la personne vivant des situations de handicap. Ces besoins restent toutefois toujours pensés à partir du continuum entre dépendance et autonomie. De récents travaux tentent de dépasser cette opposition traditionnelle entre autonomie et dépendance, notamment en introduisant les notions de relation et d'interdépendance. Ainsi, selon Myriam Winance (2007), « ces définitions [traditionnelles de l'autonomie et de la dépendance] ignorent l'ensemble des relations qui structurent et soutiennent la personne (...) » (p.84). En effet, pour elle, la personne autonome est en réalité dépendante des relations, souvent obligatoires, qu'elle entretient avec son environnement. Elle s'appuie sur « la notion d'attachement », développée notamment par Latour (1996, 2000), qui « reprend l'idée selon laquelle l'action est déléguée et partagée par différentes entités, humaines et non humaines, mais en renouvelant la théorie de l'action sous la forme d'un "faire-faire", c'est-à-dire une double causalité » (*Ibid.* : p.85). Winance propose alors d'utiliser le terme de « situation de dépendance continue ». Cette notion permet « d'attirer l'attention sur les liens et les interdépendances qui fabriquent chacun d'entre nous, que l'on soit qualifié d'autonome ou de

dépendant » (p.85). La survenue d'une maladie ou d'un accident caractérisée traditionnellement par le passage d'un état d'autonomie à celui de dépendance ne tient pas au fait qu'il y a disparition de liens mais « ce qui différencie les deux situations, c'est la nature, la forme des relations sociales que noue la personne, ainsi que leur nombre et leur diversité ». La dépendance est un « processus de rétraction » des relations sociales humaines, c'est-à-dire un processus au cours duquel « la pluralité et la diversité des relations a laissé place à une relation exclusive à un type de dispositif (dispositif bio-médical », souvent réduite à sa seule dimension fonctionnelle » (p.86). Ainsi, d'une autonomie, caractérisée par une relation à double sens, se substitue un sentiment de dépendance, ou d'enfermement, encouragé par un système de prise en charge qui « fait à la place de ».

En conséquence, la notion d'autonomie est utilisée par le milieu bio-médical comme un but à atteindre, c'est-à-dire permettre à l'individu de sortir de la dépendance provoquée par une incapacité organique, fonctionnelle ou comportementale. L'analyse du système bio-médical permet à l'auteur d'identifier « différentes conceptions de l'autonomie qui, chacune, déterminent des pratiques de soin, des modes de prise en charge, mais également ce que le patient doit être ou du moins devenir et la manière dont il peut s'intégrer à la société » (p. 89). Le milieu bio-médical se caractérise alors comme un ensemble de dispositifs techniques et de systèmes d'évaluations transformant la notion d'autonomie en élément de performance que l'individu doit réaliser.

Dans le cadre de notre travail, cette notion d'interdépendance semble tout à fait correspondre aux formes de solidarités de proximité qui définissent le fonctionnement des organisations associatives de personnes handicapées en Guadeloupe. Ce modèle qui s'oppose au mode de prise en charge institutionnalisé issu du modèle métropolitain et qui caractérise la dépendance. Le « sentiment d'enfermement », décrit par Winance, et qui caractérise le

sentiment de perte de relations sociales « humaines », est celui qui est critiqué par les acteurs au travers du processus d'affirmation identitaire.

3.2 Autonomie et dépendance dans la société antillaise

A travers un premier regard, la question de l'autonomie et de la dépendance dans le champ de la société antillaise ramène à d'autres perceptions et définitions. Ces termes, utilisés pour définir la situation sociale, économique et politique des « dépendances » françaises d'Outre-Mer (Blérald, 1986 ; Constant et Daniel, 1997), se retrouvent singulièrement associés à la politique coloniale de la France. Paradoxalement, dans les DFA, la notion de dépendance est plus largement employée depuis la départementalisation. Cette évolution administrative a en effet contribué à mettre en œuvre les conditions favorables au développement de la société de consommation, notamment grâce aux transferts publics, tout en conservant un modèle économique hérité du système colonial. Parallèlement aux indéniables progrès sociaux réalisés depuis son avènement, la politique d'assimilation a aussi engendré une crise sociale et culturelle majeure. Le sentiment de déception qui se rattache à ces constats va alors souscrire au développement de la notion d'autonomie dans les discours. La question de l'autonomie dessine les nouveaux espaces d'affirmation et de contestation dans une configuration où se conjuguent revendications culturelles, identitaires et politiques (Dumont, 2010). Dès lors, l'autonomie s'interprète comme une solution à la dépendance structurelle, sociale, politique et culturelle vis-à-vis de la France. Ces solutions peuvent être radicales, comme par exemple des revendications pour une indépendance statutaire, soit plus souples, c'est-à-dire dans le cadre d'une autonomie partielle. Cette deuxième voie, largement privilégiée dans les politiques actuelles, reflète le courant d'affirmation identitaire qui parcourt ces territoires d'outre-mer. L'autonomie n'est pas souhaitée localement comme un renoncement aux liens établis depuis

des siècles avec la France mais plutôt comme la recherche d'une valorisation des spécificités locales. Comme nous l'avons vu plus haut, cette orientation donne lieu à des relations circonstanciées.

Les associations de personnes handicapées en Guadeloupe répondent-elles au même processus identitaire que celui que nous venons de décrire ? Il apparaît que le principe de relation circonstanciée soit effectivement présent dans les années 1980. On constate, en effet, la présence de deux discours divergents sur des sujets concernant la structuration de la prise en charge du handicap en Guadeloupe. D'un côté, est tenu un discours sur la nécessité d'un « rattrapage » par rapport à la métropole, particulièrement lorsqu'il s'agit de réclamer l'alignement du montant des allocations sociales destinées aux personnes handicapées. Ce décalage est alors vécu comme une forme d'injustice sociale vis-à-vis de ceux qui habitent dans l'Outre-Mer. D'un autre côté, on observe aussi une volonté de s'affirmer en tant que guadeloupéen, comme par exemple en critiquant le modèle de prise en charge « fermé » des institutions spécialisées. Le désir de certains acteurs de quitter la métropole, où les avantages sont acquis, afin de retourner vivre en Guadeloupe, où tout est à faire, est aussi une forme d'attachement à ses origines culturelles, en tout cas exprimé comme telle. De la même façon, le mouvement sportif revendique sa « spécificité » lorsqu'il s'agit de marquer son identité guadeloupéenne face à l'ingérence des cadres sportifs nationaux qui viennent remettre de l'ordre lors des conflits intérieurs. Et de la même façon, il cherche à se rapprocher du modèle métropolitain lorsqu'il s'agit de développer une pratique sportive compétitive.

Dans les années 2000, les stratégies identitaires semblent moins associées aux revendications sociales. L'alignement des droits sociaux sur ceux de la métropole s'est confirmé au cours des années 1990. Les discours identitaires des années 1980, qui s'appuyaient sur la question du « rattrapage » n'ont plus le même écho aujourd'hui. On a pu

observer, par exemple, la différence entre les générations au sein du club de handibasket de la KAHMA. Contrairement aux « anciens », les « jeunes » possèdent tous une voiture, un fauteuil de sport et déclarent exercer une profession. Ces avantages les éloignent donc des préoccupations du groupe des « anciens ».

Ainsi, la définition d'autonomie et de dépendance se modifie à travers un processus historique. La question de l'autonomie se déplace d'une identité collective vers une identité individuelle. Les revendications ne sont plus construites sur le principe de l'autonomie structurelle vis-à-vis de la métropole, profitable au groupe, mais sur celle d'une affirmation identitaire, fondée sur le principe d'une émancipation individuelle. La dépendance est donc elle aussi partagée entre une dépendance vis-à-vis de la métropole, contraignante mais nécessaire au groupe, et une dépendance relative, nécessaire pour que l'individu puisse devenir autonome.

3.3 Autonomie et dépendance et formes de solidarités (communauté/société)

L'organisation de la prise en charge du handicap en Guadeloupe révèle les différentes formes d'autonomie et de dépendance précédemment cités. Nous avons vu que les formes de mobilisations de personnes handicapées des années 1980 s'étaient constituées dans le but de développer les moyens de vivre une vie autonome en Guadeloupe et que, pour y parvenir, un certain nombre de discours insistaient sur la question des spécificités locales.

La vie autonome recherchée pour les personnes handicapées en Guadeloupe est opposée à la vie dépendante vécue dans les établissements « spécialisés » de la métropole. Cette opposition est une réponse à l'absence de moyens mis en œuvre pour endiguer le départ forcé des guadeloupéens atteints de déficiences vers la métropole. Ce départ a deux conséquences. D'une part, il est vécu comme une certaine forme de dépendance en intégrant

le système de prise en charge au sein d'institutions spécialisées. Ce modèle s'oppose au modèle de solidarité de proximité que nous avons décrit plus haut, perçu par les acteurs comme un moyen d'accéder à une vie autonome. D'autre part, la coupure avec les solidarités locales constituent une atteinte identitaire qui favorise alors le sentiment de dépendance à la métropole, comme une forme d'acculturation.

Au cours de notre enquête, différentes stratégies d'accès à l'autonomie ont été observées. En premier lieu, celui de rester vivre en métropole pour bénéficier d'une mobilité retrouvée dans un environnement accessible. Ce choix, qui s'oppose au discours précédemment cité, est surtout celui des acteurs partis de la Guadeloupe avant les années 1980 face à l'absence d'un traitement social adéquat en Guadeloupe propice à leur retour. Cette stratégie s'oppose à celle qui, en deuxième lieu, est proposée par les acteurs qui décident d'importer le modèle de l'autonomie « hexagonal » en Guadeloupe à partir des années 1980. Celle-ci est notamment puisée dans le modèle contestataire, comme par exemple celui de l'association « Vivre debout » avec l'association SKN. Cette stratégie est couplée à une autre, portée par des acteurs qui « se battent » pour vivre en Guadeloupe en s'appuyant sur un discours identitaire guadeloupéen, dans un modèle de l'autonomie au sein de la communauté, marqué par les interdépendances et les solidarités de proximité.

La définition de l'autonomie, ici défendue, s'appuie sur le principe communautaire, au sens de Durkheim (1930). En effet, la distinction faite par le sociologue entre la solidarité mécanique, associée au modèle communautaire, et la solidarité organique, ressemble fortement à l'opposition, telle que vécue par les acteurs guadeloupéens, entre la Guadeloupe et l'hexagone. La société guadeloupéenne, et donc les organisations associatives locales, sont organisées sur la base d'une solidarité mécanique, dans laquelle « les individus sont peu différenciés les uns des autres, partagent les mêmes sentiments, obéissent aux mêmes

croyances et adhèrent aux mêmes valeurs » (Paugam, 2007 : 11). Dans ce cadre, les liens sont fondés sur une conscience collective (identité) et l'individu est en quelque sorte absorbé par le groupe. A l'inverse, la solidarité organique, qui caractérise la société moderne, transforme les liens entre les individus. Le passage d'une solidarité mécanique à une solidarité de forme organique illustre, ce que décrivent de nombreux travaux sur la société antillaise post-coloniale, la disparition des formes de solidarités de proximité au profit d'une solidarité nationale, incarnée par le système de protection social français.

Ainsi, pour résumer, l'autonomie serait, ici, associée au modèle communautaire, tandis que la dépendance semble être accordée au modèle sociétaire. L'autonomie des personnes handicapées en Guadeloupe est possible grâce aux types de solidarités de proximité qui sont développées au sein du groupe. Ce sont donc les liens d'interdépendance entre les individus qui sont valorisés. Au sein des organisations de personnes handicapées dans les années 1980, ces liens sont définis à travers le concept identitaire. En effet, comme le montre Justin Daniel (2002), dans les Antilles française, le concept de revendication identitaire fait systématiquement appel à la tradition, au « local ».

Ce modèle s'oppose à celui qui est défendu par ceux qui décident de rester vivre en métropole. En effet, pour eux, l'autonomie n'est possible qu'en métropole. La métropole incarne le progrès mais aussi la liberté par rapport au groupe. On voit, par exemple, à travers le refus de Yannick de revenir vivre en Guadeloupe, alors que sa sœur a mis en place un système de solidarité pour organiser son retour, une forme de rejet de ce modèle. Il représente la société organique, l'individualisme, celui qui s'éloigne des valeurs identitaires et qui a choisi la facilité en restant vivre en métropole. Dès lors, malgré ses origines guadeloupéennes, il n'a que très peu d'influence sur le groupe resté en Guadeloupe puisqu'il ne représente plus le local. C'est l'expérience que vive de nombreux « négropolitain », c'est-à-dire les antillais

qui vivent en métropole depuis longtemps. Le retour au pays, lors des « congés bonifiés »¹⁵⁸, est souvent le constat, pour ces derniers, d'une forme de rejet, comme si ils avaient eu « le malheur d'être partis » (Giraud, 2007). Michel Giraud montre ainsi que « les populations antillaises de métropole gagnent en autonomie vis-à-vis de leurs pays d'origine, autonomie par laquelle la célébration d'une identité propre revêt, dans la migration, des significations et, surtout, sert des stratégies différentes de celles que l'on connaît aux Antilles mêmes » (p.51). L'autonomie dont il parle, est bien là, une autonomie par rapport à l'identité antillaise d'origine, empreinte d'un localisme. Cette autonomie signifie ici le fait de développer une nouvelle identité « brisant la référence convenue à la culture d'origine supposée » (*op.cit.* : p.50).

Cette forme d'autonomie est aussi celle que l'on retrouve chez les jeunes guadeloupéens atteints de déficiences motrices au sein du club de handibasket de la KAHMA. Leurs attitudes plus individualistes (professionnalisation, ...) produisent une « rupture » avec le système de solidarités porté par les « anciens ». L'autonomie des « jeunes » vis-à-vis du groupe génère des conflits entre les deux générations.

Dès lors, au sens que Myriam Winance le définit, les organisations associatives locales de personnes handicapées favorisent-elles réellement l'accès à l'autonomie comme elles le revendiquent ? En effet, ces organisations permettent-elles des « relations multiples et variées » ? Ou au contraire, en limitant ces relations au groupe, ne génèrent-elles pas une forme de dépendance ? Auquel cas, peut-t-on parler d'une nouvelle forme de dépendance ou alors d'une conception de l'autonomie propre à la société guadeloupéenne ? Que pourrait-on alors définir comme formes d'interdépendances ?

¹⁵⁸ Les congés bonifiés sont des congés payés par l'Etat dont peuvent bénéficier les fonctionnaires originaires des DOM et travaillant dans l'hexagone ; Ces congés bonifiés sont attribués tous les trois ou cinq ans.

L'analyse du mouvement sportif des personnes handicapées semble pouvoir apporter quelques éléments de réponse.

3.4 Le mouvement sportif des personnes atteintes de déficiences motrices en Guadeloupe : quelles interdépendances ?

Comme nous l'avons vu au cours de cette discussion, le mouvement sportif des personnes handicapées se trouve confronté à plusieurs enjeux identitaires – identité antillaise, identité de personne handicapée et identité sportive – qui évoluent dans un processus historique.

On distingue une première période, au cours de laquelle l'organisation des pratiques sportives des personnes ayant des incapacités en Guadeloupe se développe sur le modèle d'une solidarité mécanique. Ce concept définit les relations au sein d'un groupe d'individus à partir d'un système de solidarités héritées du modèle familial. « Liés à la famille pour leur protection, les individus le sont aussi pour leur reconnaissance, l'identité familiale étant alors le fondement de l'intégration sociale » (Paugam, 2010 : 44). Ainsi, les personnes sportives atteintes de déficiences motrices se sont regroupées au sein d'associations de personnes handicapées dans lesquelles le modèle de solidarité familiale est structurant. Nous avons pu voir en effet que ce mode de fonctionnement associatif est privilégié en Guadeloupe car il permet de bénéficier d'un réseau d'entraide de proximité. Par ailleurs, ce réseau apparaît d'autant plus nécessaire qu'il permet de pallier le « retard » constaté dans le domaine de la prise en charge du handicap en Guadeloupe dans les années 1980.

En outre, ce modèle de solidarité de proximité présente la particularité, aux Antilles, d'être revendiqué à travers une stratégie identitaire antillaise. Comme l'ont montré de nombreux travaux, depuis les années 1960 le rejet du modèle national s'est organisé au travers d'un mouvement identitaire observable à tous les niveaux de la société. Dans le domaine

social, on a vu que le modèle de solidarité sociale importé de la métropole s'oppose au système de solidarité de proximité développé dans les Antilles françaises (Attias-Donfut, 1997 ; Lanoir L'Etang, 2005). Dès lors, les groupes qui se constituent en association dans les années 1980, et notamment ceux de personnes handicapées, revendiquent systématiquement l'identité antillaise dans toutes leurs actions. Cette stratégie vise surtout à promouvoir un système de pensée local.

Le groupe de sportifs est aussi imprégné par ces enjeux. Constitué, dans un premier temps, sur le modèle compétitif national, il se trouve rapidement aspiré par les logiques défendues au niveau local. Le sport s'organise autour des enjeux sociaux et identitaires, délaissant ainsi progressivement l'enjeu sportif. La pratique sportive reste limitée à un petit groupe de personnes handicapées fonctionnant dans un entre soi, dans une relation de dépendance vis-à-vis du groupe dominant, les promoteurs des associations à vocation sociale.

Ainsi, la situation des sportifs handicapés se caractérise par la juxtaposition de plusieurs logiques. Ils choisissent alors de favoriser la logique locale comme moyen de reconnaissance sociale. Rester dans un lien de dépendance à une association à vocation sociale permet de développer un sentiment d'appartenance à la catégorie des personnes handicapées guadeloupéennes et favorise une certaine sociabilité au sein de ce réseau associatif. Dans ce schéma, l'autonomie, en tant que forme de relation avec l'environnement, n'est possible que dans et par le groupe. Ce dernier se présente alors comme un cercle concentrique (Simmel, 1999) dans lequel les individualités s'effacent devant le collectif. Les autres cercles, comme le milieu sportif, sont écartés du cercle principal et ne peuvent se manifester. Ainsi, dans ce système d'interdépendances, les relations avec l'extérieur sont restreintes aux normes et aux valeurs du groupe. La position du mouvement sportif des personnes atteintes de déficiences motrices en Guadeloupe est révélatrice du système d'interdépendances particulier au monde associatif guadeloupéen.

Dans une seconde période, on peut voir au contraire qu'un comportement plus individualiste est favorisé. La transformation rapide de la société guadeloupéenne se poursuit entraînant indéniablement un abandon progressif des formes de solidarités de proximité. Les formes de dépendances se sont déplacées vers le dispositif de solidarité nationale qui s'est largement amélioré depuis les années 1980. Dès lors, la nécessité du regroupement est moindre, en tout cas n'est plus nécessaire au processus d'intégration sociale. La tension entre les « jeunes » et les « anciens » au sein de la section sportive de la KAHMA illustre la transformation des conditions de regroupement au sein des organisations de personnes handicapées. Le groupe n'est plus exclusif, il n'est plus le lieu de passage obligatoire pour accéder à la reconnaissance sociale. On a pu voir que pour les « jeunes », comme Youri, le sport n'est pas une fin en soi mais un moyen de se « renforcer », de l'aider dans son projet personnel qui est celui de retrouver une activité professionnelle. Dès lors, les interdépendances s'élargissent et se diversifient. L'autonomie n'est plus seulement le produit d'un système de solidarité de proximité hérité mais celui d'un système de solidarité construit.

Toutefois, le modèle de solidarité de proximité ne disparaît pas pour autant. On le retrouve notamment dans les premiers temps de l'apparition du handicap en ce qui concerne les jeunes personnes atteintes de déficiences motrices. Il se déploie au sein de la famille proche qui s'organise en véritable service de soins à domicile. La plupart des jeunes que nous avons rencontrés vivent au domicile familial et cela, souvent à la demande des parents eux-mêmes. De nombreux témoignages de jeunes illustrent, par ailleurs, la crainte des familles lorsqu'ils décident de prendre leur autonomie en intégrant un domicile adapté. On retrouve peut-être ici une représentation forte de ce que Myriam Winance (*op.cit.*) décrit comme un système de « dépendance continue ».

En conclusion, on peut voir à travers cette description historique des formes d'interdépendances, une évolution des définitions mêmes de l'autonomie. D'un modèle de solidarité de proximité, dans lequel les interdépendances sont restreintes, on assiste à l'émergence d'un modèle de solidarité construit, qui permet la multiplication des liens d'interdépendances dans divers cercles. Ceux-ci varient en fonction des objectifs, des pratiques et des conditions de vie de l'individu. Ainsi, on pourrait voir ici une forme nouvelle d'autonomie, c'est-à-dire une autonomie propre à la société guadeloupéenne, qui consiste à mêler les deux formes de liens de solidarité. Un syncrétisme, ou une créolisation, des deux formes de solidarité, locale et nationale, qui crée une troisième forme de solidarité ouverte qui autorise la prise en compte et l'expression des différentes identités sociales présentes, l'identité antillaise, l'identité de personne handicapée et l'identité sportive.

II. Conclusion générale.

Dans la première période (1978-2000), nous avons pu voir comment le mouvement handisportif se fonde dans un processus de revendications sociales et d'affirmation identitaire de la part des personnes atteintes de déficiences motrices en Guadeloupe.

Après en avoir été le détonateur à la fin des années 70, le sport est resté dans l'ombre du mouvement « auto-organisé » des personnes en fauteuil roulant pendant la première décennie des années 1980. Il est d'abord utilisé comme un moyen de communication afin de soutenir la mobilisation des personnes ayant des différences corporelles ou fonctionnelles en Guadeloupe. Les sportifs en fauteuil roulant offrent ainsi une « représentation normative du corps » (Marcellini, 2000, 2005) qui agit comme un rempart face aux représentations sociales négatives du handicap. Dès lors, des guadeloupéens de retour au pays, ayant séjourné dans les centres de rééducation dans l'hexagone et pratiqués du basket en fauteuil dans des clubs sportifs Handisport en métropole, deviennent les premiers représentants locaux du mouvement sportif. Ils symbolisent aussi l'espoir d'une « participation sociale » active et effective dans leur pays d'origine. En effet, l'analyse des discours des acteurs de cette époque témoigne du manque d'accessibilité en Guadeloupe et du décalage qu'il existe avec la métropole dans ce domaine de l'accessibilité et des avantages sociaux. Pour autant, même si leur souhait est d'obtenir l'égalité en termes de protection sociale, le désir de ces acteurs locaux n'est pas de se calquer sur le modèle métropolitain. Au contraire, les formes de mobilisations collectives des personnes handicapées en Guadeloupe tendent à reproduire un modèle de solidarité de proximité. Comme dans le reste de la société guadeloupéenne, les revendications des personnes vivant une situation de handicap sont symptomatiques de la crise du rapport à l'Etat qui s'est imposé depuis les années 1960 (Blérald, 1986 ; Constant &

Daniel, 1997 ; Dumont, 2010). On retrouve alors chez les premiers fondateurs un discours identitaire cherchant ainsi à valoriser le « local » (Daniel, 2002, 2005 ; Giraud, 1999, 2005), en critiquant la prise en charge « fermée » en institution, par exemple.

A la fin des années 1980, à l'époque de la décentralisation, on observe une émancipation dans l'organisation des pratiques sportives des personnes en fauteuil roulant. Celle-ci trouve son élan au sein d'un foyer d'hébergement « auto-gérée » créée par de jeunes guadeloupéens lourdement handicapés. Cette association, qui se fonde sur l'expérience de l'association « Vivre debout », a vocation à mener des actions en faveur de l'autonomie des personnes ayant des incapacités motrices en Guadeloupe. Les dirigeants, non-sportifs, transfèrent leurs logiques bureaucratiques dans l'organisation du mouvement sportif. Dès lors, on peut voir de fréquentes compétitions Handisport soit dans le cadre d'épreuves spécifiques, soit dans le cadre d'épreuves organisées par le milieu sportif « ordinaire ». On assiste à un processus de sportivisation qui semble opérer un rapprochement avec le modèle national.

Ce rapprochement atteint son paroxysme en 1990, lorsque le Comité régional Unifié Handisport de la Guadeloupe est créé. La mise en place de cette antenne régionale de la Fédération Française Handisport se réalise dans une période d'effervescence dans le domaine du sport des personnes ayant des incapacités motrices et sensorielles au niveau national. Créée en 1977, la FFH cherche à diffuser sa logique sportive à l'ensemble des départements de l'hexagone et d'Outre-mer. La formation de cadres fédéraux participe à cette politique d'expansion. Ainsi, la création du comité régional est rendu possible grâce à la présence d'un jeune guadeloupéen formé en métropole par la fédération. Les acteurs du comité régional tentent d'organiser le mouvement sportif en encourageant le sport de compétition. L'image du sportif en fauteuil doit se calquer sur le sportif guadeloupéen valide, celui qui ramène des médailles afin d'avoir accès à une reconnaissance sociale positive (Dumont, 2001 ; Reno, 2004). Par ailleurs, cette quête de l'excellence (Ehrenberg, 1991) participe aussi à des

stratégies d'affirmation identitaire révélant ainsi les rapports conflictuels qu'il peut y avoir entre les DFA et la France. Toutefois, l'engouement des guadeloupéens atteints de pathologies invalidantes pour les pratiques sportives compétitives n'a pas lieu. Par la suite, des divergences entre certains acteurs du comité régional vont provoquer son éclatement. De ce mouvement, il reste, d'un côté, une pratique compétitive mais quelque peu confidentielle avec l'équipe de basket en fauteuil roulant qui se présente sous la forme d'un groupe de « pairs » et de l'autre, une pratique sanitaire et sociale émerge avec la section natation santé créée par le seul cadre technique de l'île. Cette dernière présente en réalité les prémises d'une professionnalisation dans le secteur des activités physiques adaptées sur l'île.

A partir des années 2000, la professionnalisation du secteur sportif des personnes atteintes de déficiences se précise. Les fondateurs des organisations qui émergent sont issus, pour la majeure partie, du secteur sanitaire et social. Les stratégies associatives s'en ressentent avec un élargissement des compétences vis-à-vis de la population concernée par l'offre sportive proposée au sein d'une même organisation. On retrouve ainsi différents types de déficiences, intellectuelles et physiques, ou différents degrés d'atteintes. Cette mixité sera même retrouvée au sein de la politique de la nouvelle Ligue Régionale Handisport refondée en 2004. Cette stratégie de regroupement se trouve être la conséquence de la professionnalisation du secteur et de la faible mobilisation des personnes handicapées pour les pratiques sportives. Parallèlement, quelques clubs « ordinaires » s'ouvrent aux personnes dites « handicapées ». Cependant, après avoir mis en place les conditions favorables à cette intégration, la déception des dirigeants sportifs se fait sentir. Là encore, les stratégies locales entrent en conflit avec les stratégies de la Ligue handisport qui représente le modèle national. Celle-ci se trouve alors isolée des acteurs locaux car son lien avec la métropole entre en tension avec le courant de valorisation du local qui parcourt les Antilles aujourd'hui.

Ainsi, le processus historique de structuration du mouvement sportif des personnes atteintes de déficiences motrices en Guadeloupe n'a pas connu la même trajectoire qu'en France hexagonale. Le mouvement Handisport, qui a émergé dans les années 1980 en Guadeloupe, s'est développé dans une logique de solidarité de proximité au sein d'un mouvement local auto-organisé de revendications sociales de personnes ayant des incapacités motrices. La mobilisation sportive s'est produite de façon confidentielle et dans un réseau de solidarité de proximité. Le transfert de la logique sportive compétitive issue du modèle fédéral national n'a pas pu se réaliser car celle-ci entre en conflit avec un mode de fonctionnement associatif marqué par une solidarité de proximité associé à une revendication d'une identité antillaise.

La question sportive, associée au mouvement social de personnes en fauteuil roulant, intègre de fait cette logique identitaire qui, à travers une valorisation du local, limite le développement des relations d'affiliation à l'institution sportive nationale. De ce fait, ce mouvement sportif s'est avéré dans l'impossibilité de s'émanciper du mouvement social. Dès lors, l'autonomie revendiquée par les sportifs atteints de déficiences motrices n'est possible qu'au travers du groupe, qui fonctionne à travers un mode de solidarité de proximité. Cette structuration produit une organisation identitaire plurielle qui met en avant en premier lieu l'identité antillaise, en second lieu l'identité de personne handicapée et en dernier lieu celle de sportif.

A la suite de ce travail, la réponse à la question formulée ainsi : Quelles sont les logiques et les enjeux qui sous-tendent cette structuration locale du mouvement sportif des personnes handicapées désignée comme « difficile » voire « chaotique » ? pourrait être la suivante : Tout se passe ici comme si la revendication d'une identité antillaise articulée sur des formes de solidarité de proximité empêchait la construction d'un mouvement autonome de sportifs handicapés. La « difficile » structuration du mouvement sportif de personnes atteintes de

déficiences motrices a une face positive : l'interdépendance étroite des sportifs handicapés dans des réseaux de solidarité de proximité. Au travers de ce terrain, se dessine ainsi deux conceptions de l'autonomie : l'une favorisant la multiplication des liens d'interdépendances et des identités, comme dans le modèle métropolitain, l'autre favorisant la réduction du nombre des liens d'interdépendance au sein d'un réseau de proximité et l'affirmation d'une identité locale. Ainsi, les tensions entre les « anciens » et les « nouveaux » handicapés sportifs témoignent peut-être d'une évolution des conceptions de l'autonomie en Guadeloupe, par l'observation chez les plus jeunes de différentes formes de liens d'interdépendance mêlant solidarité héritée et solidarité construite.

BIBLIOGRAPHIE

Agulhon M. (1988). L'histoire sociale et les associations. *Revue de l'économie sociale*, pp. 35-44.

Arnaud P. (1995). *Une histoire des sports*. Paris, La documentation française.

Attias-Donfut N. et Lapierre N. (1997). *La famille providence. Trois générations en Guadeloupe*. Paris, La Documentation française, CNAV.

Audebert C. et Saffache P. (2002). Les quartiers populaires de la ville de Fort-de-France : approche socio-historique et intégration urbaine. *La Géographie*, n° 1507, pp. 20-31.

Audebert C. (2011). Les Antilles françaises à la croisée des chemins : de nouveaux enjeux de développement pour des sociétés en crise. *Les Cahiers d'Outre-Mer*, n°256.

Bailey S. (2008). *Athlete first: a history of the paralympic movement*. Chichesler, England, John Wiley & Sons.

Bancel N. et Gayman J-M. (2002). *Du guerrier à l'athlète. Eléments d'histoire des pratiques corporelles*. Paris, Presses Universitaires de France.

Bancel N., Blanchard P. et Vergès F. (2003). *La République coloniale*. Paris, Albin Michel.

Barnes C., Mercer G. and Shakespeare T. (1999) [2005]. *Exploring disability. A sociological introduction*. Cambridge, Maldon.

Barral C., Paterson F., Stiker H-J. et Chauvière M. (dir.) (2000). *L'Institution du handicap, Le rôle des associations*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes, Coll. « des sociétés ».

- Barral C. et Patterson F. (2000). L'Association Française contre les Myopathies : trajectoire d'une association d'usagers et construction associative d'une maladie, In Barral C., Paterson F., Stiker H-J. et Chauvière M. (dir.). *L'Institution du handicap, Le rôle des associations*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- Bazin C., Duros M., Raharimanana H. et Malet J. (2011). *Les associations en Guadeloupe, Repères et Chiffres clés*. Rapport de recherche pour la Caisse des dépôts et l'Association des régions de France, octobre 2011.
- Benoist J. (dir.) (1972). *L'archipel Inachevé. Culture et société aux Antilles françaises*. Montréal, les Presses de l'Université de Montréal, Coll. « Recherches Caraïbes ».
- Benoist J. (1993). *Anthropologie médicale en société créole*. Paris, Presses universitaires de France, Coll. « Les champs de la santé ».
- Benoît C. (2000). *Corps, jardins, mémoires. Anthropologie du corps et de l'espace à la Guadeloupe*. Paris, CNRS éditions/ Editions de la maison des sciences de l'homme.
- Blanchet A. et Gotman A. (1992) [2005]. *L'entretien*. Paris, Armand Colin.
- Blérald A-P. (1986). *Histoire économique de la Guadeloupe et de la Martinique du XVIème siècle à nos jours*. Paris, Karthala.
- Boltanski L. (1974). Les usages sociaux du corps. *Annales*, n°1.
- Bonniol J-L. (dir.) (2000). *Au visiteur lumineux. Des îles créoles aux sociétés plurielles, textes réunis en l'honneur de Jean Benoist*. Fort de France, Ibis Rouge.
- Bonniol J-L. (2006). Situations créoles, entre culture et identité, In Carlo A.C. (dir.). *Situations créoles. Pratiques et représentations*. Québec, Nota Bene, pp. 49-59.
- Bougerol C. (1983). *La médecine populaire à la Guadeloupe*. Paris, Karthala.
- Bougerol C. (1997). *Une ethnographie des conflits aux Antilles. Jalousie, commérages, sorcellerie*. Paris, Presse Universitaire de France, Coll. « Ethnologies ».

- Bougerol C. (2009). Les incidents routiers à la Guadeloupe. *Terrain*, n° 52, pp. 164-177.
- Bourdieu P. (1995). *Histoire sociale des sciences sociales*. Paris, Seuil.
- Boutin R. (2006). *La population en Guadeloupe, de l'émancipation à l'assimilation (1848-1946)*. Matoury, Ibis rouge.
- Breton D., Condon S., Marie C.V. et Temporal F. (2009). Les départements d'Outremer face aux défis du vieillissement démographique et de l'émigration. *Population et sociétés*, n°460.
- Buton F. (2009). *L'administration des faveurs : l'Etat, les sourds et les aveugles, 1789-1885*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- Buton F. et Mariot N. (2009). *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Calvez M. (1994). Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité. *Sciences Sociales et Santé*, XII, 1, 61-88.
- Celma C. (1998). *Les sociétés d'esclaves aux Antilles : histoire comparative*. Contribution au 123^{ème} congrès nat. Hist. Soc scient., Antilles-Guyane, Esclavage résistances et abolitions, p77-90.
- Chauvière M. (1980). *Enfance inadaptée : l'héritage de Vichy*. Paris, Ouvrières.
- Combessie J-C. (1996) [2007]. *La méthode en sociologie*. Paris, La découverte.
- Constant F. et Daniel J. (dir.) (1997). *1946-1996. Cinquante ans de départementalisation outre-mer*. Paris, L'Harmattan.
- Crozier M. (1964). *Le phénomène bureaucratique*. Paris, Points-Seuil.
- Crozier M. et Friedberg E. (1977). *L'Acteur et le Système*. Paris, Points-Seuil.

- Dahomay J. (2000). Identité culturelle et identité politique. Le cas antillais. *Revue de philosophie et de sciences sociales*, n°1, pp.99-118.
- Daniel J. (2002). L'espace politique aux Antilles françaises. *Ethnologie française*, volume 32, pp.589-600.
- Daniel J. (2005). Cadre institutionnel et vie politique Outre-Mer. *Pouvoirs*, n°113.
- Debbasch C. et Bourdon J. (1985) [2006]. *Les associations*. Paris, Presses Universitaire de France.
- Degenne A. et Forsé M. (1994). *Les réseaux sociaux*. Paris, Armand Colin.
- Demazière D. et Dubar E. (1997). *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion*. Paris, Nathan.
- De Sardan O. (2007). La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête, les terrains de l'enquête*, 1, pp. 71-109.
- Douglas M. (1971). *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*. Paris, Maspero.
- Duchesne S. et Haegel F. (2004) [2012]. *L'entretien collectif*. Paris, Armand Colin.
- Dumazedier J. (1988). *Révolution culturelle du temps libre 1968-1988*. Paris, Méridiens Klincksieck.
- Dumont J. (2002). *Sport et assimilation à la Guadeloupe ; Les enjeux du corps performant, de la colonie au département (1914-1965)*. Paris, Harmattan.
- Dumont J. (2006). *Sport et formation de la jeunesse à la Martinique, le temps des pionniers (fin XIXème siècle- années 1960)*. Paris, L'Harmattan, coll. « Espaces et temps du sport ».
- Dumont J. (2009). La "famille" sportive aux Antilles françaises. *Outre-Mers*, tome 97, n°364-365, pp.107-125.

- Dumont J. (2010). *L'amère patrie : Histoire des Antilles françaises au XXème siècle*. Paris, Fayard.
- Dumont J., Ferez S. et Beukenkamp K. (2011). Lèpre et Sida : une continuité inattendue aux Antilles. *Bulletin de la société d'histoire de la Guadeloupe*, n° 159, pp. 79-89.
- Dumont J. et Ruffié S. (2012). Le lointain et le proche: le sport aux Antilles françaises, In *Les sport en corses. Miroir d'une société*, Musée de la corse, collectivité territoriale de corse, Ajaccio, Albania, pp. 248-259.
- Durkheim E. (1930) [2007]. *De la division du travail social*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Ebersold S. (1992) [1997]. *L'invention du handicap : la normalisation de l'infirme*. Paris, CTNERHI.
- Ehrenberg A. (1991). *Le Culte de la performance*. Paris, Calmann-Lévy.
- Elias N. et Scotson J.L. (1965) [2001]. *Les Logiques de l'exclusion. Enquête sociologique au cœur des problèmes d'une communauté*. Paris, Pocket, Coll. « Agora ».
- Elias N. (1970) [1991]. *Qu'est-ce que la sociologie ?*. Paris, Pocket, Coll. « Agora ».
- Elias N. et Dunning E. (1994) [1986]. *La violence maîtrisée*. Paris, Fayard.
- Ewald F. (1986). *L'Etat Providence*. Paris, Grasset.
- Favret-Saada J. (1977). *Les Mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le bocage*. Paris, Gallimard, Coll. « Bibliothèque des sciences humaines ».
- Ferez S. et Thomas J. (dir.) (2012). *Sport et VIH, un corps sous contrainte médicale*. Paris, Téraèdre.

- Ferez S., Thiandoum B. et Ruffié S (à paraître). Les femmes dans les associations de lutte contre le VIH en Guadeloupe : La production institutionnelle de la 'précarité' en situation postcoloniale, In Broqua C. et Delaunay K. (dir.). *Lutter contre le sida en Afrique*. Paris, ANRS Editions.
- Fiata A. (2006). *Changement social et situation de handicap en Guadeloupe*. Mémoire de DEA, Université des Antilles-Guyane.
- Flagie A. (1982). *Baroches, Quartiers de la ceinture urbaine de pointe-à-Pitre, contribution à une sociologie de la Guadeloupe*. Thèse de doctorat, Université de Paris V.
- Francius G. (2012). *Le Tébé de Guadeloupe. Représentations et interprétations d'une perturbation mentale*. Paris, L'Harmattan.
- François- Lubin B. (1997). Les méandres de la politique sociale outre-mer, In Constant F. et Daniel J. (dir.). *1946-1996. Cinquante ans de départementalisation outre-mer*. Paris, L'Harmattan.
- Fougeyrollas P. (1993). *Le processus de production culturelle du handicap : contextes socio-historiques du développement des connaissances dans le champ des différences corporelles et fonctionnelles*. Québec, Département d'anthropologie, Université Laval.
- Fougeyrollas P. (2010). *Le funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*. Québec, Presses Universitaires de Laval, Coll. « Sociétés, cultures et santé ».
- Galli C. & Ravaud J-F. (2000). L'association Vivre debout : une histoire d'autogestion, In Barral C., Paterson F., Stiker H-J. et Chauvière M. (dir.). *L'Institution du handicap, Le rôle des associations* (sous la direction). Rennes, Presse Universitaire de Rennes.
- Garcia G. et Haegel F. (2011). Introduction. *Revue française de science politique*, vol. 61, pp. 391-397. [Consultable en ligne] URL : www.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-2011-3-page-391.htm.
- Gardou C. (dir.) (2010). *Le handicap au risque des cultures*. Paris, ERES, Coll. « Connaissances de la diversité ».

- Gasparini W. (1997). La construction sociale de l'organisation sportive. *Revue STAPS*, n°43, pp.51-70.
- Gasparini W. (2003). *L'organisation sportive*. Paris, Revue EPS.
- Géran C. (2011). *Le handicap en Guadeloupe : l'âge, un facteur déterminant. Handicap et vie au quotidien en Guadeloupe*. INSEE, Premiers résultats, n°80.
- Giami A., Assouly-Picquet C. et Berthier F. (1988). *La figure fondamentale du handicap : représentations et figures fantasmatiques*. Rapport de recherche MIRE-GERAL.
- Gilbert K. et Schantz O. (dir.) (2008). *The paralympic games : empowerment or side show ?*. Maidenhead, Meyer & Meyer.
- Giraud M. (1999). La patrimonialisation des cultures antillaises. *Ethnologie française*, T.29, n°3, pp.375-386.
- Giraud M. (2004). Faire la Caraïbe, comme on refait le monde. *Pouvoirs dans la Caraïbe*, n°14, pp.81-107.
- Giraud M. (2005). Revendication identitaire et "cadre national". *Pouvoirs*, n°113, pp.95-108.
- Glaser B. and Strauss A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago, Aldine Publishing Company.
- Glissant E. (1981). *Le discours antillais*. Paris, Le Seuil.
- Godbout J. & Caillé A. (1992). *L'esprit du don*. Paris, La découverte.
- Goffman E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne. 1- La présentation de soi*. Paris, Les éditions de Minuit.
- Goffman E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris, Les éditions de Minuit.

- Goffman E. (1975). *Stigmate. Les Usages sociaux des handicaps*. Paris, Les éditions de Minuit.
- Grawitz M. (2001) (11^{ème} édition). *Méthodes des sciences sociales*. Paris, Dalloz.
- Guibert J. et Jumel G. (2002). *La socio-histoire*. Paris, Armand Colin.
- Habermas J. (1992). L'espace public, trente ans après. *Quaderni*, 18, pp.161-191.
- Héas S. (2010). *Les discriminations dans les sports*. Nancy, Presses Universitaires de Nancy.
- Ion J. (1997). *La fin des militants ?*. Paris, L'Atelier.
- Jalabert L. (2007). *La colonisation sans nom: la Martinique de 1960 à nos jours*. Paris, Les Indes Savantes.
- Jodelet D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris, Presses universitaires de France.
- Koechlin B. (1991). La réalité gestuelle des sociétés humaines. *Histoire des mœurs*, T. 2, Paris, Gallimard, Coll. « La Pléiade ».
- Lachal R.C. et Combrouze D. (1997). La représentation des personnes handicapées à travers des émissions documentaires de la télévision française. *Cahiers Ethnologiques*, n°19, pp.239-262.
- Lanoir L'Etang L. (2005). *Réseaux de solidarités dans la Guadeloupe d'hier et d'aujourd'hui*. Paris, L'Harmattan.
- Laplantine F. (1986). *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris, Payot.
- Laville J-L. et Sainsaulieu R. (dir.) (1997). *Sociologie de l'association. Des organisations à l'épreuve du changement social*. Paris, Desclée de Brouwer.

- Laville J-L. (2002). L'association comme lien social. *Connexions*, n°1, trimestre 1, pp.43-54.
- Laville J-L. (2005). *Sociologie des services. Entre marché et solidarité*. Paris, Erès.
- Lazega E. (1998) [2007]. *Réseaux sociaux et structures relationnelles*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Le Breton D. (1984). L'effacement ritualisé du corps. *Cahiers Internationaux de sociologie*, volume 77, p.273-281.
- Le Breton D. (1992) [2008]. *La sociologie du corps*. Paris, Presses Universitaire de France.
- Le Breton D. (1998). La contamination du sens. *Ethnologie française*, XXVIII, 1, pp. 37-42.
- Le Breton D. (2007). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Léger J-M. et Florand M-F. (1985). L'analyse de contenu : deux méthodes, deux résultats ?, In Blanchet A. (dir.). *L'Entretien dans les sciences sociales*. Paris, Dunod, pp. 234-273.
- Liotard P. (1999). Une « histoire d'acteurs sportifs », mais quelle histoire ? In Delaplace J.M. (dir.). *L'histoire du sport, l'histoire des sportifs*. Paris, L'Harmattan.
- Maisonneuve J. (1976). Le corps et le corporéisme aujourd'hui. *Revue française de sociologie*, XVII, pp.551-571.
- Mauss M. (1950). *Les techniques du corps, Sociologie et anthropologie*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Marcellini A. (1997). « Nous les fauteuils... ». Essai sur le passage de la culture « debout » à celle du « fauteuil roulant ». *Revue Trema*, hors-série n°1, pp. 9-21.
- Marcellini A., Lefèvre N., Léséleuc E. et Bui-Xuan G. (2000). D'une minorité à l'autre...Pratique sportive, visibilité et intégration sociale de groupes stigmatisés. *Loisir & Société, Society and Leisure*, 23, 1, pp.251-272.

- Marcellini A. (2003). Réparation des corps « anormaux » et des handicaps. Nouvelles technologies et vieux débats ?. *Quasimodo*, n°7, pp. 269-288.
- Marcellini A. et Comte R. (2004). *Les représentations du sport de haut-niveau pour les personnes handicapées mentales. Etude auprès des entraîneurs et des athlètes d'élites de la FFSA*. Rapport de recherche pour le FFSA et le Ministère des Sports, janvier 2004.
- Marcellini A. (2005). *Des Vies en fauteuil... Usages du sport dans le processus de déstigmatisation et d'intégration sociale*. Paris, CTNERHI.
- Marcellini A., Vidal M., Ferez S. et De Leseleuc E. (2010). "La chose la plus rapide sans jambes". Oscar Pistorius ou la mise en spectacle des frontières de l'humain. *Politix*, numéro spécial « les frontières de l'humain », 23, 90, pp. 139-165.
- Marcellini A. et Chopinaud M. (2012). Eligibilité et catégorisation des athlètes déficients intellectuels : enjeux et logiques d'une intégration aux jeux paralympiques, In Compte R. et Bui-Xuan G., *Sport adapté, handicap et santé*, Montpellier, FFSA-AFRAPS, pp. 216-225.
- March J. et Simon H. (1969). *Les Organisations*. Paris, Dunod.
- Marsault C. (2009). *Socio-histoire de l'éducation physique et sportive*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Mériaux G. (2003). Nous aussi. La représentation des personnes handicapées intellectuelles : une tentative française d'empowerment. *Handicaps*, n° 97.
- Michalon T. (2009). *L'Outre-Mer français. Évolution institutionnelle et affirmations identitaires*. Paris, L'Harmattan, Coll. du « Gralé ».
- Montès J.-F. (2000). Des mutilés de guerre aux infirmes civils : les associations durant l'entre-deux-guerres, In Barral C., Paterson F., Stiker H.-J. et Chauvière M. (dir.). *L'Institution du handicap, Le rôle des associations*. Rennes, Presse Universitaire de Rennes.

- Mucchielli L. et Le Goaziou V. (2007). *Quand les banlieues brûlent...* . Paris, La Découverte.
- Mulot S. (2003). La trace des masques. Identité guadeloupéenne entre masques et discours. *Ethnologie française*, vol. 33, pp.111-122.
- Murphy R. (1987). *Vivre à corps perdu*. Paris, Plon, Coll. « Terre Humaine ».
- Noiriel G. (2006) [2010]. *Introduction à la socio-histoire*. Paris, La Découverte.
- Observatoire Régional de la Santé de la Guadeloupe, La santé observée : Les adultes handicapés en Guadeloupe, Fiche 5.2, Février 2006.
- Offerlé M. (2004). *Sociologie de la vie politique française*. Paris, La Découverte, Coll. « Repères ».
- Offerlé M. (2012). *Les partis politiques*. Paris, Presses Universitaires de France, Coll. « Que sais-je ? ».
- Paicheler H. (1982). Représentations sociales de la personne handicapée. *Vivre ensemble*, n°3, CTNERHI.
- Parlebas P. (1981). *Contribution à un lexique commenté en science de l'action motrice*. Paris, INSEP.
- Parsons T. (1956). Suggestions for a sociological approach to the theory of Organizations, I and II, *Administrative Science Quarterly*, vol.1, n°1 &2.
- Paugam S. (2010). *Les 100 mots de la sociologie*. Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? ».
- Perera E., Rouanet S. et De Léséleuc E. (2011). Comprendre par corps le phénomène étudié ? Stratégies d'immersion dans un groupe de bodybuilders, In Andrieu B. (dir.). *Le corps du chercheur. Une méthodologie immersive*. Nancy, Presses universitaire de Nancy, coll. « Epistémologie du corps ».

- Plaisance E. (2000). Deux associations dans leur rapport à l'Etat au début des années soixante: l'APAJH et l'UNAPEI, In Barral C., Paterson F., Stiker H-J. et Chauvière M. (dir.). *L'Institution du handicap, Le rôle des associations*. Rennes, Presse Universitaire de Rennes.
- Prouteau L. et Wolff F-C. (2003). Les services informels entre ménages : une dimension méconnue du bénévolat. *Economie et statistiques*, n°368.
- Prouteau L. et Wolff F-C. (2004). Donner son temps : les bénévoles dans la vie associative. *Economie et statistiques*, n°372, pp. 3-39.
- Pruneau J. et Danielle A. (2007). Marcher en Guadeloupe: pour la construction et l'appropriation d'un « territoire mobile ». *Les cahiers d'Outre-Mer*, n°240, pp.373-391.
- Pruneau J., Dumont J. et Célimène N. (2006). Voiles traditionnelles aux Antilles françaises : « sportivisation » et patrimonialisation. *Ethnologie française*, volume 36, pp. 519-530.
- Pulvar E. (2005). *Etat des lieux et besoins de la prise en charge des personnes handicapées en Guadeloupe*. Rapport de recherche pour l'Observatoire des Inadaptations et des Handicaps de la Guadeloupe, Juin 2005.
- Queval I. (2008). *Le corps aujourd'hui*. Paris, Gallimard.
- Quivy R. et Van Campenhoudt L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris, Dunod, Coll. « Psycho sup. ».
- Ravaud J.-F. et Ville I. (1985). Représentations sociales des personnes handicapées physiques « surmonter son handicap » : Effet de la situation familiale et du revenu. *International Journal of Rehabilitation Research*, n°8, pp.291-302.
- Raymond A. (1967). *Les étapes de la pensée sociologique*. Paris, Gallimard.
- Raymond H. (1968). Analyse de contenu et entretien non directif : application au symbolisme de l'habitat. *Revue française de sociologie*, IX, 2, pp. 56-72.

- Reno F. (2004). Equipe de France ou équipe des Antilles ? Le sport de haut-niveau comme espace d'identification multiple ». *Outre-Terre*, n°8, pp. 235-247.
- Revel J. (1997). L'histoire d'aujourd'hui. *Revue Sciences Humaines*, Hors-série.
- Ruffié S., Ferez S., Marcellini A. (2012). La pétanque à Pondichéry : Négociation postcoloniale des identités nationales et culturelles en contexte mondialisé. *Géographie et Culture*, n°83, p 77-95.
- Ruffié S. et Ferez S. (2013). *Corps, Sport et handicap (1). L'institutionnalisation du mouvement handisport*. Paris, Téraèdre.
- Sainsaulieu R. (2001). *Des sociétés en mouvement : Les institutions intermédiaires*. Paris, Desclée de Brouwer.
- Séguillon D. (1998). *De la gymnastique Amorosienne au sport silencieux : le corps du jeune sourd entre orthopédie et intégration ou l'histoire d'une éducation « A corps et à cri » - 1822-1937*. Thèse pour le doctorat en Sciences Biologiques et Médicales-Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives de l'Université Victor Ségalen - Bordeaux II.
- Seguillon D., Ferez S. et Ruffié S. (2013). L'inclusion des « Sourds sportifs » au sein du mouvement handisport : un impossible défi ?, In Ruffié S. et Ferez S (dir.). *Corps, Sport et handicap (1). L'institutionnalisation du mouvement handisport*. Paris, Téraèdre.
- Simmel G. (1908) [1999]. *Sociologie. Etudes sur les formes de la socialisation*. Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Sociologies ».
- Stiker H-J. (1982) [2005]. *Corps infirmes et sociétés*. Paris, Dunod.
- Stiker H-J. (2007). Pour une nouvelle théorie du handicap. La liminalité comme double. *Champ psychosomatique*, n°45, pp.7-23.

- Tchernonog V. (2000). La place des associations de personnes handicapées en France, In Barral C., Paterson F., Stiker H-J. et Chauvière M. (dir.). *L'Institution du handicap, Le rôle des associations*. Rennes, Presse Universitaire de Rennes.
- Tchernonog V. (2007). *Le paysage associatif français- Mesures et évolutions*. Juris-Association-Dalloz.
- Tönnies F. (1887) [1977]. *Communauté et Société*. Paris, Retz.
- Travaillot Y. (1998). *Sociologie des pratiques du corps. L'évolution de l'attention portée au corps depuis 1960*. Paris, Presses Universitaire de France.
- Turpin P. (2000). Les mouvements radicaux des personnes handicapées en France pendant les années soixante, In Barral C., Paterson F., Stiker H-J. et Chauvière M. (dir.). *L'Institution du handicap, Le rôle des associations*. Rennes, Presse Universitaire de Rennes.
- Vigarello G. (1993). *Le sain et le malsain : santé et mieux-être depuis le moyen-âge*. Paris, Seuil.
- Ville I. & Ravaud J-F. (1994). Représentations de soi et traitement social du handicap. L'intérêt d'une approche socio-constructiviste. *Sciences sociales et santé*, vol.12, n°1, pp. 7-30.
- Ville I. (2005). Biographical work and returning to employment following a spinal cord injury. *Sociology of Health and Illness*, n° 27, pp. 324-350.
- Villoing G. (2005). *L'influence des représentations sociales du handicap en Guadeloupe sur la pratique du Handisport*. Mémoire de maitrise, sous la direction de Ruffié S., UFR STAPS, Université Antilles Guyane.
- Villoing G., Ruffié S. et Marcellini A. (2010). L'organisation de l'offre sportive à l'intention des personnes déficientes physiques en Guadeloupe. Monographie historique de deux associations locales. *Revue Européenne du management du sport*, n°28, pp. 29-41.

Villoing G., Ruffié S. et Ferez S. (2013). La conquête des espaces ultra-marins : l'exemple de la Guadeloupe, In Ruffié S. et Ferez S. (dir.). *Corps, Sport et handicap (1). L'institutionnalisation du mouvement handisport*. Paris, Téraèdre.

Weber M. (1922) [1971] *Economie et Société*. Paris, Plon, 1922.

Winance M. (2004). Handicap et normalisation. Analyse des transformations du rapport à la norme dans les institutions et les interactions. *Politix*, volume 17, n°66, pp. 201-227.

Winance M. (2007). Dépendance versus autonomie...De la signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratiques médicosociales. *Sciences sociales et Santé*, volume 25, n°4, pp.83-91.

Titre : Approche socio-historique du mouvement handisport en Guadeloupe : enjeux sociaux, identitaires et sportifs des dynamiques associatives (1978-2010)

Résumé : Depuis son apparition à la fin de la seconde guerre mondiale, la pratique sportive des personnes atteintes de déficiences motrices a connu de nombreuses et rapides évolutions. Conçue initialement dans une logique rééducative, elle intègre de plus en plus le principe de performance en se rapprochant du mouvement sportif « ordinaire ». Toutefois, ce processus de sportivisation est variable selon l'espace social et culturel dans lequel il se réalise. Initié dans les années 1970, le mouvement handisportif guadeloupéen rencontre des difficultés récurrentes à s'organiser et à se fédérer. Au cours de ce travail, nous avons réalisé une enquête de terrain auprès des associations handisportives locales. Des entretiens avec les acteurs principaux de ce mouvement ont été conduits, des archives recueillies et des observations directes et participantes effectuées afin de retracer l'histoire collective et de repérer les logiques individuelles mobilisées dans la structuration du mouvement handisport en Guadeloupe. Pour cela nous avons utilisé des outils de la socio-histoire et de l'analyse organisationnelle et traité les discours au travers d'une analyse des relations par opposition (ARO). Les principaux résultats mettent en évidence que les dynamiques associatives structurant la pratique sportive des personnes handicapées motrices en Guadeloupe sont imprégnées par une logique sportive doublée d'enjeux sociaux, culturels et identitaires. Ainsi, la thèse principale défendue au terme de cette recherche est que l'organisation du mouvement handisport en Guadeloupe est marquée par des stratégies fortement contextualisées où la conjugaison des identités – sportive, antillaise, de personne handicapée - produit des ajustements singuliers.

Mots clés : Personnes ayant des déficiences motrices – Handicap – Sport – Association – Guadeloupe – Identités - Socio-histoire.

Title: Socio-historical approach of the disabled sport movement in Guadeloupe: social, identity and sports stakes in associations dynamics (1978-2010)

Summary: Since its apparition at the end of the second world war, the practice of sport for people suffering with motor deficiency has known numerous and quick evolutions. Initially conceived in the science of rehabilitation therapy, it now integrates more and more the principle of performance by getting closer to “ordinary” sport movements. However, this process of sportivisation is variable depending on the social and cultural context in which it is taking place. Initiated at the start of the 1970's, Guadeloupe's Movement for Sport for People with motor impairments has been meeting recurring difficulties in how to organise and federate itself. During this work, we have conducted a survey directly with the local disabled sport associations. Meetings with the principal actors of this movement had been taking place, archives had been gathered and both direct and participative observations had been carried out in order to retrace the collective history and to identify the individual theories utilised in the formation of Guadeloupe's Movement for Sport for Disabled People. For this we have used the tools of the socio-history and of the organizational analysis and handled the speeches with an analyse of the relationship by opposition (ARO). The main results bring to light that the associative dynamics which structure the sport practices of Guadeloupe's disabled people are impregnated by a sport logic combined with social, cultural and identity stakes. Therefore the principal thesis defended in the process of the research is that the organisation of Guadeloupe's Movement for Sport for Disabled People is impregnated by the highly contextual strategies where the identities - sport, Caribbean, disabled- produces some very particular adjustments.

Keywords: People with motor impairments - Disability – Sport – Association – Guadeloupe – Identities - Socio-history.