

## **Psychologie des personnes à besoins spécifiques**

L'expression « personnes à besoins spécifiques » désigne principalement les individus présentant des limitations durables liées à des altérations physiques, sensorielles, intellectuelles ou psychiques. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le handicap résulte de l'interaction entre une déficience et les barrières sociales ou environnementales qui entravent la pleine participation à la vie sociale (OMS, 2001, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, p. 15). En contexte francophone, la terminologie privilégiée est désormais « personnes en situation de handicap », soulignant que ce n'est pas seulement la déficience qui crée le handicap, mais aussi le contexte environnemental et social (Pelletier, 2016, *Psychologie du handicap*, p. 23). Cette approche biopsychosociale est au cœur de la psychologie du handicap, discipline visant à comprendre les besoins spécifiques afin d'adapter les interventions éducatives, thérapeutiques et sociales (Bourgeois et al., 2017, *Psychologie du handicap et de la réadaptation*, p. 14).

### **Le handicap et le modèle de Wood : une perspective historique et critique**

La première Classification internationale du handicap (CIH), proposée par l'OMS en 1980, dite « modèle de Wood », conceptualise le handicap à travers trois dimensions interdépendantes : déficience, incapacité et désavantage social (OMS, 1980, p. 34). Ce modèle médical ou individuel postule une causalité linéaire : une maladie ou lésion engendre une déficience, laquelle provoque des incapacités fonctionnelles, conduisant à un désavantage dans la vie sociale, scolaire ou professionnelle (Wood, cité dans Fiches-IDF, s. d., p. 12). Par exemple, une déficience auditive peut entraîner une difficulté de communication et exposer à un risque d'exclusion sociale. Cette représentation a largement orienté les diagnostics médicaux et la réadaptation.

Toutefois, ce modèle a été critiqué pour son approche réductrice et linéaire, qui néglige l'impact de l'environnement (Pelletier, 2005, *Psychologie du handicap*, p. 45). Il tend à individualiser le handicap, occultant les facteurs sociaux et contextuels qui influencent l'expérience du handicap.

### **Fondements théoriques et modèle bio-psicho-social**

Dans les années 1980, les mouvements de défense des droits des personnes handicapées ont promu un modèle social du handicap, qui met en lumière les obstacles environnementaux et sociaux comme facteurs majeurs de handicap (Oliver, 1990, p. 20 ; Benoit, 2011, *Psychologie du handicap*, p. 89). Ce modèle systémique considère que le handicap résulte moins de la déficience elle-même que de l'écart

entre les besoins de la personne et les réponses offertes par son environnement (Pichot, 2003, p. 53).

Ainsi, bien que l'altération de la santé soit souvent inévitable, les incapacités et désavantages peuvent être compensés par des aménagements adaptés, qu'ils soient techniques, pédagogiques ou relationnels (Bourgeois, 2008, p. 102). Cette évolution a été institutionnalisée par l'OMS en 2001 avec la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), qui met l'accent sur les capacités résiduelles, l'autonomie et l'influence des facteurs contextuels personnels et environnementaux (OMS, 2001, p. 22).

Cette vision bio-psychosociale reste aujourd'hui la référence théorique en psychologie, éducation spécialisée et intervention sociale, visant à promouvoir l'intégration et la participation pleine et effective des personnes en situation de handicap (Chauvière & Lemoine, 2010, *Psychologie de la personne handicapée*, p. 77).