

De la Classification internationale du handicap (CIH) à la Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF)

Frank JAMET

MCF académie de Rouen, Cognition, raisonnement et didactique
UPRES EA 2305 université Paris 8

Résumé : Cet article inscrit la Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé dans une perspective historique. Il met en évidence les évolutions des modèles conceptuels du handicap qui ont conduit à se détacher du modèle biomédical, encore dominant dans la classification de Wood, pour élaborer un nouveau modèle tridimensionnel, constitué à partir du modèle biomédical, du modèle psychologique (c'est-à-dire de la dimension individuelle) et du modèle social.

Mots-clés : Activité - CIF - CIH - Environnement - Fonctionnement - Handicap - Modèle biomédical - Modèle social - Participation.

EN mai 2001, l'assemblée mondiale de la santé (OMS) adopte la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Sur le plan conceptuel, quelle nouveauté cette classification apporte-t-elle à la notion de handicap ? Pour répondre à cette question, nous examinerons l'état de la question du handicap avant la Classification internationale du handicap (CIH), puis pendant la CIH pour enfin examiner la nouvelle Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap. Nous terminerons notre propos en montrant en quoi, la CIF est un outil pour l'ensemble des enseignants spécialisés.

LES ANNÉES AVANT LA CIH

Le concept de handicap jusqu'aux années 1980, se développe dans le seul champ du médical et de fait, suit l'évolution du modèle biomédical.

Les raisons qui ont conduit à ce que le handicap soit issu de la sphère médicale sont relativement simples. La société française du XX^e siècle a été traversée par toute une série de conflits. Ces guerres ont engendré, à chaque fois, plusieurs centaines de milliers de blessés, d'invalides de guerre. La politique de santé publique développée à l'époque pour répondre aux problèmes des invalides de la Première Guerre mondiale fut celle de la *réparation*, de la *compensation* des limites fonctionnelles

occasionnées par les blessures. L'objectif de cette politique de santé est celui de la réadaptation. Pour réparer ces corps, *ces gueules cassées*, les acteurs les plus qualifiés sont les médecins. On confie donc au corps médical le soin d'apprécier, de mesurer l'étendue des limites fonctionnelles, de concevoir les stratégies thérapeutiques ad hoc et de fixer le montant des compensations. Cette approche biomédicale fondée sur la mesure des limites fonctionnelles se traduisant par un taux d'invalidité confère au handicap le statut d'état.

La succession des conflits durant ce siècle n'a fait que renforcer l'inscription du concept de handicap dans le champ de la *réadaptation* et de le circonscrire au domaine du *corps à réparer* (Barral, 1999 ; Stiker, 1997). L'inscription du handicap dans le secteur du médical va avoir pour conséquence d'intégrer également dans sa conceptualisation les fondamentaux du modèle biomédical.

Quels sont ces fondamentaux ?

Il me semble que trois fondamentaux vont marquer la conceptualisation du handicap : la dynamique causale, la centration sur la personne, la connaissance des causes. Ces trois fondamentaux ne s'organisant pas de manière hiérarchique.

- Le modèle biomédical classique conçoit les phénomènes pathogènes comme s'inscrivant dans une structure causale. Un agent pathogène engendre des signes, des symptômes formant un syndrome. Tel traumatisme engendre tel handicap (Ravaud, 1999).
- Les pathologies sont des phénomènes qui touchent la personne. Seule une action thérapeutique personnelle permettra aux spécialistes de guérir le patient. De ce fait, les stratégies thérapeutiques pour réduire le handicap sont personnelles.
- C'est par la connaissance des causes que l'on peut trouver les clés de la guérison (Ravaud, 1999). En résumé, le concept de handicap, avant la CIH, est fondé sur les notions de *réparation*, de *compensation* dans la perspective d'une *réadaptation* de la personne. Sa structure est causale. Le handicap résulte d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un problème de santé.

LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU HANDICAP (CIH)

L'apport le plus important de la CIH à la réflexion sur le handicap a été sa conceptualisation dans un cadre tridimensionnel. Les trois notions clefs sont : la *déficience*, l'*incapacité* et le *désavantage*. La déficience appréhende les altérations corporelles organiques ou fonctionnelles. L'incapacité apprécie les réductions partielles ou totales, les limites des capacités qui permettent d'accomplir une activité. Le désavantage correspond à la résultante de la déficience et de l'incapacité. Le schéma 1 permet de montrer les liens entre ces trois concepts qui permettent de définir le handicap. La déficience est extériorisée, l'incapacité est objectivée et le désavantage socialisé.

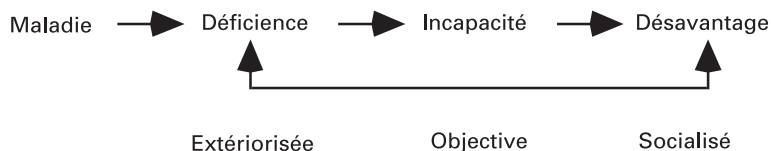


Schéma 1 : Handicap selon la CIH

Cette conceptualisation dégage le handicap du seul champ médical d'une part, [...] en déplaçant la reconnaissance du désavantage du seul diagnostic lésionnel (la déficience) vers l'évaluation fonctionnelle (incapacité) (Maudinet, 1999, p. 4) et d'autre part, [...] en étendant la notion de désavantage social à l'analyse des rôles sociaux, (ce qui permet) de passer d'une vision du handicap considérée comme irréversible à une conception plus ouverte (Maudinet, 1999, p 4).

Les raisons de cette évolution de la conceptualisation sont, une fois plus, multiples. Deux types de raisons se dégagent : des raisons internes au modèle biomédical qui sous-tend le handicap ; des raisons externes.

Les raisons internes au modèle au sous-tend le handicap

Comme nous l'avons indiqué précédemment, le modèle biomédical traditionnel qui fonde le concept de handicap montre ses limites. La diminution du poids des maladies infectieuses sous l'effet des progrès des traitements thérapeutiques, l'allongement de la durée de vie met en exergue les pathologies chroniques. Le modèle biomédical s'avère vite insuffisant pour rendre compte des conséquences (Ravaud, 1999). L'émergence de la médecine de réadaptation contribue également à comprendre le handicap autrement en mettant l'accent sur les questions entourant les limitations fonctionnelles (Ravaud, 1999). On passe d'un modèle curatif à un modèle ré-adaptatif qui abandonne l'idéal de guérison pour y substituer la mobilisation des capacités restantes de l'individu (Ravaud, 1999). Cette décentration d'intérêt de la cause pour les capacités restantes conduit les chercheurs qui travaillent sur le handicap

à abandonner le modèle biomédical pour en promouvoir d'autres.

Les raisons externes

Dans les années 1960-1970, se constituent des organisations de personnes handicapées aux États-Unis, par exemple : Disabled People's International (DPI). Ces mouvements revendiquent des droits civils mais également un contrôle de la qualité des services qui sont alloués aux personnes handicapées. Ces revendications politiques s'appuient sur des développements théoriques conçus par des chercheurs, eux-mêmes, handicapés (Disability studies) qui critiquent le modèle biomédical en montrant comment l'environnement peut constituer des obstacles pour les personnes handicapées (Barral, 1999 ; Barral et Rousset, 2002 ; Ravaud, 1999). En sociologie, les travaux de Goffman (1976) sur la déviance et sur la marginalité contribuent également à alimenter la réflexion. Les bases d'un modèle social du handicap sont alors posées.

Le modèle social du handicap explique le handicap par l'ensemble des barrières physiques ou socioculturelles faisant obstacle à la participation sociale et à la pleine citoyenneté des personnes concernées. L'invalidité n'est pas un attribut de la personne mais un ensemble complexe de situations dont beaucoup sont créées par l'environnement social. La réduction du handicap requiert en conséquence une action sociale. Il est de ce fait de la responsabilité sociale collective de réaliser les changements environnementaux nécessaires pour une pleine participation. Le handicap réside dans la structure sociale.

On observe plusieurs variantes dans le modèle social :

- La tendance *différentialiste* (droit à la différence, à la spécificité, voire à la fier-

té d'être handicapé, la *disability pride*). On peut qualifier cette tendance en termes de minorité opprimée. Le handicap y est présenté comme présentant une identité de groupe minoritaire victime d'une oppression sociale. La responsabilité collective consiste dans ce cas à identifier et réduire les inégalités sociales face au droit commun pour permettre une citoyenneté pleine et entière (Ravaud, 1999).

- La tendance *universaliste*. Dans cette approche, l'idée princeps est que nous sommes tous handicapés ou plutôt que nous sommes temporairement valides. On rejette tout particularisme. L'accent est mis sur l'accessibilité dans le sens anglo-saxon du *universal design* (Ravaud, 1999).

Ces deux variantes sont plus spécifiques aux pays anglo-saxons. Cependant, même si en France, ces revendications sont moins manifestes, les pays d'Europe du Nord s'inscrivent dans ce type d'approche. Afin de faire aboutir leurs revendications, ces organisations s'engageront dans un travail de lobbying auprès des organisations internationales (ONU, OMS). Elles obtiendront d'être systématiquement consultées lorsque des textes législatifs seront discutés (Barral & Roussel, 2002).

Certes l'apport de la CIH a été de conceptualiser le handicap en intégrant la dimension sociale, mais cette classification n'est pas exempte de critiques.

CRITIQUES DE LA CIH

Si, avec l'introduction du désavantage, la CIH semble être un modèle mixte, c'est-à-dire socio-médical, dans les faits, le modèle médical est malgré tout encore omniprésent (Barral, 1999; Roussel, 1999). La lecture du schéma 1 permet de faire les constats suivants :

- seule la maladie engendre le handicap (Roussel, 1999) ;
- même si des recommandations sont faites pour que les trois dimensions qui composent le handicap ne soient pas prises dans une relation causale, sa conception, sa représentation l'induit (Ravaud, 1999 ; Roussel, 1999) ;
- les dimensions qui décrivent le handicap sont toutes fortement liées à la personne (Barral, 1999 ; Ravaud, 1999) ;
- ce sont les manques qui qualifient la personne handicapée (approche déflectologique) ;
- les éléments qui permettent d'appréhender le désavantage sont très peu développés en comparaison aux pages entières dédiées à la déficience (Roussel, 1999) ;
- les références à l'environnement dans lequel la personne handicapée se trouve sont généralement absentes (Roussel, 1999).

Alors que la composante du modèle social avec la notion de *désavantage* est introduite dans la CIH, cette dernière ne nous permet pas d'apprendre, d'analyser les processus par lesquels la personne handicapée est marginalisée dans la société. Les diagnostics ne suffisent pas pour prévoir les besoins, la durée d'hospitalisation, le niveau des soins. La présence d'un handicap ne constitue pas un indicateur adéquat d'éligibilité à un système de compensation, d'exercice d'un emploi, de capacité de retour à l'emploi ou de possibilité d'intégration sociale.

On observe que la baisse de l'incidence et de la gravité du handicap dans une population s'obtient à la fois par une augmentation des capacités fonctionnelles de l'individu et par l'amélioration de ses performances en modifiant les caractéristiques sociales et physiques de l'environnement.

LA CIF

La CIF est l'acronyme qui désigne la Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap. Il est intéressant de remarquer que le titre même traduit une rupture avec la classification précédente. En effet, si l'on se réfère aux Classifications internationales des maladies (CIM) leurs révisions se traduisent par un changement de chiffres. Après la CIM-9, la révision s'intitule la CIM-10. Avec la CIF faisant suite à la CIH, on constate que le titre ne suit pas cette tradition : CIH, CIH-2 ou CIH révisée. La raison en est que la CIF s'inscrit tout à la fois dans la continuité de la CIH, en tentant d'intégrer les critiques à son encontre, mais qu'elle marque aussi bien une rupture profonde dans l'approche conceptuelle du handicap.

La rupture

Sur le plan théorique, la CIF ne s'est pas contentée d'intégrer les deux modèles du handicap (modèle biomédical et le modèle social) en un modèle bio-social du handicap. Ces deux modèles sont à la fois pertinents dans ce qu'ils nous apprennent sur le phénomène du handicap, mais également imparfaits par la focalisation de leurs regards sur des objets extrêmement différents. Au modèle biomédical correspond un regard centripète qui ne s'attache qu'aux dysfonctionnements internes à la personne. Le regard du modèle social renvoie au contraire à une approche centrifuge, en ce qu'il ne recherche que les obstacles environnementaux qui entravent l'activité de la personne. Ces deux re-

gards, certes complémentaires, sont difficilement harmonisables. L'originalité de la CIF est de proposer un troisième modèle qui permet d'unifier les deux modèles du handicap, le biomédical et le social, non pas en en faisant la somme, mais en conceptualisant un nouveau modèle tridimensionnel. Il se compose du modèle biomédical, du modèle psychologique (c'est-à-dire de la dimension individuelle) et du modèle social.

L'objectif de la CIF marque également une rupture en ne se focalisant pas sur la seule dimension du handicap, mais en se fixant comme objectif : la description de la santé¹ et du handicap au sein d'une même entité : le fonctionnement.

Dans l'esprit de la CIF, la santé ne s'arrête pas là où commence le handicap (OMS, 2002). Tout être humain peut avoir une santé défaillante et de ce fait, souffrir d'un handicap. Le handicap est une expérience universelle. En déplaçant la focalisation de la cause à l'impact, elle place tous les états de santé sur un même pied d'égalité (OMS, 2002).

La spécificité

Pour atteindre son objectif : la description des états de santé et du handicap, la CIF s'appuie sur la notion de *fonctionnement*. Le terme *fonctionnement* ne s'applique pas aux seules fonctions organiques, comme dans le cadre du modèle biomédical, mais renvoie à l'ensemble des fonctions de la personne humaine, c'est-à-dire les fonctions organiques, les fonctions liées aux activités de la personnes et les fonctions qui permettent sa participation au sein de la société.

1. Le terme *santé* renvoie à la définition suivante : *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* (Statut de l'OMS, 1946).

Les concepts fondamentaux

Cinq concepts fondent la CIF :

- le problème de santé ;
- les fonctions organiques et les structures anatomiques ;
- l'activité ;
- la participation ;
- les facteurs contextuels

Un **problème de santé** est une altération qui occasionne une souffrance, une perturbation des activités quotidiennes. Il conduit à une consultation des services de santé. Il peut s'agir d'une maladie (aiguë, ou chronique), d'un trouble, d'une lésion ou d'un traumatisme ou de quelque autre état ayant une incidence sur la santé tels que la grossesse, le vieillissement, le stress, une anomalie congénitale ou une prédisposition génétique. En d'autres termes, un **problème de santé** est quelque chose d'anormal qui se produit à l'intérieur de l'individu. Ces changements pathologiques vont se traduire par des manifestations : des signes ou des symptômes, des syndromes (OMS, 2002).

Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques). Les **structures anatomiques** désignent les parties anatomiques du corps telles que les organes, les membres et leurs composantes (OMS, 2002).

Une **activité** désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne. L'**activité** traite de la performance réelle, dans le sens de l'exécution d'une activité. Elle ne se réfère pas à une aptitude ou à un potentiel (OMS, 2002). L'**activité** se réfère à un contexte donné. Une **participation** désigne l'implication dans une situation de vie réelle. La **participation** est le résultat de l'interaction entre la personne et les facteurs ex-

ternes. La participation concerne le rapport à la société (OMS, 2002)

Les **facteurs contextuels** se scindent en deux : d'une part les facteurs environnementaux externes (les attitudes sociales, les caractéristiques architecturales, les structures sociales et légales ainsi que le climat, le sol, etc.) ; et d'autre part les facteurs personnels internes (sexe, âge, mode d'adaptation, origine sociale, niveau d'études, profession, etc.).

L'une des innovations majeures de la CIF est la classification de facteurs environnementaux qui rend possible l'identification des obstacles et des **facilitateurs** environnementaux à la fois pour la capacité et la réalisation effective d'activités et de tâches de la vie quotidienne. On peut donc créer des instruments pour évaluer les environnements. Ces facteurs environnementaux portent sur trois niveaux :

- l'individu : environnement personnel immédiat de la personne, domicile, travail, école et comprend les caractéristiques physiques et matérielles, les contacts personnels, la famille, les connaissances, les pairs et les étrangers ;
- les services, les structures sociales ;
- les systèmes, les lois, les règlements et les textes officiels, les attitudes et les idéologies.

Voir schéma en page suivante.

Au terme de cette présentation, on est en droit de se poser la question : *Mais où se trouve le handicap ?*

LE HANDICAP DANS LA CIF

On remarquera que dans le schéma de présentation des concepts clefs de la CIF, le terme de handicap n'apparaît pas en tant que tel dans la mesure où il résulte de trois niveaux de dysfonctionnement : interne, au niveau de la personne, au niveau de la personne dans sa relation à la société.

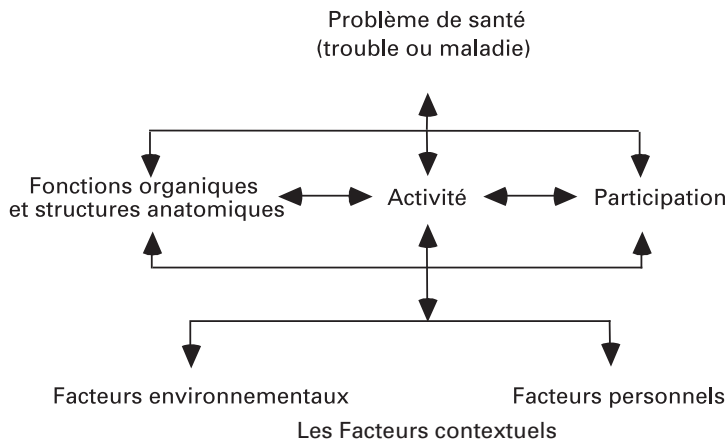


Schéma 2: Représentation du modèle du handicap au travers de la CIF

- Lorsqu'on observe un dysfonctionnement au niveau interne, c'est-à-dire sur les fonctions organiques et ou sur les structures anatomiques, on parle de déficience. Cette déficience traduit un écart ou une perte importante des potentialités, de compétences.
- Lorsque le ou les dysfonctionnements se situent au niveau de l'activité, on parle de *limites d'activité*. Ces limites d'activité se traduisent par des performances. Elles portent sur les difficultés que rencontre la personne dans l'exécution d'une tâche.
- Le terme *restriction de participation* indique les dysfonctionnements que la personne rencontre dans ses rapports à la société.

Afin de disposer du modèle le plus souple pour appréhender l'ensemble des variations interindividuelles, la CIF pose le principe de l'interaction entre les concepts qui composent le handicap.

Les interactions entre les concepts

On peut avoir une déficience sans avoir de limites dans ses activités. Par exemple être atteint de la lèpre est une déficience, mais elle n'entraîne pas ipso facto une limitation

d'activité. On peut être défiguré et être en mesure de poursuivre son activité.

On peut avoir une déficience sans limitation d'activité mais engendrant une restriction de participation. Un diabétique présente une déficience de fonction. Le pancréas ne produit pas d'insuline. Sous traitement, cette déficience n'engendre pas d'incapacité. Cependant l'enfant diabétique rencontrera une restriction de participation lorsqu'il sera convié à partager des agapes.

On peut avoir des limitations d'activité (une incapacité) sans présenter une déficience évidente. Par exemple, de nombreuses pathologies engendrent une baisse de l'efficacité dans les activités quotidiennes.

On peut avoir des restrictions de participation à la vie sociale sans présenter une déficience, ni limitation d'activité. Une personne séropositive peut souffrir dans ses relations sociales de l'image qu'il représente si on apprend sa pathologie. Il en va de même pour un ancien patient qui sort d'un hôpital psychiatrique. Par exemple un problème de santé comme une phobie spécifique engendre de l'an-

goisse (déficience) et peut se traduire par le fait que le sujet ne puisse plus sortir de son domicile (limitation d'activité). Cette limitation d'activité engendrera probablement au bout d'un certain temps des difficultés avec son employeur (restriction de participation).

Ces trois dysfonctionnements que sont la déficience, les limites d'activité, les limites de participation sont *qualifiées*. La qualification de la déficience s'effectue sur une échelle en 5 points (aucune déficience, déficience moyenne, modérée, sévère et totale). Pour les domaines de l'activité et de la participation, il y a deux codes qualificatifs :

- le code qualificatif de performances décrit ce qu'une personne fait dans son cadre de vie habituel ;
- le code qualificatif de capacité décrit l'aptitude d'une personne à effectuer une tâche ou une action. Ce code définit le niveau le plus élevé qu'une personne peut atteindre dans un domaine donné (sans assistance humaine ou technique). L'idée est de pouvoir déterminer l'écart entre capacité et performance. Si la capacité est inférieure à la performance, c'est que le cadre de vie habituel de la personne lui permet d'accomplir une performance supérieure à celle que les données sur la capacité laissaient prévoir : l'environnement dans ce cas a facilité la performance. Si au contraire la capacité est supérieure à la performance, alors certaines caractéristiques de l'environnement constituent dans ce cas un obstacle ou un frein à la performance de la personne. La distinction entre obstacles et *facilitateurs* environnementaux est codée.

Chaque fois que cela est possible, les noms des domaines doivent être formulés dans un langage neutre pour que la classification puisse exprimer à la fois les aspects positifs et négatifs de chacune des caractéristiques du fonctionnement. C'est par l'intermédiaire du fonctionnement que la CIF permet de distinguer les types d'interventions :

- les interventions au niveau du corps ou de la déficience. Elles sont principalement médicales ou rééducatives. Elles tendent à prévenir ou à améliorer les limitations au niveau du fonctionnement de la personne en corrigeant ou en modifiant les fonctions corporelles ou les structures anatomiques intrinsèques ;
- les interventions qui visent à augmenter le niveau de capacité de la personne. Ces interventions peuvent cibler soit l'amélioration de la capacité (travail sur la personne), soit la recherche de modifications de l'environnement, par l'élimination d'obstacles environnementaux ou par la création de *facilitateurs* pour augmenter la performance dans les activités et les tâches de la vie quotidienne.

EN CONCLUSION : LA CIF EST-ELLE UN MODÈLE OPÉRATIONNEL ?

Dans le domaine de l'enseignement, la CIF présente un intérêt à la fois méthodologique et théorique. Sur le plan méthodologique, il est en effet difficile de concevoir une pratique pédagogique ou rééducative qui s'adresse aux élèves en grandes difficultés scolaires comme aux élèves en situation de handicap sans une évaluation initiale des compétences². Or il est capital d'avoir présent à l'esprit que la compétence, déduite par l'intermédiaire

2. En psychologie cognitive, on définit la compétence comme une potentialité complexe, interne au sujet donc non observable. Pour Grégoire (1996), la compétence est un ensemble organisé de capacités. La performance, en revanche, est le comportement observable, le produit, le résultat, la trace que laisse le sujet par l'intermédiaire d'une tâche.

de la performance, s'effectue au travers du filtre de la tâche. Concevoir une tâche à visée évaluative implique de s'assurer qu'il existe un lien entre la tâche et la compétence que l'on cherche à mesurer. Les capacités requises pour résoudre la tâche ne doivent pas être trop distantes de la compétence visée. Il faut que la consigne soit comprise par le sujet et il est souhaitable que l'activité ait un sens pour lui et suscite son adhésion. En effet, le contexte affecte la qualité de la performance. Sur le plan théorique, la référence à la CIF permet à l'enseignant spécialisé de situer son action. Lorsqu'il propose des remédiations dans le sens le plus large, il se place au niveau du fonctionnement de la personne, c'est-à-dire dans le champ de l'*activité*. Ces remédiations, dont l'objectif est de réduire les limites d'activité, devront être élaborées en prenant en compte les facteurs contextuels. Enfin, la participation apprécie la dimension de l'intégration. D'une manière générale, ce cadre conceptuel qu'est la CIF, montre s'il en

est encore besoin, que lorsque l'on cherche à comprendre un phénomène humain, le handicap comme d'autres, il est illusoire de s'enfermer dans une et une seule référence théorique. La réalité humaine est complexe. Les modèles qui tentent de la comprendre doivent être complexes et de ce fait, intégrer différents plans : cognitif, affectif, émotionnel, social. Néanmoins, la CIF dans sa conceptualisation soulève déjà une vaste série de questions. Maudinet (2003) dans un entretien au magazine *Fisaf* discute la qualité de classification de la CIF. Il estime qu'elle est davantage une nomenclature. En effet, le modèle classificatoire sous-jacent est proche de celui que les zoologistes ou botanistes du XVIII^e siècle utilisaient. Peut-on prétendre classifier l'univers total de la vie humaine au nom du *bien-être* et de la *bonne vie*? Si certes, la CIF pose un cadre pour appréhender le fonctionnement de la santé et du handicap, il reste encore à l'opérationnaliser. Notre réflexion en est une contribution.

Bibliographie

- BARRAL (C.), « De l'influence des processus de normalisation internationaux sur les représentations du handicap », *Handicap*, 81, 1999, p. 20-34.
- BARRAL (C.), ROUSSEL (P.), « De la CIH à la CIF. Le processus de révision », *Handicap*, 94-95, 2002, p. 1-23.
- GRÉGOIRE (J.), « L'évaluation diagnostique des troubles d'apprentissage », *ANAE*, 39-40, 1996, p. 116-122.
- GOFFMAN, *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Éditions de Minuit, Paris, 1976.
- MAUDINET (M.), « Introduction de la journée sur les enjeux de la classification internationale des handicaps », *Handicap*, 81, 1999, p. 3-5.
- OMS (2002), « Vers un langage commun pour le fonctionnement, le handicap et la santé. CIF Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé », *Handicap*, 94-95, 2002, p. 25-42.
- RAVAUD (J.-F.), « Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet », *Handicap*, 81, 1999, p. 64-75.
- ROUSSEL (P.), « CIH-1/CIH-2 rénovation complète ou ravalement de façade ? », *Handicap*, 81, 1999, p. 7-19.
- STIKER (H.J.), *Corps infirmes et sociétés*, Dunod, Paris, 1997.