

Frank Jamet est maître de conférences en psychologie à l'IUFM de Rouen. Il est responsable de la formation ASH. Ses travaux de recherches portent sur l'épistémologie expérimentale et la modélisation de la connaissance du monde environnant...

La classification internationale du handicap actuellement en vigueur est-elle compatible avec l'école de l'inclusion. Toute classification n'est-elle pas un obstacle à l'inclusion ?

« Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé et inclusion : une impossible rencontre ? »

Frank Jamet
FRANCE

Les notions de *classification* et d'*inclusion* sont-elles antinomiques ou, au contraire, sont-elles compatibles ? Telle est la question que nous allons discuter. Si certes, la littérature officielle de l'éducation nationale (circulaires 2002-111 ; 2002-112 ; 2002-113, 2005-1014) ne se réfère pas explicitement à la notion d'*inclusion*, depuis les années 2000 les publications traitant de cette notion sont de plus en plus nombreuses. Les articles de Plaisance et Gardou (2001) ; Benoît (2003a, 2003b) De Carlo-Bonvin (2003), Jamet, (2004) et dernièrement ceux de Crouzier, Gossot, Lacroix, Lapeyre, Erbersold, Prets, Weber, Rault, Wormnaes, Garel et Baudoin (2005) en constituent un témoignage.

Après avoir exposé les « fondamentaux » de la Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la santé (C.I.F.), nous examinerons les principes qui structurent le concept d'*inclusion* pour clore notre propos sur le caractère probable ou improbable de la rencontre entre ces deux notions.

Les « fondamentaux » de la C.I.F

Si, les notions de *Déficience*, d'*Incapacité* et de *Désavantage* sont bien connues des personnels œuvrant dans l'Adaptation aux Situations de Handicap (A-SH), notions issues de la C.I.H. (1989), la classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (C.I.F.), entérinée le 22 mai 2001 lors de la cinquante-quatrième assemblée mondiale de la santé, ne constitue pas encore la référence partagée par tous (pour plus de détails, voir Jamet, 2004).

La Classification Internationale du Fonctionnement de la santé et du handicap appartient à la « famille » des classifications internationales élaborées par l'O.M.S comme la Classification Internationale des troubles Mentaux (C.I.M-10, 1993) ou la Classification Internationale du Handicap (C.I.H., 1980).

L'objectif général de cette classification est : « [...] de proposer un langage uniformisé et normalisé ainsi qu'un cadrage pour la description des états de la santé et des états connexes de la santé » (C.I.F., 2001, p. 3). En s'intéressant aux composantes de la santé que sont la vision, l'audition, la marche, l'apprentissage, la mémoire, etc... et à ces domaines connexes, comme la mobilité, l'éducation, les interactions en société, l'éducation, le travail, la C.I.F rompt avec les précédentes approches centrées sur l'impact de la maladie.

L'outil permet d'adopter trois points de vue sur la santé : un point de vue qui se focalise sur l'organisme, un point de vue qui s'intéresse à la personne en tant qu'individu agissant et enfin le point de vue qui appréhende le sujet en tant qu'être social. On aura à l'esprit que La C.I.F. n'est pas la classification pour les seules personnes en situation de handicap. L'application de la C.I.F. est universelle.

La C.I.F. structure les informations relatives à la personne en situation de handicap en deux parties : 1) celles ayant trait au fonctionnement et au handicap et 2) celles liées aux facteurs contextuels.

La conceptualisation du handicap que propose la C.I.F. s'appuie sur cinq notions que sont : le *problème de santé*, les *fonctions organiques* et les *structures anatomiques*, l'*activité*, la *participation*, ainsi que les *facteurs contextuels*.

1) 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 (C.I.F., 2001)

2) 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 (C.I.F., 2001 p. 12).

3) 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

(C.I.F., 2001). L'activité se réfère à un contexte donné. L'activité répond à la question comment la personne réalise-t-elle concrètement la tâche demandée ?

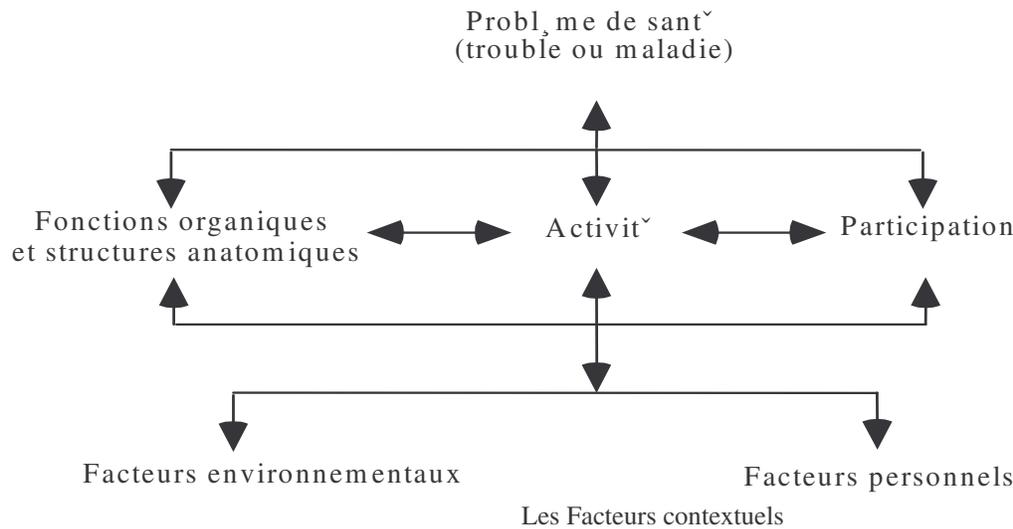
4) Une participation désigne l'implication dans une situation de vie réelle. La participation est le résultat de l'interaction entre la personne et les facteurs externes. La participation concerne le rapport à la société (C.I.F., 2001)

5) Les facteurs contextuels ont trait au cadre de vie de la personne. Ils comprennent à la fois les facteurs environnementaux et les facteurs personnels. Ces deux facteurs pouvant avoir un effet sur le problème de santé.

Les facteurs environnementaux sont externes à la personne. Ils concernent des milieux comme le domicile, l'école, le cadre de travail, les attitudes sociales, les caractéristiques architecturales, les structures sociales et légales ainsi que le climat, le sol, etc...

Les facteurs personnels sont internes à la personne. Ils incluent le sexe, l'âge, le mode d'adaptation, l'origine sociale, le niveau d'études, la profession, etc...).

Alors que la conceptualisation précédente du handicap (C.I.H.) induisait son inscription dans une relation de causalité linéaire (Problème de santé → Déficience → Incapacité → Désavantage), la C.I.F. pose le principe d'une organisation interactive des concepts entre eux. Le schéma I ci-dessous en présente l'illustration.



Représentation du modèle du handicap au travers de la C.I.F (2001)

Il est aisé de remarquer que la notion de handicap n'apparaît pas dans ce schéma. La conceptualisation de la C.I.F. a-t-elle fait disparaître la notion de handicap ? Il n'en est rien. En effet, posant comme principe l'interactivité des cinq concepts entre eux, le handicap peut résulter de trois niveaux de dysfonctionnement.

Configurations	Fonctions organiques	Activité	Participation
1 ^{er}	x		
2 ^{ème}		x	
3 ^{ème}			x
4 ^{ème}	x	x	
5 ^{ème}		x	x
6 ^{ème}	x		x
7 ^{ème}	x	x	x

Sept configurations potentielles de handicap

Il peut être interne à la personne et / ou lié à la personne et / ou en relation avec la société. Dans l'absolu, on peut retrouver sept configurations de handicap (voir tableau I).

Une personne peut présenter une altération fonctionnelle ou organique (un diabète par exemple) sans pour autant présenter de limitation d'activité, ni de participation. Un diabétique présente une déficience de fonction. Le pancréas ne produit pas d'insuline. Sous traitement, cette déficience n'engendre pas de limitation d'activité, ni de participation. Un enfant diabétique, par exemple, peut rencontrer une restriction de participation lorsqu'il est convié à partager des agapes à l'école.

A contrario, la restriction de participation sociale peut s'observer indépendamment d'une altération des fonctions organiques ou des structures anatomiques. En effet, une personne présentant une pathologie mentale peut se trouver face à une réduction de participation si son entourage professionnel apprend qu'il sort d'un hôpital psychiatrique.

Nous pourrions développer à loisirs les exemples qui illustrent ces différentes configurations de handicap. Au travers de ces quelques situations, on peut identifier les possibilités qu'offre la C.I.F pour appréhender la situation de handicap que la personne rencontre. En fonction de la configuration, les stratégies mobilisées seront donc spécifiques à la personne.

Au terme de cette présentation rapide de la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé, il nous appartient d'examiner ce que recoupe la notion d'Inclusion.

La notion d'inclusion

La notion d'Inclusion, concept issu de la littérature anglophone, devient un concept clef de la politique du parti travailliste dans les années 1980, concept qui s'appliquera, entre autre, à l'éducation (Armonstrong, 2004, Jamet 2004).

Pour Plaisance et Gardou (2001), la notion d'inclusion n'est pas un substitut à la notion d'intégration. En effet, l'inclusion implique un changement radical dans l'accueil, par l'école, des diversités.

Pour notre part, le concept d'inclusion, concept complexe, se nourrit 1) du principe « d'égalité » en référence aux Droits de l'Homme, 2) d'une « normalité » repensée et 3) du principe de l'école unique. Qu'est-ce à dire ? Le principe « d'égalité » en référence aux Droits de l'Homme

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 ainsi que la Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales de 1950, constituent les textes de référence sur lesquels le concept d'inclusion se fonde. La dignité de la personne, l'unité irréductible de l'homme et l'interdiction de la discrimination sont les principaux arguments philosophiques de l'inclusion. Etre digne s'est pouvoir réaliser ses propres choix du fait d'être un être libre (article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme). S'opposer au principe de deux « écoles », une école ordinaire et une école spécialisée, c'est d'une part, refuser la discrimination (article 14 de la Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales, 1950 ; Charte sociale européenne révisée, 1996) et d'autre part, rompre avec le principe de l'unité irréductible de l'homme. L'existence de deux écoles n'est-ce pas sous-entendre « deux humanités » ? L'humanité qui pourrait suivre le cursus ordinaire et une autre humanité qui bénéficierait d'une « école spécialisée » (Jamet, 2004).

La « normalité » repensée

L'idée d'une « *normalité repensée* » s'inscrit toujours dans la continuité des textes fondateurs à la notion d'inclusion (Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales de 1950). Le concept d'inclusion rend incompatible le principe de la relation d'asymétrie entre « *normal* » et « *pathologique* ». En effet, dans le cadre de « *l'école ordinaire* » la question du normal ne se pose pas. L'école « ordinaire » est, par définition, « normale » (McDonnel, 2000). Si l'école est co-substantielle à la normalité, toute école autre que l'école « ordinaire », n'appartiendrait pas au monde du « normal » et serait dans le « pathologique ». La « *philosophie* » inhérente aux principes de l'inclusion rejette l'existence d'un « *normal* » qui se définit toujours par son opposition, à un « *pathologique* ». Ce qui définit le « normale » c'est l'humain. Une école « ordinaire » est une école qui accueille l'ensemble de l'humanité, dans l'expression de sa plus grande diversité. En effet, l'homme est une unité irréductible. Ce principe d'une « *normalité repensée* » engendre la remise en question de *l'establishment médico-spécialisé* qui mesure, qui se focalise essentiellement sur la personne sans prendre en compte l'environnement dans lequel cette personne vit. Cet *establishment* impose une relation asymétrique entre un « *expert* » qui sait et décide et un « *handicapé* » (Jamet, 2004).

Le principe de l'école unique

La notion d'école « *unique* » trouve sa justification à la fois dans la référence aux textes fondamentaux (Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales de 1950), en France dans la loi du 11-2-2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, mais également dans ce que nous appelons la « *normalité repensée* ». En effet, l'école « ordinaire » conservera son statut d'ordinaire que si elle se compose d'élèves de tous les milieux, de toutes cultures, d'élèves en situation de difficulté d'apprentissage mais également en situation de handicap. Si le modèle de la mathématique est synonyme d'harmonie, une distribution gaussienne de la population scolaire au sein de chaque école constituerait un idéal (Jamet, 2004).

Classification et inclusion, quelle compatibilité ?

Pour discuter de la compatibilité entre *Classification* et *Inclusion*, nous adopterons deux points de vue : un point de vue interne et un point de vue externe. Le point de vue interne consistera à examiner la question suivante : les fondamentaux, qui sous-tendent la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé, sont-ils compatibles ou non avec la notion d'inclusion ? Le point de vue externe, l'outil que constitue la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé en tant que tel est-il compatible ou non avec l'inclusion ?

Le point de vue interne

La Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé pose comme principe que le handicap s'appréhende dans un « univers tridimensionnel interactif ». Le premier « univers » est interne à la personne. Il se focalise sur les « *Fonctions organiques* » et / ou les « *Structures anatomiques* ». Le second « univers » examine les capacités de la personne dans le cadre de « l'*Activité* ». Le troisième « univers » apprécie la « *Participation* » de la personne dans l'ensemble de ses rapports sociaux.

L'approche inclusive s'élève contre l'*establishment médico-spécialisé* et plus particulièrement contre le modèle *clinico-pathologique* qui conçoit le handicap comme étant :

- 1) centré sur la personne, c'est-à-dire que le handicap est une caractéristique intrinsèque de la personne.
- 2) élaboré dans une perspective uniquement défectologique, c'est-à-dire que le handicap se définit en termes de manque
- 3) ignorant l'incidence environnementale dans son sens le plus large sur le handicap.

Ces trois critiques « centration sur la personne », approche défectologique et non prise en compte de l'environnement tombent dans le cadre de la conceptualisation du handicap que propose la Classification Internationale du Fonctionnement de la santé et du handicap. Examinons les un à un.

La centration sur la personne

En effet, les trois univers auxquels nous faisons précédemment allusion : « interne », « personne » et le « social ») en interaction, sortent le handicap du seul lien à la personne.

Le concept même de « *Participation* » nous permet d'appréhender le sujet dans ses rapports avec les autres. La prise en compte des facteurs contextuels (facteurs environnementaux et facteurs personnels) interagissant à la fois sur les fonctions organiques et structures anatomiques, sur « l'*activité* » et sur la « *Participation* » réduisent la portée de cette critique.

L'approche défectologique

La mesure, fonction importante du modèle *clinico-pathologique*, et ce, quelle que soit l'orientation théorique, est contestée par les tenants de l'approche inclusive. La critique la plus vive porte sur le fait que l'évaluation est rarement faite en termes positifs. Il suffit de lire les comptes rendus d'examen psychologique, par exemple, pour constater le déséquilibre entre ce qui est dit relatif au « manque », au caractère inopérant des conduites, à l'absence de maîtrise par rapport aux potentialités identifiées par l'examen clinique et psychométrique.

Pour apprécier la qualité de l'ensemble des composantes de la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (Fonctions organiques et Structures anatomiques ; Activité ; Participation ainsi que les Facteurs contextuels) une quantification est proposée. Cette quantification est réalisée à l'aide d'échelles qualitatives. Elles comportent différents niveaux ainsi que des fourchettes de pourcentage. Neuf niveaux sont prévus pour apprécier les Fonctions organiques, les Structures anatomiques, les Activités et la Participation et cinq pour les facteurs environnementaux.

Les neuf niveaux sont les suivants : « pas de problème », « problème léger », « problème modéré », « problème grave », « problème entier », « non précisé » et « sans objet ». Les fourchettes de pourcentage sont fournies à titre indicatif en parallèle à l'échelle qualitative (Pas de problème : 0-4 % ; problème léger 5-24 % ; moyen 25-49 %, etc...). Pour les composantes « *Activités* » et « *Participation* », on parle, pour la première, d'échelle de *capacité* et pour la seconde d'échelle de *performance*. La notion de *capacité* est à comprendre dans le sens de ce qu'une personne peut réaliser à un moment donné dans une condition particulière sur un domaine spécifique. La notion de *performance*, elle renvoie à ce que peut réaliser cette même personne dans son cadre de vie habituel. En d'autres termes, la *capacité* correspond à ce que le sujet réalise dans un univers standardisé, normalisé alors que la *performance* est ce qu'il effectue dans la « vraie vie ».

L'échelle en cinq niveaux, qui s'applique aux facteurs environnementaux, présente la particularité d'être une double échelle. Une échelle mesure les obstacles environnementaux : « aucun obstacle », « obstacle léger », « obstacle modéré », « obstacle grave », « obstacle absolu » et l'autre les « facilitateurs » environnementaux : « aucun facilitateur », « facilitateur léger », « facilitateur modéré », « facilitateur substantiel », « facilitateur absolu ». Comme pour la composante « fonctions organiques » et « structures anatomiques » une fourchette de pourcentage est

également proposée : « aucun facilitateur : 0-4 % » ; « facilitateur léger : 5-24 % » ; « facilitateur modéré » : 25-49 % », etc....

Si certes, le principe d'une approche en termes d'échelle négative est bien présente dans la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé, signant par là son appartenance au modèle *clinico-pathologique* classique, la double échelle en cinq points marque une rupture. Il est vrai que cette rupture porte sur la dimension environnementale de la situation de handicap. Néanmoins nous rappellerons, que le cadre conceptuel qui sous-tend la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé est un cadre où ses composantes sont en interaction.

La non-prise en compte de l'environnement

Comme nous l'évoquions précédemment, la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé s'intéresse aux composantes de la santé et aux domaines connexes comme l'éducation ou le travail, etc.... Les facteurs contextuels, c'est-à-dire environnementaux et personnels traduisent la prise en compte de l'environnement sur le handicap.

Nous souhaiterions ajouter que les deux notions de *capacité* et de *performance*, qui apprécient, pour la première, le niveau du sujet dans une situation standardisée et pour la seconde son niveau dans la vie quotidienne pour un même domaine sont extrêmement intéressantes. En effet, le différentiel est riche de sens. La comparaison de ces deux résultats permet d'appréhender la dynamique du sujet. D'un point de vue épistémologique, le passage entre une évaluation statique à une évaluation dynamique constitue une réelle rupture. Nous abandonnons l'aire de la photographie où l'on saisit ce qui se passe à un moment donné, dans des conditions particulières pour entrer dans l'aire du film qui permet d'appréhender la dynamique évolutive ou involutive.

De notre point de vue, les critiques pertinentes des tenants de l'approche inclusive à l'encontre du modèle « clinico-pathologique » sont moins prégnantes lorsqu'on les applique à la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé.

Intéressons nous maintenant au point de vue externe, en passant au crible la question suivante : « l'outil que constitue la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé en tant que tel est-il compatible ou non avec l'inclusion ? ».

Le point de vue externe

Le corps médical français entretient avec les classifications une relation très contrastée. En effet, il existe à la fois une tradition française de longue date qui contribue à la réflexion sur les classifications alors qu'une autre partie du corps médical y est totalement hostile.

En effet, depuis François Boissier de Sauvage (1706-1767), médecin, botaniste qui propose une classification des maladies (*Nosologica Methodica*, 1763/1768) où 2400 maladies sont regroupées en classes, ordres, genres et espèces, suivant l'esprit de Thomae Sydenham (1624-1689) et surtout conformément à la méthode des botanistes, la tradition s'est perpétuée. Ce travail sera suivi par de Linné (1707-1778) (*Genera morborum*). Pinel Philippe (1745-1826) élabore la Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine en 1798. On retrouve ensuite la classification de Bertillon Jacques (1851-1922) de 1896, de 1900, 1909, 1921, 1930, 1938) qui ouvrira par la suite la série des classifications de l'O.M.S. (1950, 1957, 1968, 1977 et 1993).

Les réserves du corps médical face à l'outil classification sont de différentes natures. Il estime que l'utilisation d'une classification ne permet pas de suivre les données cliniques au plus près. Elle stigmatise, enferme la personne sous une étiquette (Azéma, 2001). La pénétration de l'approche psychanalytique dans les années 1940 a accru l'antinosologie.

Sur la base de ces critiques, il y aurait incompatibilité totale entre Classification et Inclusion.

La pratique médicale n'implique t-elle pas *ipso facto* une nosologie implicite ? N'est-il pas alors préférable de disposer d'un outil explicite ? Azéma (2001)

Les critiques portées à l'encontre des classifications en tant que telles, méritent que l'on revienne sur ce qu'est une classification. Pour ce faire, nous reprendrons la définition de Marchais (2003) : « La classification est une représentation organisée de phénomènes naturels qui apparaissent désordonnées. Elle est constituée par un système de classes tributaires des relations établies entre les phénomènes observés, ainsi qu'entre ces derniers et l'observateur. Elle dépend de la finalité observée » (p. 162).

La question de la détermination des critères qui fonde les classes est essentielle. Elle est, tout à la fois, le point fort mais également le talon d'Achille de l'outil. « Les classes sont formées tant sur des traits communs fondés sur des analogies de fonctions spécifiques que sur un consensus » (Marchais, 2003, p. 162). On aura toujours présent à l'esprit que, dans toute classification, il subsiste, à la fois, des vides entre classes et / ou des interpénétrations qu'il conviendra de réduire. Ces vides, comme ces interpénétrations, sont les vecteurs d'évolution. Les vides devront être comblés par la recherche. Ils vont avoir pour effet d'enrichir l'outil conceptuel (la classification) qui nous permet

d'appréhender la réalité. Les interpénétrations offriront la possibilité d'un remaniement des classes existantes. « La classification relève toujours d'une connaissance approchée qui n'est jamais identique à toute la réalité observée ce qui explique son évolution et ses transformations » (Marchais, 2003, p 163).

Si les utilisateurs de la Classification et de la classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé en particulier, ont présent à l'esprit, ce qu'est une classification et ont intégré que cet outil laisse des vides comme des interpénétrations de classes, la classification gardera son statut d'outil conceptuel. Sur un plan métaphorique, ce principe permet de disposer d'une organisation de la forêt et de plus confondre l'arbre avec la forêt.

Conclusion

L'objectif de notre réflexion était de discuter la question de la compatibilité ou de l'incompatibilité entre la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé et le concept d'inclusion. Nous avons montré que les composantes internes de la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé sont compatibles avec les fondamentaux qui sous-tendent le concept d'inclusion. Si certes, les critiques développées à l'encontre des classifications s'appliquent à la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé, il nous semble que ces dernières peuvent être réduites en restituant la classification en tant qu'outil conceptuel. L'outil conceptuel permet, dans ce cas, de disposer d'une organisation de la réalité observée et explicite.

Bibliographie

- Azema, B. (2001). « Classification Internationale des Handicaps et la recherche en santé mentale », In B. Azéma, J-Y Barreyre, F. Chapireau et M. Jaegger (Dir.), *Classification internationale des handicaps et santé mentale*, pp. 21-51, Paris : CTNERHI.
- Armonstrong, F. (2003). « Débusquer l'idéologie : l'exemple d'une école en Angleterre » In D. Poizat (Dir.) *Education et Handicap*, 2004, pp.21-32, Raimonville Saint Agne : Erès.
- Benoît, H. (2003a). « Comment en est-on venu à l'UPI ? Forme et signification d'un dispositif », *La nouvelle revue de l' AIS*, n° 21, 33-48
- Benoît, H. (2003b). « Peut-on parler de besoins éducatifs particuliers en cas de difficulté scolaire ? », *La nouvelle revue de l' AIS*, n° 22, 81-88.
- Carlo-Bonvin (de), M. (2003). « Nouvelle classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Réflexions et enjeux pour la pédagogie spécialisée », *Pédagogie spécialisée*, n°2, 6-13.
- C.I.F. (2001). Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la Santé. Genève : OMS.
- C.I.H. (1980). Classification Internationale du Handicap. Genève : OMS.
- Circulaires n° 2002-111, 112, 113 du 30 avril 2002. Bulletin Officiel de l'Education Nationale, n° 319 du 1^{er} septembre 2002.
- Circulaires n° 2005-1014 du 24 août 2005. Bulletin Officiel de l'Education Nationale, n° 19 du 9 mai 2002.
- Crouzier, M-F, Gossot, B. Lacroix, N. Lapeyre, M ; Erbersold, S., Prets, C., Weber, H., Puig, J., Rault, C., Wormanaes, S. Garel, J-P. et Baudoin, C. (2005). Ecole : comment passer de l'intégration à l'inclusion ? *Reliance*, n° 16, 27-105.
- Jamet, F. (2003). « De la classification International du Handicap (C.I.H.) à la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé », *La nouvelle revue de l' AIS*, n° 22, 163-171.
- Jamet, F. (2004)., « Les fondamentaux de l'inclusion : réflexions psychologiques », *La nouvelle revue de l' AIS*, n° 28, 217-222.
- Marchais, P. (2003), « L'activité psychique. De la psychiatrie à une théorie de la connaissance ». Paris : L'harmattan.
- McDonnell, P. (2000). *Inclusive education in Ireland : rhetoric and reality*. In F. Armstrong, D. Armstrong, & L. Barton (Eds) *Inclusive Education Policy, Contexts and Comparative perspectives* (pp. 12-26) London : David Fulton Publishers.
- Plaisance, E. & Gardou, C. (2004). « Situation de handicap et institution scolaire », *Revue Française de Pédagogie*, n° 134, 5-96.