

L'intégration sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap : des concepts à l'évaluation des actions

Dominique Mautuit⁽¹⁾

L'objet de cet article est de mettre l'accent sur la nécessité de coordonner deux actions dans un processus d'intégration socio-professionnelle :

- Une action avec la personne afin de lui permettre de développer ses compétences, de valoriser son identité sociale.

- Une action sur l'environnement afin de créer un espace de changement par rapport aux représentations du handicap et des possibilités qu'offrent les personnes en situation de handicap.

Les concepts d'intégration et de situation de handicap vont s'articuler pour favoriser une approche dynamique et positive de la personne engagée dans une démarche d'intégration socio-professionnelle. Un exemple d'évaluation basé sur les nouvelles approches du handicap permet de mettre en évidence le passage des concepts aux indicateurs.

L'emploi du mot handicap a subi une évolution tant dans le discours idéologique que politique. De l'identification de la personne (handicapé physique, handicapé mental) à l'identité de la personne (personne handicapée, personne vivant une situation de handicap), l'utilisation du mot handicap est passée d'une constante à une variable mesurable.

Depuis l'apparition du mot handicap dans le langage français, le concept a été marqué par des définitions qui ont tenté de cerner le champ de la population concernée.

Dans un premier temps, ces définitions ont mis l'accent sur une visée clinique individualiste.

Les catégorisations proviennent d'une géographie humaine bien établie : le corps, l'intellect, le psychisme, le social ; en même temps, à la fin du XIX^{ème} siècle, comme l'a montré Michel FOUCAULT, la maladie tend à devenir

conceptuellement isolable et matériellement manipulable, indépendamment de la personne du malade. Le handicap commence à exister comme un objet, au point que sa prévalence masque aux yeux du médecin le sujet qui en est porteur.

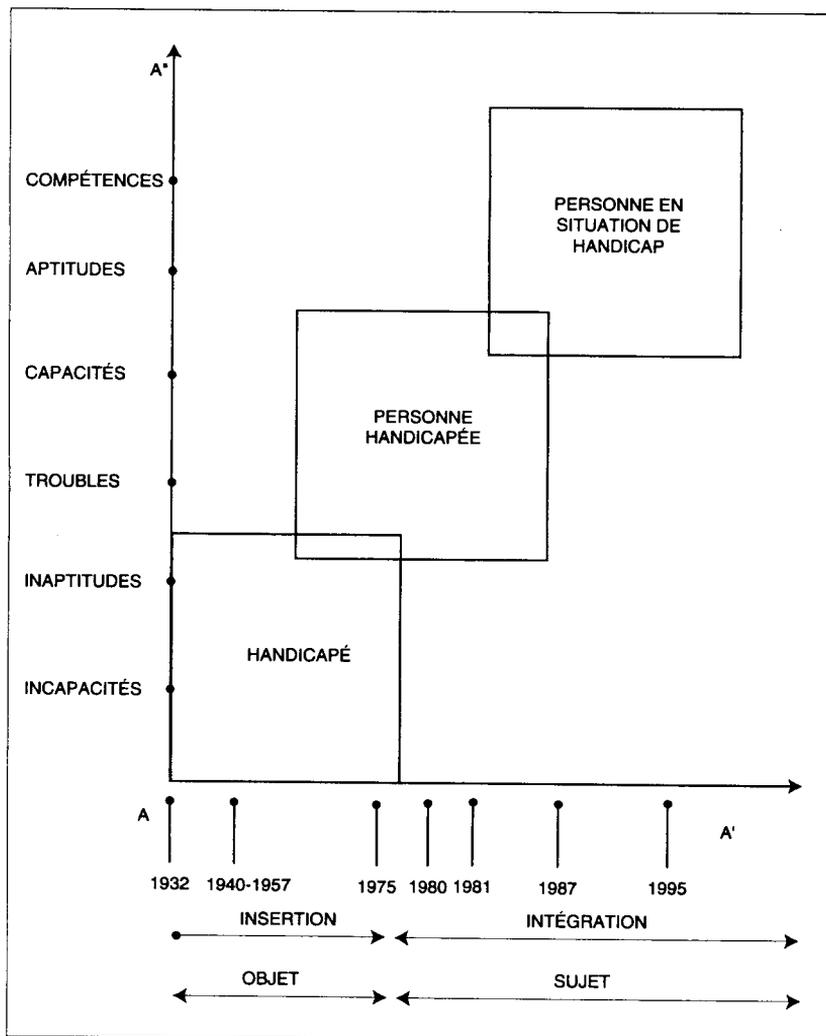
Nous avons recherché depuis l'apparition du mot handicap dans la langue française (1932 : le mot handicap entre dans le dictionnaire de l'Académie Française), les principales définitions qui ont émergé à un moment donné dans le champ politique, social, humain. A partir d'une analyse des connotations d'un corpus de définition utilisé officiellement dans le discours législatif français et des définitions données par les personnes handicapées, nous situons l'évolution selon deux axes : (voir schéma A : page 16).

- Un axe AA' qui met en évidence le passage de l'identification de la personne à l'identité de la personne. C'est l'axe anthropologique qui passe de la personne objet (étiquetée) à

¹ Docteur en anthropologie de la santé. Espace Régional de Réhabilitation (ERRAPS), 132, rue de Belfort - B.P. 961 - 25022 Besançon.

A) De l'étiquette à l'identité

sique, le paralysé.... pour en faire une source d'images et de métaphores, sans penser le plus



souvent à leur signification première. Observant une imperfection, nous sommes enclins à en supposer toute une série. En somme, notre première tendance, lorsque nous rencontrons l'autre, est de le placer dans une catégorie. Nos premiers jugements tendant à être stéréotypés : rencontrant une personne en situation de handicap, immédiatement, nous le revêtons de tous les attributs de notre propre représentation du handicap. Ce n'est que lorsque nous avons une grande expérience de la catégorie, en l'occurrence si nous partageons les problèmes de vie de cette personne, que nous le dépouillons des attributs stéréotypés et que commence le processus de personnalisation qui lui

la personne sujet.

- Un axe AA'' qui résulte de l'analyse du contenu sémantique des définitions : d'une constatation négative à une connotation positive.

Ces deux axes peuvent être illustrés par les propos de Charles GARDOU⁽²⁾ :

«Nous employons quotidiennement des termes désignant spécifiquement une catégorie stigmatisée : la maladie mentale, le handicap phy-

reconnaît son identité et sa dignité de sujet pensant et désirant, si mal aisée que soit la communication et si incompréhensibles que soient, en apparence, ses propos ou ses silences».

L'association, dans le langage de terrain, des mots comme : situation de handicap et intégration ; personne objet et personne sujet ; met en évidence les représentations liées à ces concepts.

- œuvrer pour les handicapés,

L'INTÉGRATION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP..

- travailler avec les personnes handicapées.
- Insérer les handicapés : la personne est l'objet d'insertion,
- Intégrer les personnes en situation de handicap : la personne est sujet de son processus d'intégration. Le passage de l'utopie à la réalité, ou plus exactement du discours à la réalité passe par une clarification des concepts qui sous-tendent les actions et nécessitent une définition opérationnelle de ceux-ci.

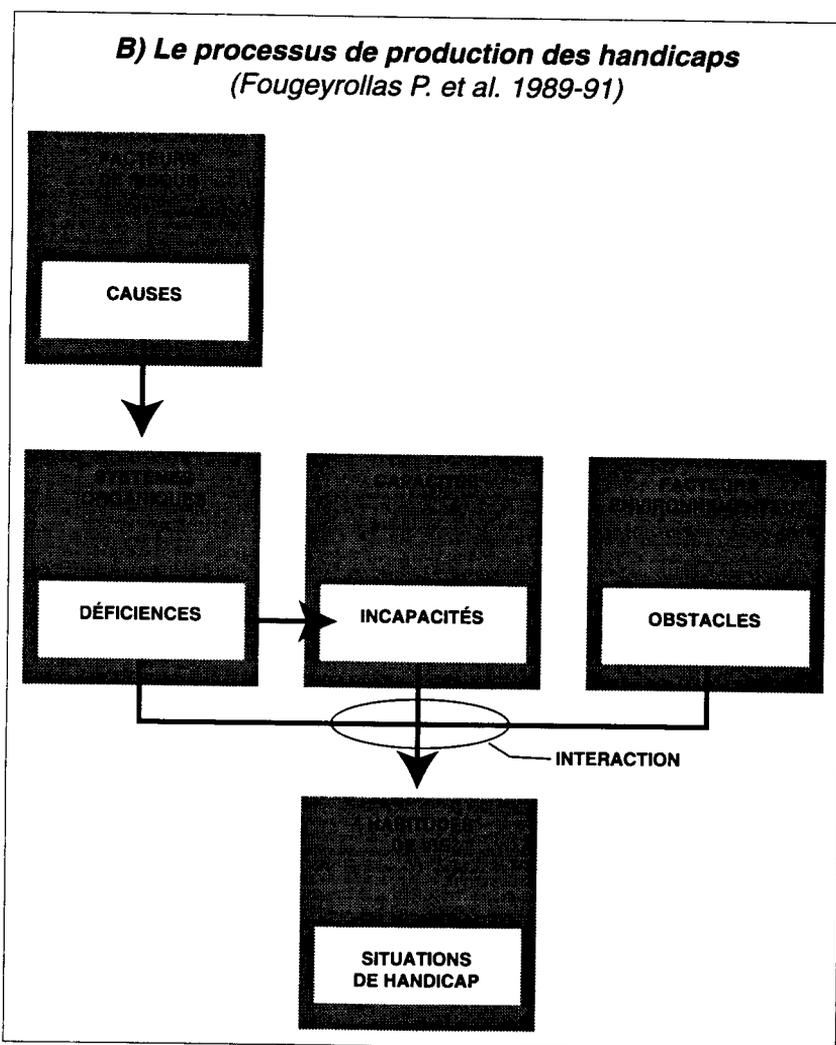
Une situation de handicap est le résultat de la confrontation entre les possibilités d'une personne et son environnement (soi, les autres, les organisations, l'espace) nécessitant une relation d'aide (technique, médicamenteuse, humaine) pressentie, identifiée ou faisant l'objet d'une demande.

Elle est réductible par une intervention technique ou humaine adéquate ayant fait l'objet d'un programme individualisé basé sur des objectifs définis.

Les travaux que nous effectuons en collaboration avec le Comité Québécois de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps (C.Q.C.I.D.I.H.) dans le cadre des propositions de révision de la classification de 1980 mettent en avant le processus d'apparition du handicap (voir schéma B). Les éléments d'analyse que nous avons exploités à partir du corpus de définitions, nous montrent à quel point il est nécessaire de bien identifier :

Les travaux que nous effectuons en collaboration avec le Comité Québécois de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps (C.Q.C.I.D.I.H.) dans le cadre des propositions de révision de la classification de 1980 mettent en avant le processus d'apparition du handicap (voir schéma B). Les éléments d'analyse que nous avons exploités à partir du corpus de définitions, nous montrent à quel point il est nécessaire de bien identifier :

- ce qui est du ressort de la personne à travers l'identification des déficiences et/ou des incapacités,
- ce qui est de l'environnement à travers le repérage des obstacles rencontrés,
- ce qui est des relations d'aides nécessaires pour permettre une meilleure intégration.



Cette définition replace le handicap comme la conséquence ou le résultat situationnel entre les capacités d'une personne (et non ses capacités), et les caractéristiques de l'environnement⁽³⁾. C'est une approche positive de la personne, car elle identifie des capacités restantes et met en œuvre des relations d'aide qui permettent de réduire ces situations handicapantes.

L'intégration, dans cette optique de personne sujet, apparaîtra donc comme une dynamique individuelle qui permet d'établir et de réaliser des projets dans un environnement.

Cette approche vérifie une thèse de Joseph Nuttin (1985). Les besoins de l'individu sont conceptualisés comme des catégories de relations de l'unité bi-polaire individu-environnement ; J. Nuttin parle de la motivation comme l'aspect dynamique et directionnel (sélectif ou préférentiel) du comportement. Il considère «la conduite» comme l'activité d'un sujet entrant en relation avec son milieu⁽⁴⁾.

En effet, pour être intégré, il ne suffit pas d'être présent dans des lieux considérés comme «normaux» ou à caractère ordinaire ; entreprise, loisirs, lieu de vie, école, université ne sont signes d'intégration que dans la mesure où l'individu s'y investit de façon active, comme élément d'une stratégie de son devenir et expression de ses désirs.

Peut-on définir l'intégration socio-professionnelle ?

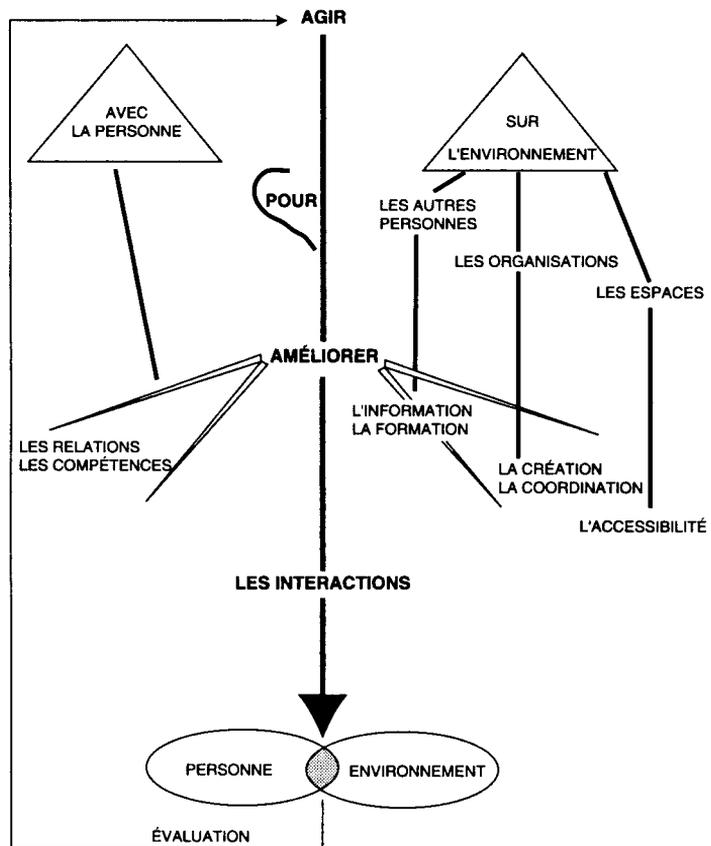
Nous avons étudié avec les acteurs du système, avec les personnes en situation de handicap, quelle était la représentation, quelle définition ils donnaient de l'intégration socio-professionnelle.

A travers le discours que nous avons collectés, deux axes dans le processus d'intégration apparaissent :

- un axe concernant les capacités à développer (pouvoir-faire, établir des relations). C'est l'axe centré sur la personne.
- Un axe concernant la mise en œuvre de stratégies allant du milieu spécialisé vers des structures à caractère ordinaire.

C'est l'axe centré sur l'environnement par rapport aux quatre espaces de structuration du temps de la personne (éducation, loisir, travail, lieu de vie).

C) Schéma dynamique des actions de nature à réduire les situations handicapantes



L'INTÉGRATION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP..

Le premier axe apparaît centré sur le sujet, le deuxième sur l'environnement.

C'est peut-être là que réside l'antinomie des deux concepts : intégration et insertion. Insertion contient une notion d'inclusion non modulable par le fait de l'individu. Cette disposition va provoquer l'assimilation d'un élément dans un ensemble qui, fondamentalement, ne se trouvera pas modifié. La personne est prise dans un système programmé qui fixe son propre renouvellement.

La structure ne se modifie donc pas pour recevoir le jeune ou l'adulte en difficulté. Le dispositif d'insertion ressemble à un système organisé de telle façon que des effets pervers apparaissent aussitôt.

La conséquence est évidente et n'assiste-t-on pas souvent à des placements consécutifs à des tentatives d'insertion professionnelle qui n'aboutissent pas car le dispositif d'accueil ne saurait se modifier !

On s'insère dans une structure, on n'est pas pour autant intégré.

On peut dire que l'insertion œuvre pour que l'individu puisse pénétrer dans un système déjà constitué. Celui-ci va devoir s'accommoder du fonctionnement qu'il découvre et adapter sa demande aux contraintes du milieu. Il est possible de dire que la confusion des deux termes dans les textes doit être retenue comme une chance offerte à la personne et aux partenaires de l'action sanitaire et sociale pour faire concorder au mieux les besoins à l'organisation qui est proposée. Ces deux concepts conjugués mettent effectivement en œuvre les finalités, les objectifs, les méthodes, les procédés, les dispositions, les stratégies et processus complexes peu ou prou identifiés.

La problématique posée par l'étude conjointe du processus d'insertion et du processus d'intégration conduit à questionner l'organisation du tissu social. La compréhension des systèmes de

planification, des notions d'aide, d'assistance, d'accompagnement, de projet s'avère nécessaire pour régler le couple apparemment antagoniste personne en difficulté/entrées dans le champ social ordinaire. La planification de tout système n'obéit pas à une régulation provenant de l'extérieur. Le système est toujours de nature intégrative et ne saurait prendre en compte le problème rencontré par la personne en difficulté. Le système obéit à la dialectique d'intégration/exclusion. Les deux termes d'insertion et d'intégration ne fonctionnent de façon concourante que dans la mesure où il existe une correspondance entre les processus mis en œuvre par les institutions et les dispositifs sociaux qui utilisent les compétences de la personne accueillie. Les concepts n'opèrent de façon agoniste que dans la mesure où sont identifiés les fonctions et rôles de chacun, l'acceptation des différences inter-individuelles, les champs de représentation spécifiques aux différents partenaires.

En 1989, nous avons proposé d'intégrer la pratique des activités physiques dans le déroulement des stages de formation en direction des travailleurs «reconnus handicapés» afin d'améliorer les compétences de mobilité (déplacement, orientation) et de communication des personnes inscrites dans les actions. Nous avons constaté, lors des bilans de stages axés principalement sur l'aspect professionnel, que les personnes avaient besoin de bénéficier d'actions spécifiques sur le plan personnel et social.

A partir de ce constat, nous avons évalué la situation socio-professionnelle de cinquante personnes en utilisant un outil construit à partir de l'instrument d'évaluation de l'intégration socio-professionnelle élaboré avec l'Association Régionale pour l'Insertion Sociale et Professionnelle des Personnes en Situation de Handicap⁽⁵⁾.

Cet outil identifie neuf habitudes de vie, de la révision de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps (C.I.D.I.H.), proposée par la Société Canadienne de la Classification Internationale des Déficien-

L'INTÉGRATION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP..

ces, Incapacités et Handicaps (C.I.D.I.H.), unité technique de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.). (Voir tableau ci-dessous)

Les groupes avec lesquels nous avons travaillé présentent une grande disparité dans la répartition des déficiences.

ERRAPS	CODE OUTIL : 13
--------	-----------------

ACTIVITÉS PHYSIQUES ET INTÉGRATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

FICHE DE RECUEIL DE DONNÉES

1 **Nom :** _____ **Prénom :** _____ **Date de nais. :** _____
Sexe : _____
Action de Formation : _____
Dates : _____

	2	Dates	Avant le stage	En fin de stage	Aujourd'hui
Professionnel		Critères	T1.....	T2.....	T3.....
		12.1 Orientation professionnelle			
		12.2 Recherche d'emploi			
		12.3 Occupation rémunérée			
		12.4 Occupation non rémunérée			
		11.4 En formation			
Loisirs		13.1 Activités physiques			
		lieu :			
		volume horaire :			
		autres activités :			
		lieu :			
		volume horaire :			
		Classement COTOREP			

Échelle Graphique	3 La pratique des activités physiques a-t-elle eu une influence sur :	Trés peu d'influence	Beaucoup d'influence
	6.2 Vos capacités à vous orienter	_____	_____
	6.2.a Vos capacités à vous déplacer	_____	_____
	4. Vos capacités à communiquer	_____	_____
	2.2. Votre condition physique Votre état de santé	_____	_____
4 Remarques			

L'INTÉGRATION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP..

En effet, 58 % de l'échantillon présente une déficience intellectuelle.

Ces personnes, avant le stage, ont suivi une scolarité dans des institutions médico-éducatives ou dans des classes d'adaptation : 26 % de l'échantillon présente une déficience physique, 6 % une déficience psychique et 2 % une déficience sensorielle.

Résultats : (tableau ci-dessous)

Toutes les habitudes de vie des personnes de notre échantillon ont subi une évolution sensible. La recherche d'emploi est passée de 78 % à 50 % de l'instant T1 (début des stages), à l'instant T3 (3^{ème} trimestre 1993).

26 % ont une occupation rémunérée aujourd'hui.

En ce qui concerne la formation à l'instant T3, 18 % de notre population se trouve en situation de formation professionnelle.

TABLEAU DES RÉSULTATS EN FONCTION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

Dates	Avant le stage T1.....		En fin de stage T2.....		Aujourd'hui T3.....	
	Nbre	% du total	Nbre	% du total	Nbre	% du total
12.2 Recherche d'emploi	39	78 %	32	64 %	25	50 %
12.3 Occupation rémun.	8	16 %	4	8 %	13	26 %
12.4 Occupation non rémun.	6	12 %	3	6 %	5	10 %
11.4 En formation	4	8 %	9	18 %	8	16 %
13.1 Activités physiques	18	36 %	17	34 %	21	42 %
Lieu :	5 en club		2 en club		12 en club	
Volume horaire :	2 h par semaine		2 h 30 par semaine		2 h 30 par semaine	
Autres activités :	12	24 %	13	26 %	17	34 %
Lieu :					1 en club	
Volume horaire :	4 h 30 par semaine		4 h 30 par semaine		5 h par semaine	
Classement COTOREP	A = 4 B = 28 C = 2		A = 5 B = 31 C = 3		A = 5 B = 40 C = 3	

Les occupations non rémunérées restent stables. Il s'agit de personnes qui s'impliquent dans le fonctionnement d'associations à titre bénévole.

La pratique des activités physiques a subi une évolution de 6 % de l'instant T1 à l'instant T3. En outre, le nombre de sujets pratiquant régulièrement en club est passée de 10 % à l'instant T1, à 24 % (instant T3). La structuration de son temps de loisir utilisant les activités corporelles est significative. Les autres activités (musique, lecture, cinéma, bricolage, théâtre) structurent le temps de loisir pour 36 % de la population étudiée. Seule une personne de moins de 26 ans pratique une activité «théâtre» dans le cadre d'un club.

A l'instant T3 (1^{er} trimestre 1993), 18 % de personnes en plus affirment pratiquer des loisirs à caractère culturel.

Ce sont les personnes en recherche d'emploi et en formation qui pratiquent le plus souvent des activités physiques. Onze en club et dix-neuf en dehors des organisations sportives.

C'est dans le mode de structuration du temps de loisir que l'activité physique semble avoir le plus d'impact sur l'intégration socio-professionnelle. La pratique régulière d'activité physique serait un bon moyen privilégié d'établir des relations avec l'extérieur.

La situation de handicap résulte de la confrontation entre les capacités d'une personne et son environnement. Dans le domaine des activités physiques et sportives, nous pouvons agir, dans une certaine mesure, sur les deux pôles que constituent cette unité bipolaire individu-environnement. Deux grands types d'actions ont fait l'objet d'une exploration au cours des stages :

Une action avec la personne par le développement de ses possibilités, par l'évolution de l'image qu'elle a du handicap ; une action sur l'environnement par la mise en œuvre d'une organisation facilitante (séances réalisées dans des lieux ouverts à tous, contenus de séances basés sur la notion d'ouverture, d'espaces, d'actions).

Dans le domaine de l'intégration sociale, ce sont les réseaux de sociabilité qui se sont développés en particulier par le biais de la pratique en club, sensiblement plus importante après les stages. L'ensemble de notre échantillon reconnaissait que la famille était le lieu privilégié de relations. Il apparaissait que les relations amicales occupaient généralement peu de place dans la vie de la personne handicapée et que l'adhésion à des associations était encore plus rare.

Les personnes ont changé l'image qu'elles avaient d'elles-mêmes en faisant évoluer la représentation de leur propre handicap par l'expression de leurs possibilités physiques. Le discours des personnes est significatif : «je ne pensais pas que je pouvais faire cela», «ça m'a redonné le moral».

Dans le domaine professionnel, si les compétences des personnes développées au cours des stages peuvent leur permettre d'occuper des postes de travail de niveau cinq par rapport à la nomenclature professionnelle, le marché de l'emploi actuel représente un obstacle à la réalisation de l'habitude de vie «occupation rémunérée». A ce titre, les personnes handicapées paraissent présenter de fortes similitudes avec des «publics cibles» des politiques de l'emploi et de la formation professionnelle (chômeurs longue durée) : un bas niveau de formation initiale et de qualification, une très faible capacité d'intégration immédiate dans l'emploi, une dévalorisation de soi et un enfermement dans une logique d'exclusion, voire de marginalité pour certaines.

La façon dont évoluent les systèmes de représentation du handicap a été significative au cours des exercices proposés aux personnes en situation de handicap et aux intervenants du secteur sanitaire et social. Dès lors que le handicap est lié au résultat de la confrontation entre les possibilités d'un individu et l'environnement, il est possible d'envisager simultanément deux actions : une action avec la personne dans la prise en compte de l'émergence de ses capacités et dans la valorisation de son être au monde ; une action sur l'environnement en facilitant la créa-

tion d'organisations adaptées qui évoluent selon M. Soder⁽⁶⁾, d'une intégration physique à une intégration fonctionnelle.

Plus précisément, il s'agit de mettre en œuvre les situations d'interactions progressives et évolutives.

C'est en ouvrant des espaces de liberté d'action dans les situations pédagogiques adaptées, que l'individu peut mobiliser toute sa volonté pour reconstituer une image du corps qui comblera un vide d'identité.

L'analyse des définitions autour du mot handicap a mis en évidence que le regard porté sur le handicap par les personnes atteintes de différentes déficiences peut évoluer vers un horizon où les possibilités d'agir sont identifiées comme des ancrages au devenir. Le handicap, vu sous l'angle des acteurs de l'intégration, tend à accepter les différences sans les effacer, à destigmatiser les personnes en évitant de leur attribuer des étiquettes qui les enferment dans un espace d'exclusion physique, psychologique et social.

Nous avons pu noter, au cours de l'évaluation de l'intégration socio-professionnelle des travailleurs reconnus handicapés et orientés vers la formation ou le placement en milieu ordinaire de travail, que la pratique des activités physiques en «club ordinaire» était favorisée par la découverte des activités proposées au cours des stages.

L'utilisation de cette pratique dans des plans d'intégration individualisés a permis de réduire les situations handicapantes vécues par la personne.

Les séances d'activités proposées possèdent comme caractéristique commune d'offrir une relation à soi ponctuée par le plaisir d'agir avec son corps, avec les autres. Les sourires qui se dessinent sur les visages participent à la construction des rapports sociaux.

Le sourire capte le regard des autres en assurant à son auteur une possibilité d'entrer en contact par un mode d'expression jugé socialement positif dans notre société occidentale.

L'activité physique est un bon moyen pour atteindre un objectif d'amélioration des relations sociales, mais comme tout moyen, il suppose un projet, sa vocation de variable optimisant l'intégration des personnes en situation de handicap est sous tendue par un projet qui dépasse le cadre de cette seule activité. Pour être efficace, toute action nécessite une coordination entre les intervenants qui œuvrent pour faciliter le processus d'intégration. L'espace social d'intégration doit correspondre aux compétences des personnes à un moment donné.

L'amélioration des habitudes de vie entraîne un bien être social, qui va dans le sens de l'amélioration de la santé.

Conclusion

Notre travail se situe à un carrefour exceptionnel. Le cheminement de la personne dans son processus d'intégration passe par l'amélioration de ses habitudes de vie telles qu'elles sont référencées par le Comité Québécois de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps (C.Q.C.I.D.I.H.). L'utilisation des instruments que nous avons construits pour évaluer certains aspects de l'intégration nous a fait entrevoir le lien étroit entre le phénomène d'intégration et l'amélioration de l'état de santé par la réduction des situations handicapantes. La notion de qualité de vie semble être intéressante pour assurer la convergence des deux concepts évoqués.

Sidney KATZ⁽⁷⁾, à propos de la qualité de vie notait :

«Les participants à la conférence ont largement souscrit à l'idée que la qualité de vie était importante dans de nombreux domaines de décisions, qui vont des décisions cliniques pour les bénéficiaires de services, aux décisions sociales dans l'organisation de programmes et le choix d'une politique».

Pour tenir compte de la qualité de vie, il est nécessaire de construire des programmes d'intervention qui consistent à identifier les besoins des personnes en situation de handicap, à définir des objectifs d'amélioration, puis à mettre en œuvre des moyens en réalisant un réseau de coordination et de communication entre tous les acteurs du système qui devra assurer une synergie d'action dans les domaines de l'information, de l'animation et de la formation.

L'analyse réalisée autour du mot handicap rappelle que la personne devient sujet ou acteur de son projet d'intégration si le regard des autres et son propre regard s'orientent vers une vision plus positive.

Tant que la personne ne reconnaît pas les possibilités offertes par son corps, ne valorise pas l'originalité de ses différences, elle se trouve avec une image du corps qui engendre de l'anxiété dans les situations d'interactions.

Le langage utilisé pour parler des personnes handicapées nécessite une stratégie d'information et de sensibilisation auprès du milieu «spécialisé» et du milieu «ordinaire» afin d'intégrer des approches plus positives et de sortir des catégories qui nomment sans reconnaître la personne.

*Texte en version originale
Reçu : Avril 1995
Accepté : Juin 1995*

Notes

⁽²⁾ Charles Gardou, «Les uns et les autres : les conditions de la relation aux handicapés», *Handicaps Handicapés ; le regard des autres*. Toulouse, Éditions Eres, 1991, page 250.

⁽³⁾ Cf. Pierre Minaire, *nouveau regard médical : d'une approche purement diagnostique à une approche situationnelle*, in *Handicaps Handicapés ; le regard Interrogé*, sous la direction de Charles Gardou, op-cit, pages 27-32.

⁽⁴⁾ Cf. Joseph Nuttin, *Théorie de la motivation humaine*, Paris, PUF, 1985.

⁽⁵⁾ A.R.I.S. : Association Régionale pour l'Insertion Sociale et Professionnelle des Personnes en Situation de Handicap.

⁽⁶⁾ Martin Soder, *National Swedisch Beard Of Education*, Stockholm, 1980.

⁽⁷⁾ Sidney Katz, *Mesure de la qualité de vie et statut fonctionnel dans la recherche clinique et épidémiologique*, *Revue des maladies chroniques*, N° 6, Volume 40, 1987, pages 459-662.

Bibliographie

- Fougeyrollas P. *Le processus de production des handicaps : analyse de la consultation. Nouvelles propositions complètes, réseau international CIDIH*, volume 4, numéro 1. 2. Juin 1991, Québec, Canada, 38 pages.
- Gardou Ch. (sous la direction de). *Handicaps, Handicapés ; Le regard interrogé*. Toulouse, Éditions Eres, 1991, 266 pages.
- Hamonet (C.). *Les personnes handicapées*. PUF, Paris, 1990, 125 pages.
- I.N.S.E.R.M., C.T.N.E.R.H.I. *Classification internationale des handicaps ; déficiences, incapacités et désavantages : un manuel de classification des conséquences des maladies*. PUF, Paris, 1989, 350 pages.
- Katz S. *Mesure de la qualité de vie et statut fonctionnel dans la recherche clinique et épidémiologique*. *Revue des Maladies Chroniques*, N° 6, volume 40, 1987, pages 459 à 462.
- Mautuit D. *Activités physiques et situation de handicap*. Collection les Feuilles de l'E.R.R.A.P.S., numéro hors, Besançon, 1992, 215 pages.
- Mautuit D. *De la finalité institutionnelle à l'évaluation*. Collection les feuilles de l'E.R.R.A.P.S., 1987, N° 2, Besançon, 21 pages.
- Mautuit D. *Optimisation du processus d'intégration socio-professionnelle : du discours aux programmes d'intégration individualisés*. *Revue sport adapté magazine, Fédération Française du Sport Adapté*, Volume 2, Juin 1992, pages 14-16.
- Nuttin J. *Théorie de la motivation humaine*. PUF, Paris, 1985, 383 pages.
- Office des personnes handicapées du Québec, *A part égale, l'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous*. Gouvernement du Québec, 1984, 350 pages.
- Soder M. *National Swedisch Beard Of Education*. Stockholm, 1980.