



www.la-persagotiere.fr

Les carnets de la Persagotière

Impact de l'approche conceptuelle du Processus de Production du Handicap (P.P.H) sur la pratique professionnelle

► *Jean-Yves LE CAPITAINE*

n°61-2015

Jean-Yves LE CAPITAINE est chef de service à l'Institut Public la Persagotière.

Il est actuellement responsable des dispositifs collectifs du niveau collège de l'IES (Institut d'Éducation Sensorielle) pour jeunes sourds et pour jeunes présentant des troubles du langage.

Il est l'auteur de : « *Des enfants sourds à l'école ordinaire* » (L'Harmattan, 2004) et de nombreux articles dans des revues professionnelles.

Site personnel : <https://sites.google.com/site/jyleca/home>

Ce texte a fait l'objet d'une présentation en assemblée plénière des journées interrégionales de formation des personnels, organisées par les CREAI de Bretagne et Pays de Loire, « *Parcours et territoires, faire ensemble en interne et en externe* », les 6 et 7 novembre 2014 à VANNES (56).

Le présent carnet présente l'intégralité du texte communiqué.

n°61-2015

Publication Institut Public la Persagotière – www.la-persagotiere.fr

L'Institut Public la Persagotière tous droits réservés.

Les auteurs autorisent l'utilisation et la diffusion de ce carnet à des fins de formation, aux conditions expresses que leurs noms et son origine figurent sur chaque page.

Toute publication non autorisée s'expose à des poursuites judiciaires.

Impact de l'approche conceptuelle du PPH¹ sur la pratique professionnelle

¹ **Processus de Production du Handicap**

Le contexte d'appropriation de l'approche conceptuelle

Qu'est-ce que faire ensemble ? C'est toujours faire avec d'autres. Et quand on fait avec d'autres, on prend le risque de changer : on peut changer de pratiques et de représentations, et aussi de paradigme de pensée et d'action.

La référence à l'approche conceptuelle

Le PPH (processus de production du handicap) est un instrument de ces changements. Pourquoi être allé chercher une approche conceptuelle, et pourquoi être allé chercher cet instrument si loin, puisque cette approche est originaire du Québec, largement utilisée là-bas, mais très peu en Europe et en France ? Qu'est-ce qui a fait qu'on se soit intéressé à cette approche ?

La découverte du PPH est contemporaine de la préparation de la loi du 11 février 2005 et de ses suites. Cela a été une période de réflexion intense et de questionnements en profondeur, alimentés par les débats critiques sur la loi de 1975 et plus particulièrement sur la notion d'intégration scolaire. C'est aussi la période où sont interrogées les représentations classiques du modèle médical de la déficience, ainsi que celles des droits des personnes handicapées. L'approche conceptuelle du PPH est apparue comme une contribution importante au débat.

De manière plus ciblée, le secteur de la déficience sensorielle a eu une expérience précoce (par rapport à la loi de 2005), dès les années 1980-1990, de confrontation avec des partenaires extérieurs, et en particulier l'Education nationale ; ce fut aussi bien sûr une confrontation aux limites et impasses de l'approche de l'intégration scolaire, qui voulait à tout prix adapter l'élève handicapé à l'école, sans véritablement demander à celle-ci de changer pour s'adapter à l'élève handicapé. Là aussi l'approche du PPH a apporté des réponses sur l'analyse de la situation de handicap dans le rapport entre l'élève et l'environnement de scolarisation.

Dans le domaine de la surdité, la question d'une alternative à un modèle bio-médical, c'est-à-dire l'alternative du modèle social d'explication du handicap, s'est posée très tôt, dès les revendications des sourds à utiliser leur langue (la langue des signes) et

de leur droits, sans référence au modèle de la santé et de la déficience qui restait prééminent dans le secteur.

Et enfin il y a bien entendu un facteur humain : des acteurs qui après s'être rencontrés ont eu envie de développer des liens de chaque côté de l'Atlantique pour échanger sur les approches, les philosophies, les organisations, les outils et les pratiques.

Qu'est-ce que le PPH ?

Le PPH décrit non un état, mais un processus qui caractérise la situation de personnes déficientes dans la société. Il faudrait d'ailleurs plutôt parler, pour être complet, du MDH-PPH : modèle de développement humain – processus de production du handicap. C'est dire que l'approche se situe délibérément du côté de l'humain en général, que la situation des personnes handicapées n'est pas en dehors des problématiques de développement humain en général, et qu'elle relève d'un processus particulier de développement humain ©qu'on peut décrire avec le modèle de processus de production de handicap.

Le PPH est constitué de deux choses :

- Un modèle conceptuel, ou plutôt une application d'un modèle conceptuel général à une catégorie de population
« La composante Processus de production du handicap (PPH) constitue une application du modèle conceptuel du Modèle de développement humain - Processus de Production du handicap (MDH-PPH) à la réalité des personnes et des populations ayant des déficiences et des incapacités. Elle vise à documenter et expliquer les causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne. » ©RIPPH
- Un instrument de mesure de la situation de handicap ou non, c'est-à-dire de la situation de participation sociale ou non, mesure qui porte sur les habitudes de vie : le MAHVIE
« La Mesure des habitudes de vie (MAHVIE) est un questionnaire ayant pour but de recueillir de l'information sur un ensemble d'habitudes de vie que les personnes réalisent dans leur milieu (domicile, lieu de travail ou d'études, quartier) afin d'assurer leur suivie et leur épanouissement dans la société tout au long de leur existence. » ©RIPPH

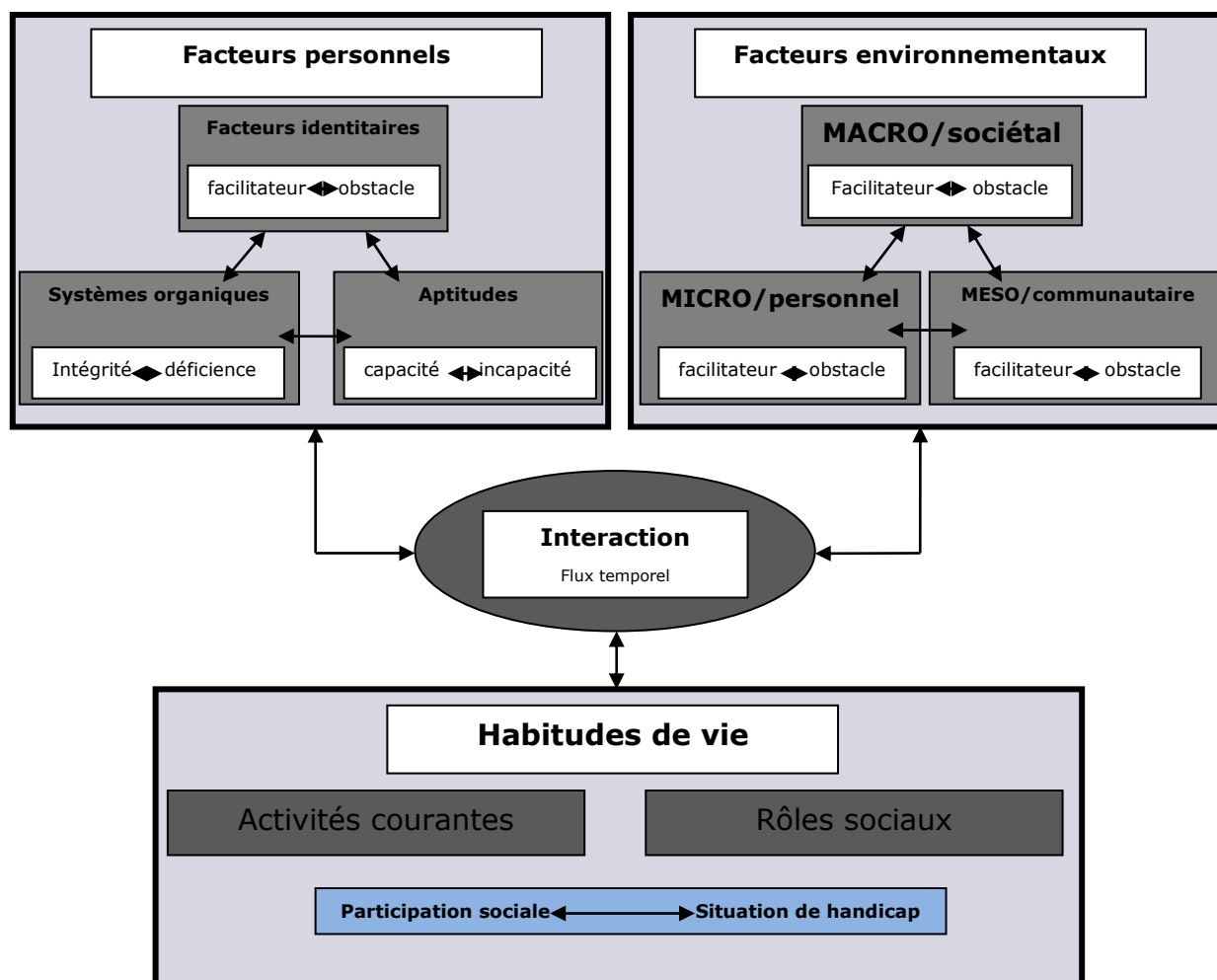
C'est un modèle explicatif en « concurrence » avec d'autres modèles, plus connus dans le monde et en France. La **CIH** (*Classification internationale des handicaps : déficiences – incapacités – désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies*) est une classification de l'OMS conçue par le Docteur Wood qui a fait l'objet de critiques dans les années 1990. Ces critiques ont été formalisées d'une part dans le **PPH**, proposé par une équipe québécoise de chercheurs sous la direction de Patrick Fougeyrollas, et d'autre part, sous l'égide de l'OMS, dans la **CIF** (*Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*). C'est cette classification qui est plus connue dans le monde entier, et plus particulièrement en France. C'est elle qui a inspiré la loi de 2005.

Le modèle du PPH

Le modèle présenté ici est quelque peu simplifié, et ne reprend ni l'intégralité des facteurs ni tous les déterminants de l'interaction. La caractéristique de ce modèle est d'être un modèle interactif et systémique. Le handicap n'est pas un état, mais un processus dynamique, et donc changeant, selon plusieurs facteurs, qui sont d'une part les facteurs liés à la personne, d'autre part les facteurs liés à l'environnement, et ceci bien sûr avec une évolution dans le temps.

Quelques exemples peuvent illustrer cette approche descriptive. Une personne en fauteuil veut aller voter. Si le bureau de vote est à l'étage, et que la personne ne peut s'y rendre, elle est en situation de handicap par rapport à un acte de la vie quotidienne, acte de citoyenneté qui plus est, celui de voter. S'il y a un plan incliné ou un ascenseur, elle peut se rendre jusqu'à l'urne, et est donc, par rapport à cet acte, en situation de participation sociale. Une personne perdant l'audition va se retrouver en situation de handicap plus ou moins importante dans ses activités quotidiennes et dans ses relations avec son entourage. L'équipement de prothèses auditives pourra lui restituer, plus ou moins partiellement une situation de participation sociale dans ses conversations par exemple. Un enfant sourd ayant des parents sourds utilisant la langue des signes ne sera pas en situation de handicap dans sa famille : les échanges, les conversations se feront naturellement et à même niveau de qualité que ceux d'un enfant qui entend avec ses parents qui parlent oralement. Mais il sera en situation de handicap dès lors qu'il sortira dans la rue ou qu'il se rendra à l'école, où la langue des signes ne sera pas utilisée.

Modèle de développement humain et Processus de production du handicap (MDH-PPH2) (FOUGEYROLLAS 2010)²



La situation de handicap s'évalue, non pas sur le degré ou la gravité de la déficience, ou sur le niveau d'aptitudes mais sur la réalisation d'habitudes de vie (comme se déplacer ou communiquer) et de rôles sociaux (comme être un élève par exemple). Elle est le point extrême d'un curseur dont l'autre point extrême est une situation de participation sociale. Et le curseur peut se déplacer pour une même personne selon l'environnement dans lequel elle se trouve, plus ou moins facilitateur ou plus ou moins obstacle. C'est l'interaction entre d'une part les facteurs personnels, que sont les

² FOUGEYROLLAS P. (2010), p.175. Pour des raisons de lisibilité matérielle du schéma, nous n'avons pas reproduit les indications de « facteurs protecteurs » <--> « facteurs de risques » que l'on retrouve dans chacun des éléments (des facteurs identitaires aux rôles sociaux).

facteurs identitaires, l'état des systèmes organiques (c'est ici qu'on trouve les déficiences ou les troubles) et les aptitudes, c'est-à-dire les capacités et incapacités, et d'autre part les facteurs environnementaux, de l'environnement proche à l'environnement politique culturel ou économique, c'est cette interaction qui va définir la situation de participation sociale ou la situation de handicap.

Ce schéma appelle à agir bien évidemment sur les facteurs sur lesquels on peut agir, et en particulier dans l'environnement, pour supprimer, atténuer ou contourner ce qui fait obstacle et mettre des facilitateurs. Les plans inclinés, qu'ils soient en béton pour le bâti, ou pédagogiques dans la classe, sont des facilitateurs de participation sociale, et donc des réducteurs de situation de handicap.

Un dernier point : le PPH se réfère explicitement au droit des personnes, et pas à une problématique de santé, et donc pour une personne, le droit de vivre avec un corps différent. L'exemple le plus flagrant est sans doute celui de la surdité. Quant la surdité est un problème de santé, tout doit être fait pour la guérir et la réparer, d'où par exemple le dépistage précoce et les implantations intracochléaires. Dans une problématique de droit des personnes, un sourd peut faire le choix d'être sourd et de réclamer davantage d'adaptation de la société à sa situation, avec des interprètes en langue des signes par exemple. Mais il peut aussi faire le choix, alternatif ou simultané, de l'implantation intracochléaire.

Le PPH est donc un modèle qui intègre de manière dynamique différents facteurs, personnels et environnementaux, pour caractériser la situation d'une personne en regard de son droit à la participation sociale.

L'appropriation de l'approche dans l'établissement

L'approche conceptuelle ne peut se construire que petit à petit, sur le plan personnel comme sur le plan institutionnel, sur le plan des représentations comme sur le plan des pratiques. Le changement est long et à long terme, car il s'agit d'un modèle conceptuel quand même très éloigné des paradigmes de pensée et d'action des professionnels, ceux des établissements médico-sociaux comme ceux de l'Education nationale, sur des champs aussi divers que celui du rapport entre le spécialisé et l'ordinaire, celui de la place du soin dans l'action globale auprès des usagers, et dans le champ de la représentation de la place des personnes avec des corps différents dans la société.

Comment s'est faite l'appropriation de cette approche conceptuelle dans l'établissement ? Plusieurs vecteurs ont contribué à cette greffe :

Dans le cadre de la refonte du projet d'établissement, l'approche conceptuelle a été discutée par l'ensemble des professionnels, et même si le concept n'a pas été retenu dans sa terminologie, il a ouvert la voie ou confirmé les notions d'inclusion (école inclusive et société inclusive), d'action et d'intervention pour modifier l'environnement. Cela a été l'occasion de débats intenses, qui ne sont bien sûr pas clos, et a mis en place une familiarisation avec l'approche plutôt qu'une véritable appropriation.

L'inscription de l'établissement dans un Réseau francophone en déficience sensorielle et du langage qui a promu :

- Des échanges professionnels : envoi de professionnels pendant 2 semaines en immersion dans les établissements québécois et accueil de professionnels québécois dans nos établissements
- Une information et des formations plus institutionnelles sur le PPH et sur l'utilisation de cette approche dans les établissements québécois sur le Projet Individualisé d'Accompagnement, sur le fonctionnement en équipe pluridisciplinaire, sur l'évaluation des services, sur l'approche clientèle...
- Des visio-conférences avec des établissements français et québécois sur le partage de pratiques professionnelles et des approches cliniques
- Des visites découvertes des établissements québécois (pour les cadres et les professionnels de terrain)
- Une communication interne sur les activités du réseau

Mais le point le plus fondamental c'est une pratique qui s'interroge en permanence (ou du moins quand on peut) sur le « régime de justification » des actions au regard de cette approche, et dans laquelle l'encadrement de l'équipe pluridisciplinaire a un rôle essentiel. C'est ce que je vais développer maintenant.

Les pratiques professionnelles

Les choses ne sont pas aisées à décrire, tant les évolutions et les changements qu'on peut observer peuvent être issus d'autres facteurs (la société et notre milieu professionnel évoluent et changent sans le PPH !). Je vais essayer de repérer les changements qui ont pu être facilités par l'appropriation de cette approche dans les pratiques, qui sont constituées d'actes et de représentations, et que je vais essayer de décrire à partir des thématiques de ces journées, trois changements dans le faire ensemble.

Faire ensemble avec les usagers et leurs parents

Il est loin le temps où l'institution imposait ses choix éducatifs aux parents de l'enfant handicapé. Différents outils sont venus imposer la place des parents et des usagers dans leur projet. L'approche PPH a contribué à reconnaître une place plus grande et centrale des familles dans le projet, à l'exemple des pratiques québécoises, qui font toutes références au PPH, où le Plan d'Intervention (l'équivalent de notre Projet Individualisé d'Accompagnement) associe véritablement les parents, et même la famille élargie éventuellement, à l'élaboration, l'écriture et la mise en œuvre du projet. La participation des parents ne se satisfait pas d'une simple adhésion à un projet élaboré, selon des procédures complexes et complètes de validation et de vérification, par les seuls professionnels de l'établissement, ainsi que je l'ai vu récemment expliquée lors d'une table ronde organisée par une association sur l'implication des familles.

Cela a contribué à considérer que les parents ont des compétences dans l'éducation de leur enfant, qu'ils sont aussi experts des compétences de leur enfant, et en particulier lorsqu'il faut évaluer ces compétences sur le plan des habitudes de vie. Cela a contribué aussi à un meilleur respect du choix des parents et à faire considérer qu'ils ont la légitimité de choisir leur projet de vie : c'est le cas en particulier pour les jeunes sourds dans le libre choix (et la confrontation) entre éducation orale et éducation bilingue, choix auquel les professionnels se sont longtemps opposé (et auquel s'opposent encore le plus souvent les milieux médicaux), en s'appuyant sur leurs compétences et leur expertise. Cela a eu aussi un effet sur les objectifs de l'internat, considéré au départ comme le lieu de la bonne éducation lorsque les

professionnels considéraient que le soutien éducatif ou l'éducation familiale montraient des insuffisances.

Faire ensemble avec les acteurs de l'école

A partir du moment où on considère que le problème se situe dans les habitudes de vie, c'est à cet échelon qu'on conçoit aussi l'action, qu'on va agir, c'est-à-dire dans le milieu de vie, en l'occurrence l'école, qui est le milieu de vie des enfants de 3 ou 6 ans à 16 ou 18 ans : la place de l'enfant est à l'école et on fait tout pour qu'il soit bien dans l'école. Par conséquent, la référence ne va plus être l'environnement spécialisé, mais l'environnement ordinaire.

Parfois ce n'est pas possible. Mais ce n'est pas forcément du fait de l'enfant handicapé, mais du fait de l'école qui ne sait pas, ne veut pas ou ne peut pas bien accueillir, qui ne sait pas être hospitalière à l'élève différent. On va donc se demander comment faire pour contribuer à transformer le milieu scolaire, c'est-à-dire comment passer de la notion d'intégration où c'était à l'enfant de s'adapter, à celui d'école inclusive, c'est-à-dire là où c'est au milieu de s'adapter. Evidemment cela ne se fait pas du jour au lendemain, et l'acceptation ne se fait pas de manière homogène : la participation sociale se fait par exemple plus facilement sur des temps péri-scolaires que lors des heures de cours au collège. Mais il y a quand même des éléments qu'on peut considérer comme réussite et qu'on n'aurait peut-être pas osé tenter sans cette référence conceptuelle, comme par exemple l'accueil dans un collège de jeunes sourds avec des handicaps associés, bien sûr pas dans les classes (attitudes, préoccupations et niveaux en grand écart avec ceux des collégiens), mais dans la perspective d'une participation de ces jeunes à la plus grande partie possible d'une vie de collégien.

C'est aussi apprendre à faire ensemble avec des expertises partagées. Dans l'institut spécialisé, toute l'expertise était spécialisée, toute action relevait du spécialisé, pédagogique éducatif ou thérapeutique. L'expertise de l'ordinaire (par exemple les enseignants du système éducatif) était disqualifiée pour les enfants handicapés. La position de droit de ces enfants dans l'école instaure, non sans difficultés parfois, un faire ensemble avec les expertises : un enseignant d'une classe est en mesure d'accueillir un élève handicapé, un assistant d'éducation du collège est en mesure de faire son travail éducatif avec un jeune handicapé au collège, laissant au spécialisé sans doute une moindre part, mais une part quand même incontournable dans l'intervention auprès de ce jeune.

Mais c'est aussi faire aussi ensemble sur le plan administratif et politique pour faire reconnaître les droits des élèves par leur inscription de plein droit dans l'école, pour faire en sorte que l'école ne se désintéresse pas, par facilité, de son rôle en tant que milieu pour tous, milieu d'accueil et de scolarisation des élèves handicapés, qu'elle a jusqu'à présent peu pris en compte.

Faire ensemble dans l'équipe pluri ou interdisciplinaire

En sciences, l'interdisciplinarité consiste à faire travailler ensemble des professionnels issus de diverses disciplines scientifiques, avec un objectif de parvenir à un but commun ou de construire un objet commun en confrontant des approches différentes. On pourrait rajouter, et cela s'applique aussi au travail social ou médico-social, que cela suppose l'échange de connaissances, d'informations, d'analyses, d'outils..., tel qu'il puisse y avoir un enrichissement d'une pratique professionnelle par inspiration ou transfert de la pratique d'un autre professionnel.

L'interdisciplinarité est dans le mode naturel du PPH, puisque c'est la situation de vie, par nature complexe et dynamique, systémique et globale, éco-système, non réductible à une juxtaposition d'expertises, qui constitue la justification de l'intervention. Dans ce contexte, les parents font eux-mêmes partie de l'équipe interdisciplinaire, en tant qu'expert de la propre personne de parents, et de la situation de vie dans laquelle se trouve leur enfant.

Les choses sont encore difficiles à ce niveau, parce qu'il y a des hiérarchies professionnelles, des champs réservés : chacun a encore tendance à défendre son « besoin », et donc à juxtaposer des réponses qui ne sont pas toujours pertinentes au regard des priorités qui pourraient être discutées sur la situation concrète de handicap vécue par le jeune à l'école ou dans la famille.

Un dispositif opérationnel : éducateur spécialisé dans le dispositif de scolarisation

Tous ces changements ont donné lieu à des modifications des missions de différentes catégories professionnelles, puisque le sens de l'action se voyait progressivement modifié par les changements sociétaux, étayés pour partie par l'articulation, plutôt implicite, avec l'approche du PPH. Je vais développer l'exemple le plus emblématique, celui de la modification des missions des éducateurs spécialisés.

Il est arrivé un moment où tous nos dispositifs de scolarisation ont été externalisés ; mais ils fonctionnaient davantage comme des unités spécialisées délocalisées. Il y avait bien des éducateurs spécialisés présents, mais ils étaient là comme ils étaient auparavant dans l'institution spécialisée à surveiller la cantine et à faire du travail éducatif auprès des jeunes sur les temps sociaux. Leur présence a été dans un premier temps le prolongement ou le transfert naturel de leur travail d'éducateur d'internant et d'externat. Et dans leur posture professionnelle, ils étaient parfois davantage préoccupés de soustraire les jeunes aux risques d'un environnement ordinaire, dans une problématique de protection, que de les faire vivre dans ce milieu ordinaire, et donc de s'y confronter, dans une problématique d'émancipation et d'autonomie de ces jeunes.

On a profité de circonstances particulières pour mettre en place de nouveaux éducateurs dans les dispositifs de scolarisation, bien sûr encore chargés d'un travail éducatif auprès des jeunes. Mais en réfléchissant l'action à partir de la situation de handicap décrite dans l'approche conceptuelle du PPH. Pendant 3 ans, on a mené une réflexion avec cette équipe pour définir leurs missions et la finalité de leur action.

A travers des missions de référent du Projet Individualisé d'Accompagnement et de coordination « logistique » du dispositif installé dans l'établissement scolaire, ils se sont dotés explicitement d'une mission de développement de l'inclusion, non pas seulement en mettant les jeunes dans des activités avec les jeunes collégiens, mais surtout, et c'est là la nouveauté, en contribuant à transformer l'établissement scolaire pour qu'il soit plus accueillant, plus inclusif. Cela passe par des choses que chacun connaît, sur de la sensibilisation (on ne sensibilise pas sur une déficience ou sur un syndrome, mais sur une situation de handicap, par exemple sur comment faire dans un collège avec des jeunes avec des corps différents). Mais c'est aussi sur des changements en micro-actions ou routines professionnelles, de façon à ce que l'établissement scolaire se saisisse de sa responsabilité en termes de lien avec les familles, de mise en œuvre des règles de vie (quand il y a un problème sur la cour, c'est l'assistant d'éducation qui est responsable, pas l'éducateur spécialisé). Evidemment, leur mission ne va pas jusque dans la classe, mais leur rôle de facilitateur de participation sociale pour que ces jeunes fassent partie par exemple de la communauté adolescente du collège est fondamentale.

Conclusion : limites et obstacles

Ce que je vous ai dit est un idéal, issu de faits pris dans divers dispositifs et de la part de divers professionnels, pour en faire un modèle type. Dans la réalité, c'est beaucoup plus diffus et moins avancé. Ces perspectives se heurtent en permanence et massivement aux routines professionnelles, sortes de réflexes cristallisés et inconscients de représentations et d'actions. Quand on observe les faits, les pratiques, les routines, les réflexes professionnels, les micro-actions du quotidien, on voit davantage le chemin qui reste à parcourir que des changements radicaux. Et on voit aussi souvent davantage les résistances que le chemin parcouru.

Le principal résultat, et il faut rester modeste, c'est le début d'une bascule, d'un changement de modèle de pensée et d'action. Par exemple, auparavant les professionnels pensaient à partir du spécialisé pour envisager au mieux ce qui pouvait être négocié dans l'environnement ordinaire, et encore avec maintes protections. Le destin d'un enfant handicapé était le spécialisé avec quelques sorties vers l'ordinaire. Maintenant, on pense davantage au droit ou à la prétention d'un jeune handicapé à être dans l'environnement ordinaire et à y acquérir de l'autonomie, le spécialisé n'intervenant que pour répondre aux besoins dont l'environnement ordinaire ne peut fournir les réponses. Le spécialisé devient la deuxième ligne, et ça c'est un changement fondamental, qui est devenu un lieu commun pour les SSESAD, mais qui heurtait (et heurte encore) dans les établissements spécialisés.

Cela nous a permis de passer de la notion d'intégration scolaire à celle, non pas d'inclusion, mais à celle d'environnement inclusif, et donc un changement dans le sens du travail pour rendre cet environnement inclusif à des jeunes avec des corps différents, ou des psychisme différents, d'y trouver ou d'y créer des facilitateurs. Parce que ces jeunes ont, de droit, leur place dans cet environnement, sans qu'ils aient à s'y conformer de manière unilatérale.

L'approche conceptuelle du PPH, qui constitue un véritable changement dans les modèles de pensée et d'action, et un opérateur de changement, est parfois, en termes de priorités d'actions, en « concurrence » avec les priorités données aux établissements, ou qu'ils se sont données, et qui sont plutôt de l'ordre des améliorations et non d'un changement. Les injonctions d'améliorations de pratiques professionnelles (par la gestion des compétences ou les référentiels de bonnes pratiques) ou d'optimisation des organisations (par l'amélioration de la qualité et l'évaluation, la règle de la performance, la prévention de risques de toutes sortes) ne

problématisent pas le changement de paradigmes, mais la reproduction améliorée des mêmes paradigmes. Un meilleur éducateur, une meilleure orthophoniste peuvent continuer à travailler dans une direction qui reste dans le même paradigme quant au regard porté sur la situation de handicap d'une personne. La difficulté vient alors de pouvoir articuler ces différents changements avec le changement conceptuel, qui lui se situe au niveau anthropologique et éthique.

Et il faut rester modeste. L'approche conceptuelle du PPH n'est sûrement pas la seule porte d'entrée du changement de modèle d'action, mais c'est un modèle pratique. Elle n'est pas la cause de changement, seulement un des leviers dans sa fonction d'interrogation sur les pratiques professionnelles (au sens large du terme)

Henri-Jacques Stiker écrivait il y a une quinzaine d'années qu'il nous faut « déspecialiser le spécialisé et specialiser l'ordinaire », formule que je partage. L'approche québécoise du PPH est un outil qui peut contribuer à cette petite tempête conceptuelle.

Dernières publications

- n° 52-2013 - QUENTIN B., *Situation de handicap : quelles différences, quelle égalité ?*
- n° 53-2013 - BRIN C., *Quelle est la place du professeur CAPEJS dans l'inclusion des enfants sourds ?*
- n° 54-2013 - HIPEN Network, *A mobility experience : education and support for deaf children with associated disabilities*
- n° 55-2013 - LE CAPITAINE J.-Y., *Des pratiques intégratives aux politiques inclusives*
- n° 56-2014 - FLAUX S. et LE CORRE A., *Atelier Habiletés Sociales*
- n°57-2014 - RELET C., *Activités pour des adolescents sourds avec handicaps associés*
- n°58-2014 - ETIENNE M.-H. et HEARD A., *Communiquer avec une personne sourde ou malentendante*
- n°59-2015 - LE CAPITAINE J-Y., *L'horizon d'une école inclusive dans la scolarisation des jeunes sourds.*
- n°60-2015 - VIROLE B., *Surdité et nouvelles technologies.*

Ces publications sont également disponibles, sur le site de l'Institut Public la Persagotière, (rubrique carnets de la Persagotière) : www.la-persagotiere.fr

Institut Public la Persagotière

30 rue du Frère Louis

CS 66216

44262 NANTES Cedex 2

☎ 02 40 75 63 15

📠 02 51 70 15 44

✉ contact@la-persagotiere.fr

www.la-persagotiere.fr



Retrouvez-nous sur Facebook