

De la Classification internationale des handicaps à la Classification internationale des fonctionnements ou les enjeux du handicap et la politique sociale

MOTS CLÉS ▽

CIH

Classification internationale du fonctionnement

Environnement

Evaluation en santé

Handicap

L'OMS, organe international de suivi et de préconisation des politiques de santé, a été un promoteur particulièrement efficace de cette nouvelle classification. Ceci n'a pas toujours été le cas. En particulier en ce qui concerne la CIH 1.

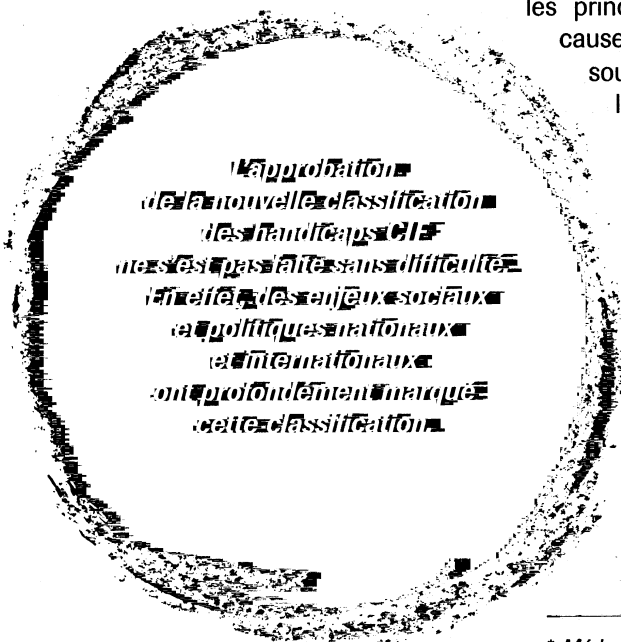
Pendant de très nombreuses années, les classifications élaborées par l'OMS ont été centrées uniquement sur la maladie à visée d'épidémiologie. Il s'agissait de classer les maladies pour en faire le recensement et élaborer une politique sanitaire.

Le concept sous-jacent reprenait les principes Pasteuriens : une cause ↔ un effet, avec l'idée sous-jacente : on supprime la cause et les effets disparaissent. Ce principe bjectif est le modèle des maladies infectieuses. Ce schéma ne rendait pas compte des séquelles qui pouvaient

rester et évoluer pour elle-même après l'éradication de la cause. Le modèle type en est la poliomyélite. C'est d'ailleurs à la suite de cette grande épidémie que les médecins en charge de ces patients ont dû mettre en jeux d'autres concepts.

La notion de handicap est apparue et été officialisée par l'expérimentation timidement soutenue par l'OMS. Quelques pays ou plutôt quelques hommes et femmes comme Grossiord, Wood, Fougeyrollas, Minaire, Bataïni, Charpentier, Pfeiffer, de Kleijn, etc., l'ont cependant soutenue, voire ont fait de nombreuses propositions pour améliorer, tant sur le plan des concepts que sur le plan du classement, cette classification. Elle n'a été approuvée qu'en 1992 ! Cette classification apportait pourtant de nombreuses notions nouvelles.

La maladie n'était plus examinée comme une entité en dehors de son contexte. L'individu devenait le centre des préoccupations, on repérait sur lui les conséquences



* Médecin de médecine physique. UGECAMIF - Le Terrier, Rambouillet (78).

De la Classification internationale des handicaps à la Classification internationale des fonctionnements ou les enjeux du handicap et la politique sociale

des maladies ou traumatismes sur différents plans d'expérience comme la déficience (atteinte anatomique de l'individu), les incapacités (atteinte des capacités fonctionnelles de l'individu), le désavantage (les conséquences sociales des déficiences et des incapacités).

Ce progrès très important sur le plan conceptuel n'a pas été ressenti, au début, par les associations de personnes handicapées françaises et européennes comme un progrès. Elles l'ont même combattu, considérant que la personne handicapée ne pouvait être ni classée ni cataloguée. Il était même humiliant pour elle de la catégoriser par une terminologie "négative" par ce qui lui manquait. Les associations de personnes handicapées défendaient alors la notion d'intégration à tout prix et donc de "l'absence" de différence.

Progressivement, les associations françaises et certaines associations européennes ont vu tout l'intérêt de cette classification lorsque les autorités sociales ont pris en compte cette classification pour évaluer les besoins des personnes handicapées et leur attribuer une rente. La société les reconnaissait enfin et faisait jouer la solidarité.

Mais d'autres associations plus radicales restaient sur leur position et considéraient que la responsabilité de la société était entière et unique. On voulait occulter l'atteinte de la personne en mettant en avant la responsabilité de l'environnement. Cette thèse, défendue par les canadiens et certains européens, a trouvé très vite un écho aux USA qui pendant longtemps ne se sont pas intéressés à la CIH (notamment en ne finançant pas les travaux de l'OMS). En effet, rendant respon-

sable l'environnement, et donc la société, de la situation des personnes handicapées, on pouvait demander une compensation à cette société et faire payer les responsables. L'arrêt Perruche en est la démonstration.

Par ailleurs, les assurances ont été vite séduites par cette notion et par celles que de nombreuses associations mettent en avant : la notion de capacités restantes. On ne regarde plus l'individu comme un être meurtri incapable de faire certaines fonctions mais comme un être humain encore capable de faire de nombreuses choses et d'être intégré dans la société.

Dans ce contexte, les assurances ne pouvaient que soutenir un tel projet et les associations de personnes handicapées retrouvaient leur dignité...

C'est ainsi qu'est née cette nouvelle classification au concept très généreux mais qui possède en son sein de nombreux risques pour les personnes handicapées. Il est très intéressant de noter que, d'une part les présentations de l'OMS insistent beaucoup sur la notion d'une classification "politiquement correcte" avec un langage neutre comme le premier objectif de cette classification et que, d'autre part, le financement de l'OMS par les USA a repris.

Dans ce contexte, la personne handicapée ayant perdu un œil, un bras et l'audition d'une oreille ne sera plus vue médicalement comme une personne présentant une déficience mais comme une personne capable de voir, d'entendre et de faire tous les gestes de la vie quotidienne, et donc d'être intégrable dans la société. Si elle ne peut participer activement à la société, ce ne sera pas du fait de

ces déficiences mais ... de la société. Ainsi serons-nous positif et optimiste... "politiquement correct".

Je reprendrai les conclusions d'un précédent article : *"Il est indéniable qu'au-delà des critiques, parfois justifiées, souvent émotionnelles, la CIF n'est probablement que le témoin ou, tout au moins, l'instrument d'un changement de mentalité dans la vision et la prise en charge du handicap."*

D'une approche strictement médicale du handicap, on est passé à une conception sociale incluant une prise en compte des droits et des besoins des personnes handicapées. Certains souhaiteraient faire de cette classification et de sa révision un élément militant. Mais il ne faudrait pas que l'intégration de cette mutation comportementale se fasse au détriment d'une perte de sa précision descriptive et rende de ce fait cette classification moins utile pour les professionnels du handicap. L'avenir nous le dira." [4]■

Indexation Internet :
Bilans - Classification
Diagnostic - Evaluation
Handicap

BIBLIOGRAPHIE

1. ABOIRON H. CIH et kinésithérapie. Journées de l'INK, 1999. *Kinésithér. Scient.* 1999;395-26.
2. CHARPENTIER P. *Ergothérapie, classification internationale des handicaps et grilles d'évaluation à propos de 51 dossiers d'amputés artériels.* Colloque CTNERHI, 1998. Vanves : CTNERHI, 1998 : 150 p.
3. CHARPENTIER P. The benefits of using the international classification of impairments, disabilities and handicaps in rehabilitation : a survey of 950 cases. *Disability Studies* 1989;11:110-3.
4. CHARPENTIER P., ABOIRON H. Classification internationale des handicaps. *Encycl. Méd. Chir.* 2000 (Elsevier SAS, Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-006-B-10 : 6 p.
5. COLVEZ A. Désavantage social ou participation sociale : quelle conséquence ? Les enjeux de la classification internationale des handicaps. Actes de la Journée d'études du CTNERHI, 22 octobre 1998. *Handicap. Revue de Sciences Humaines et Sociales* 1999;n°81: 50-5.
6. FOUGEYROLLAS P., CLOUTIER R., BERGERON H., CÔTE J., St-MICHEL G. *Classification québécoise.* Processus de production du handicap : 1-164
7. QUINN G. *Exposé sur la CIH : l'emploi et l'utilité de la CIH.* Conseil de l'Europe. Strasbourg, 25-26 mars 1996.