

## **CONVERGENCES ET DIFFÉRENCES ENTRE LA CIF ET LE PPH**

Communication de **Patrick Fougeyrollas** Ph D, anthropologue, chercheur au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS) de l'Institut universitaire de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ), Président du Réseau international sur le Processus de production du handicap, membre du Groupe-Conseil du Réseau partenarial francophone de formation et de recherche sur la CIF et le PPH du CTNERHI.  
[patrick.fougeyrollas@irdpq.qc.ca](mailto:patrick.fougeyrollas@irdpq.qc.ca)

Séminaire du Réseau partenarial francophone pour la formation et la recherche sur la CIF et le PPH, 2 décembre 2005, PARIS.

### **1) RAPPEL DES CRITIQUES DE LA CIH**

Afin de bien comprendre les convergences et les différences présentées par la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (OMS 2001), il est essentiel de rappeler les principales critiques ayant été formulées sur la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH) (WHO, 1980) connue en France sous le nom de Classification internationale du handicap : déficiences, incapacités et désavantages sociaux (CIH). En effet, la Classification québécoise : Processus de production du handicap (PPH) et ensuite la CIF découlent de l'évolution des débats scientifico-politiques internationaux qui ont marqué de 1987 à 2000, l'initiation et ensuite le cours du processus de révision de la CIH coordonné par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). (Pour un historique du processus de révision, voir Ravaud J.F., Fougeyrollas P. 2006 et Fougeyrollas P. 2002).

- La CIH s'appuyait sur un modèle biomédical individuel tendant à placer la responsabilité des conséquences sociales des déficiences et incapacités, les handicaps, sur la personne;
- La relation linéaire mécaniste de cause à effet signifiant que les incapacités et les handicaps découlaient de façon quasi obligatoire et « naturelle » des maladies/blessures et des déficiences organiques;
- L'utilisation de concepts négatifs identifiant la personne à ses défauts ou manques par rapport à la norme;
- Le chevauchement ou le fait que les dimensions conceptuelles ne soient pas mutuellement exclusives, comme c'est attendu d'une classification scientifique, tout particulièrement entre les incapacités et les handicaps, mais

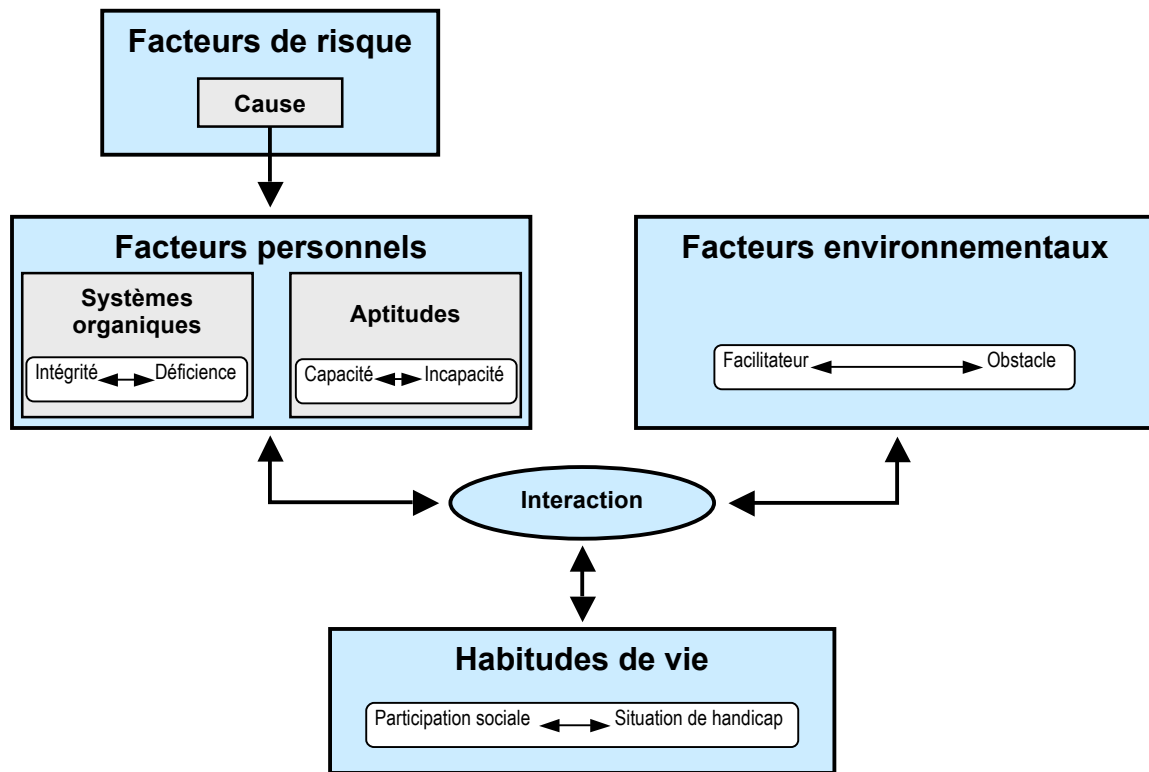
aussi pour les déficiences et incapacités (pour les déficiences intellectuelles et psychiques).

- Le manque de fondement de la segmentation Corps/Personne/Société en sciences humaines et sociales;
- Le caractère embryonnaire du 3eme domaine conceptuel des handicaps qui se présentait davantage comme une échelle de mesure plutôt que comme une nomenclature de type tronc, branches, feuilles et ce malgré le caractère innovateur et très utile de l'introduction courageuse de cette dimension des conséquences socioéconomiques dans un univers médical par le professeur Philip Wood. (Wood lui-même considérait cette partie de la CIH comme inachevée);
- L'omission ou le caractère non explicite des facteurs environnementaux comme domaine conceptuel influençant les désavantages sociaux ou l'intégration sociale des personnes ayant des incapacités (mis en lumière par les tenants du modèle social du handicap).

## 2) PRÉSENTATION DU SHÉMA CONCEPTUEL DU PPH (RIPPH, 1998)

### Processus de production du handicap (PPH)

Modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne (RIPPH/SCCIDIH, 1998)



© RIPPH/SCCIDIH 1998

Un **facteur de risque** est un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.

Un **facteur personnel** est une caractéristique appartenant à la personne, telle que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc.

Un **système organique** est un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune (l'intégrité correspond à la qualité d'un système organique inaltéré, la déficience correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique).

Une **aptitude** est la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale (la capacité correspond à l'expression positive d'une aptitude ; l'incapacité correspond au degré de réduction d'une aptitude).

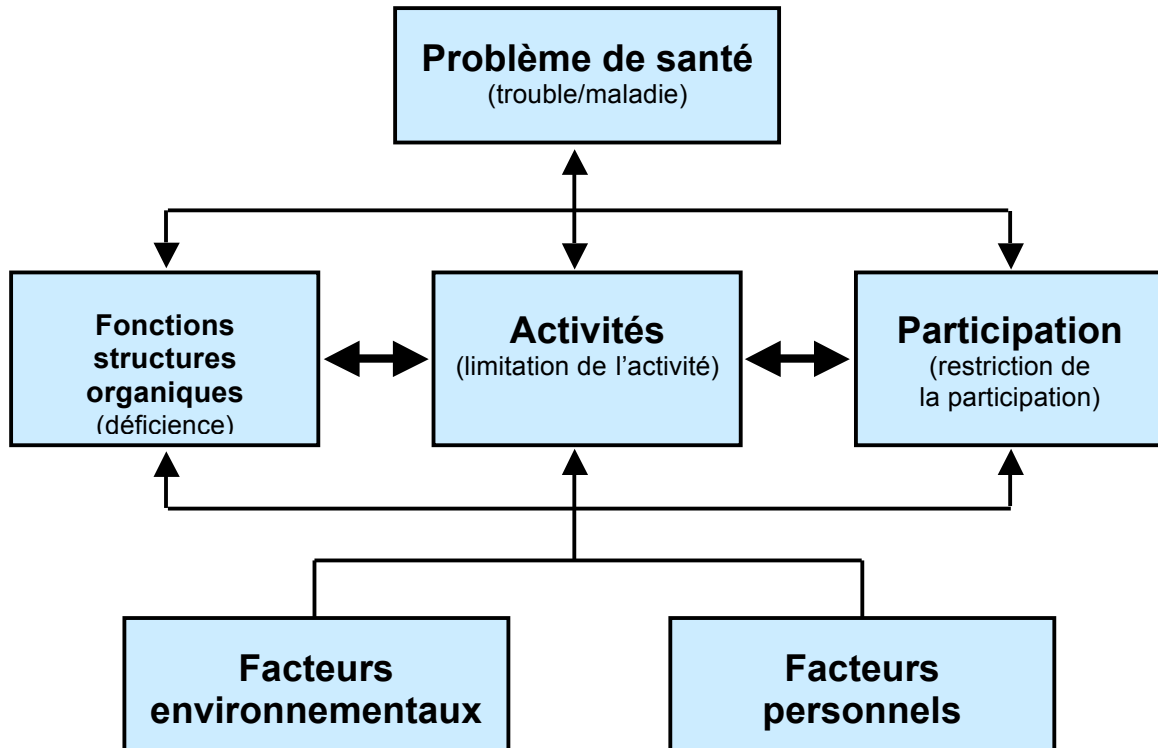
Un **facteur environnemental** est une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société (un facilitateur correspond à un facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels ; un obstacle correspond à un facteur environnemental qui entrave la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels).

Une **habitude de vie** est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques personnelles (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence (une situation de participation sociale

correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie ; une situation de handicap correspond à la réduction de réalisation des habitudes de vie).

### 3) PRÉSENTATION DU SHÉMA CONCEPTUEL DE LA CIF (OMS, 2001)

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS, 2001)



Dans le contexte de la santé...

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. Les déficiences désignent des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, tels qu'un écart ou une perte importante.

Une **activité** désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne. Les limitations d'activités désignent les difficultés qu'une personne rencontre dans l'exécution d'activités.

La **participation** désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle. Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle.

Les **facteurs environnementaux** désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.

#### **4) LES CONVERGENCES entre la CIF ET LE PPH**

- Les deux classifications et leurs schémas conceptuels se réclament d'une conception universelle s'appliquant à tout être humain;
- D'une perspective unidirectionnelle linéaire mécaniste et positiviste de cause à effet, les deux classifications s'appuient maintenant sur des modèles systémiques multidimensionnels;
- Les modèles visent à décrire et à expliquer le phénomène du handicap;
- Les dimensions conceptuelles sont formulées de façon positive;
- Elles se présentent comme des classifications hiérarchiques avec des définitions des catégories;
- Elles prennent en compte des facteurs environnementaux;
- Elles prennent en compte des facteurs personnels;
- Elles sont dotées de codes qualificatifs de cotation ou échelles de sévérité pour chaque domaine conceptuel.

#### **5) LES DIFFÉRENCES ENTRE LA CIF ET LE PPH**

Sur la base des textes explicatifs contenus dans chaque classification :

- La CIF classe les états de la santé (soit les structures et fonctions organiques, les activités et la participation) et les états connexes de la santé (soit les problèmes de santé et les facteurs contextuels qui se subdivisent en facteurs personnels et en facteurs environnementaux), selon une approche biopsychosociale ;
- Le PPH classe les composantes du processus de développement humain dont le processus de production de handicap n'est qu'une variation, selon une approche anthropologique.

Les segmentations conceptuelles et les définitions des dimensions conceptuelles sont différentes et non compatibles dans la CIF et dans le PPH. Il est d'ailleurs particulièrement à craindre qu'un glissement de terminologie se produise en milieux francophones. Par exemple, le succès actuel de l'utilisation de la notion de situation de handicap en France est propre au PPH et n'existe pas dans la CIF, pas plus d'ailleurs que le concept d'incapacité qui n'a pas été non plus retenu dans la CIF et a été remplacé par celui de restriction d'activités.

Le tableau suivant présente un essai de correspondance conceptuelle illustrant les segmentations des concepts selon leur évolution historique à partir des concepts de l'états-unien Saad Nagi largement utilisés en Amérique du Nord mais n'ayant

jamais fait l'objet d'une classification; celle de la CIH; celle du National Center on Medical Rehabilitation Research (NCMRR) en 1993 qui a suscité l'offensive stratégique de l'OMS pour l'inclusion des Etats-Unis dans la zone d'influence de la CIH et la création du Centre-collaborateur nord-américain de l'OMS sur la CIH et qui avait redonné une nouvelle visibilité aux concepts de Nagi; ceux du PPH et finalement ceux de la CIF.

**CORRESPONDANCE CONCEPTUELLE DANS LE CHAMP DU HANDICAP (FOUGEYROLLAS, 2005)**

	<b>Facteurs de risques</b>	<b>Causes</b>	<b>Facteurs personnels (identitaires)</b>	<b>Structures organes</b>	<b>Fonctions internes organes</b>	<b>Aptitudes fonctionnelles</b>	<b>AVD AVQ</b>	<b>Rôles sociaux</b>	<b>Environnement social et physique</b>
<b>Nagi (1976)</b>	∅	Maladies	∅	Déficience		Limitations fonctionnelles	Handicap		∅
<b>OMS CIDIH (CIH) Wood (1980)</b>	∅	Maladies Traumatismes	∅	Déficience		Incapacité	Désavantages/ handicap		∅
<b>NCMRR (1993)</b>	∅	Maladies	∅	Déficience		Limitations fonctionnelles	Handicap		∅
<b>SCCIDIH (1993-1996) RIPPH (1998) PPH</b>	Facteurs de risques	Causes	Facteurs identitaires	Système organiques (Intégrité / Déficience)		Aptitudes (Capacité /Incapacité)	Habitudes de vie (situation de participation sociale / situation de handicap)		Facteurs environnementaux (Facilitateurs/Obstacles)
<b>OMS CIF (2001)</b>	∅	Problèmes de santé	Facteurs personnels (facteurs contextuels)	Structures anatomiques (Intégrité structurelle/ déficience)	Fonctions organiques (Intégrité fonctionnelle/ déficience)	Activités (capacité dans environnement standard)  Participation (performance dans environnement réel)		Facteurs environnementaux (Facilitateurs/ Obstacles) (facteurs contextuels)	

## La CIF

Une des différences majeures réside dans le maintien dans la CIF de la stratification corps/personne/société qui constituait l'une des sources fondamentales de critiques de la CIDIH avec son implication de l'existence d'un être humain, d'une personne, pouvant être conçue ou appréhendée de façon isolée ou autrement qu'en fonction d'un contexte social spécifique. C'est cette stratification sans aucun fondement théorique, dans une perspective anthropologique, qui entraîne, par la suite, la confusion entre la dimension des activités et celle de la participation. Devant l'impossibilité d'en arriver à une segmentation cohérente et mutuellement exclusive qui aurait nécessité de sortir du cadre positiviste et justement de remettre en question cette stratification mécaniste corps/personne/société par la compréhension que toute activité courante est nécessairement construite ou modelée par un environnement culturel spécifique, que l'équipe de l'OMS a éludé le problème en adoptant une taxonomie unique pour les deux dimensions conceptuelles des activités et de participation.

La distinction entre les deux dimensions ne tient donc dans la CIF qu'aux qualificateurs. Celui de la capacité de la personne à réaliser une activité par elle-même en supposant un environnement standardisé dans une première opération. Puis, toujours pour la même activité, la performance de participation de cette même personne dans son contexte de vie réel.

Également, il est important de souligner que les segmentations entre les dimensions conceptuelles centrales à la CIF soit les Fonctions/ Structures organiques, les Activités et la Participation sont demeurées exactement les mêmes que celles existant entre les dimensions des déficiences, des incapacités et des handicaps dans la CIDIH/CIH. De ce fait, les catégories reliées aux fonctions intellectuelles et psychologiques sont demeurées dans la section organique contrairement aux propositions du PPH. Ces dernières sont demeurées fidèles aux segmentations définies par Saad Nagi dès le milieu des années 60. Rappelons que la version de la classification préparée par Philip Wood et adoptée en 1975 par l'assemblée mondiale de l'OMS, à titre expérimental, était construite sur la même segmentation que celle de Nagi. Les changements subséquents ont été largement motivés par des pressions politiques des milieux psychiatriques sur Wood et l'OMS.

Il est clair que pour les concepteurs de la CIF, les strates de fonctionnement liées à la « santé » sont les trois domaines conceptuels centraux. A la marge, sont situés les problèmes de santé (tout un paradoxe) et les facteurs contextuels comprenant les facteurs personnels et les facteurs environnementaux qui sont définis comme connexes à la santé. Ce qui veut dire, en clair, jugés importants



et à prendre en considération mais non intégrés au fonctionnement et au handicap.

## **LA CQPPH**

En ce qui concerne la Classification québécoise, elle inclut un domaine conceptuel qui n'est pas présent dans la CIF, soit les facteurs de risques individuels et collectifs susceptibles d'engendrer une ou des causes de déficiences par une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte au développement et à l'intégrité de la personne. Comme, par exemple, un manque de stimulation sociale entraînant un retard de développement psychomoteur ou sensoriel chez l'enfant. (Enfants sauvages).

Pour le PPH, le domaine des facteurs personnels est un ensemble englobant à la fois le corps physique, c'est-à-dire les systèmes organiques, les aptitudes fonctionnelles et les facteurs identitaires. Ce sont grosso modo ces derniers qui sont identifiés comme facteurs personnels dans la CIF, tout en considérant que cette question des facteurs identitaires est un chantier à peine ébauché dans les deux classifications qui, à mon avis, constitue une priorité de travail pour notre groupe thématique sur les aspects conceptuels et dans mon programme de recherche.

Dans le PPH, la dimension organique contient les ingrédients anatomiques, (structures organiques), histologiques (jusqu'à la cellule) et les aspects physiologiques (neurologiques, par exemple). Mais le PPH distingue clairement la dimension fonctionnelle interne à l'organe, de la fonction extrinsèque de l'organe ou de manière la plus fréquente de plusieurs organes simultanément en interaction identifiée comme un résultat pour une activité physique ou mentale comme respirer, avaler, prendre, se lever, marcher, parler, voir, entendre, comprendre, se souvenir, imaginer, rêver, garder son calme, etc... Ce sont les résultats fonctionnels évaluables dans un environnement standardisé.

C'est cette segmentation claire entre la fonction interne de chaque organe et la fonction extériorisée qui, on l'a vu, fait appel à plusieurs systèmes organiques et peut faire l'objet de mesures dans des environnements standardisés uniformes (les protocoles d'évaluation disciplinaires) qui constitue une des différences importantes sur le plan des définitions des dimensions conceptuelles et de leurs exclusivité mutuelle entre le PPH et la CIF.

Elle explique un fait souvent incompris ou méconnu. Dans la perspective du PPH, toutes les déficiences des systèmes organiques sont physiques. Alors que les capacités, découlant du processus de développement dynamique temporel et interactif des aptitudes avec un contexte physique et culturel spécifique (culturel est ici pris dans son sens anthropologique englobant tout ce qui est construit

socialement) vont entraîner l'émergence de capacités fonctionnelles propres à chaque être humain. Cette spécificité « culturelle » est bien illustrée lorsqu'on prend des exemples faisant contraste comme la capacité à maintenir de façon prolongée la position accroupie chez les adultes, celle de monter dans les arbres, de s'orienter dans le désert ou sur la banquise, de nager, de méditer ou d'éprouver une attirance sexuelle variable selon les contextes culturels. Ceci permet, dans la perspective du PPH de véritablement parler de caractéristiques intrinsèques à la personne à un moment donné de son développement et à mettre en relation cette batterie de capacités avec des facteurs de son contexte de vie pour expliquer le résultat de cette interaction comme étant les possibilités situationnelles de réalisation d'habitudes de vie pour une personne.

Ainsi, la perspective anthropologique de développement et d'adaptation continue de l'être humain à et par des habitus signifiantes dans son contexte culturel, sa société, sa matrice normative est véritablement holistique, systémique et synchronique. Elle ne peut considérer la dimension identitaire et l'environnement culturel comme étant connexes à la santé tel que catégorisés par la CIF. Ce sont, dans l'approche PPH, des éléments systémiques de construction de l'être social et du sens donné à son projet de vie en fonction de son histoire. Le processus de production du handicap ne devenant ici, et du fait que ce soit l'objet central de nos préoccupations, qu'un ensemble de variations qualitatives des sous-systèmes explicatifs de l'expérience de vie humaine.

Une différence fondamentale du PPH et de la CIF, c'est que le PPH est une variante du processus de construction de l'être social conçu comme un système de production de signifiants, de sens.

Les distinctions conceptuelles doivent être comprises comme des modes d'approches, des prises opérationnelles de déconstruction des composantes systémiques du développement des êtres humains toujours orientés par un agir et caractérisés par une plasticité liée à leur non-spécialisation innée, et ce, contrairement aux autres espèces animales. Ceci ouvre, dans l'approche anthropologique du PPH, non pas à la mesure de performance de participation visant à la conformité avec un environnement vu comme donné de la CIF, mais aux immenses potentiels aux changements, aux adaptations humaines et sociétales tendant vers la résolution de situations de handicap.

## **6) SYNTHÈSE DES DIFFÉRENCES ENTRE LA CIF ET LE PPH**

La CIF s'inscrit dans le champ de la santé. Elle est fondée sur une perspective fonctionnaliste axée sur la performance de l'individu et la conformité à la norme conçue comme donnée, externe, vers laquelle on doit tendre pour participer.

Cette conception pragmatique de l'être humain et de la société est, en soi, séduisante et peut être perçue comme moderne et opérationnelle pour les intervenants des diverses disciplines associées à la santé et aux services sociaux, ou aux agents indemnificateurs, chargés de soutenir le passage du porteur d'anormalités vers une performance participative définie par les autres.

Le PPH est fondé sur une approche anthropologique de construction culturelle de l'être humain tendant vers ce qui importe de façon centrale à tous les âges de la vie soit la réalisation des habitudes de vie valorisées par chaque personne en fonction de son identité construite depuis sa naissance et les possibilités et contraintes de son contexte de vie. Le PPH est explicitement conçu comme un modèle de référence permettant d'articuler le changement social visant l'égalisation des chances et la citoyenneté des personnes ayant des incapacités fonctionnelles.

Le PPH est indissociable d'une prise en compte de la temporalité et d'une dynamique historique. Cette caractéristique qui n'est pas, en soi, incompatible avec la CIF, n'y est toutefois pas explicitée.

Il existe actuellement des différences de représentation entre la CIF et le PPH qui sont liées à leurs histoires de développement et à leurs « statuts ». Les perceptions favorables ou défavorables qu'elles peuvent produire chez les divers acteurs sociaux sont étroitement liées aux positions idéologiques de ceux-ci et à leur degré de connaissance et d'utilisation de construits complexes comme ceux qui sont ici en jeu.

La CIF est considérée comme un « label » international sanctionné par l'OMS et auréolé de sa réputation de haut-lieu d'expertise. Elle bénéficie d'une image ou aura de scientificité, de résultat concerté sur le plan international à la fine pointe de la modernité.

Le PPH est lié à une image de militantisme associée davantage aux personnes ayant des incapacités physiques (même s'il s'applique à tous les types de déficiences et incapacités) et au mouvement de défense des droits des personnes ayant des incapacités. Il est souvent d'ailleurs confondu avec le modèle social ou sociopolitique du handicap. Il est plutôt un modèle anthropologique d'interaction personne/environnement visant la suppression optimale des situations de handicap et plus globalement une approche explicative et d'intervention sur la construction de sens liée aux différences humaines et à l'avènement d'organisations sociétales respectueuses et enrichies de et par ces différences.

## Bibliographie

- Fougeyrollas P., Bergeron H., Cloutier R., Côté J., St-Michel G. (1998). *Classification québécoise : Processus de production du handicap*, CQCIDIH, Lac Saint-Charles. [www.ripph.qc.ca](http://www.ripph.qc.ca)
- Fougeyrollas P. (2002). L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap. Enjeux socio-politiques et contributions québécoises. *Pistes* Vol.4, No2.
- Jahiel R.I. (2005) *Kuhnian analysis of the ICIDH-ICF evolution*. Paper presented at the École libre des Hautes études Conference on Disability and H.S.R. Boston. June 29.
- Ravaud J.F.; Fougeyrollas P. (2006) Concept de handicap et classifications internationales : la convergence progressive des positions franco-québécoises. *Santé, société et solidarité*. (Sous presse)
- Rossignol C (2000). *ICIDH2. Projet Béta2. analyse textuelle et formelle*. Rapport d'expertise. Laboratoire Langage et parole. CNRS.
- Stiker H-J. (2000). Analyse comparée de deux classifications : 1) CIH2 Classification internationale du fonctionnement et du handicap (Béta2, OMS,1999); 2) Classification québécoise : processus de production du handicap (RIPPH-SCCIDIH-1998).