

Colloque national sur les activités aquatiques

« Le plaisir de l'eau pour tous »

10-12 mai 2007 Evreux : France

Handicap et activités aquatiques : « Qu'est-ce que le handicap ? »¹

Frank Jamet

Maître de conférences en psychologie
IUFM de l'Académie de Rouen
Responsable pédagogique A-SH
Laboratoire paragraphe
CRAC. EA 349
Université Paris VIII
frank.jamet@rouen.iufm.fr

Résumé

« Qu'est-ce que le handicap ? » telle est la question à laquelle nous répondrons dans cette intervention. Après avoir rappelé la définition de la notion de handicap sur laquelle se fonde la loi du 11 février 2005 dite loi « *Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* » nous l'inscrirons dans la perspective des classifications de l'Organisation Mondiale de la Santé. En effet, le concept de handicap a été défini dans le cadre de la classification Internationale du handicap (CIH) jusqu'en mai 2001 date à laquelle un nouveau cadre conceptuel a été élaboré : la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Une fois ce cadre posé, nous présenterons les quatre composantes de la C.I.F que sont : 1) *Les fonctions organiques et les structures anatomiques*, 2) *L'activité et la participation*, 3) *Les facteurs environnementaux* et 4) *Les facteurs personnels*. Ces quatre composantes définies, il nous appartiendra de les inscrire dans le modèle spécifique que propose la C.I.F pour montrer comment, dans ce nouveau cadre conceptuel, la notion de handicap se définit. Nous terminerons notre propos en étudiant comment la C.I.F prend en compte les activités aquatiques.

Introduction

Si l'on se réfère à la loi du 11 février 2005, le législateur définit le handicap comme : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son*

environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (Loi du 11 février 2005, art. L. 114, pour une présentation lire Jamet & Morisson, 2006).

De cette longue définition de 54 mots, nous retiendrons que le concept de *handicap* se fonde sur les notions : *d'activité*, *de participation*, *d'environnement*, *d'altération des fonctions*, ces fonctions pouvant être *physiques*, *sensorielles*, *mentales*, *cognitives* ou *psychiques*. Il nous appartiendra de définir ces différentes notions.

Les notions *d'activité*, *de participation*, *d'environnement*, *d'altération des fonctions* sont des termes issus directement de la Classification Internationale du fonctionnement du handicap et de la santé plus connue sous l'acronyme C.I.F Cette C.I.F., n'apparaît pas *ex nihilo*, le 21 mai 2001, jour de son adoption, lors de l'Assemblée Mondiale de Santé. La C.I.F fait partie d'une longue lignée de Classification. Pour comprendre les notions qu'elle porte, nous brosserons un bref historique, puis nous détaillerons chacune des notions clefs qui entrent dans le concept de *handicap*, pour examiner ensuite comment la C.I.F. prend en compte les activités aquatiques. Nous conclurons notre propos en exposant les limites de cet outil.

1. Brève histoire de la C.I.F.

La C.I.F est la dernière née, d'une longue série de classifications. La genèse de la réflexion sur les classifications débute au XVIII^{ème} siècle. L'évolution conceptuelle qui sous-tend les classifications sera marquée par le XIX^{ème} et XX^{ème} siècle. Au XX^{ème} siècle, les années 1970-1980 constitueront une étape décisive pour la notion même de handicap dans la mesure où elle fera l'objet d'une classification à part entière. La C.I.F est la première classification du XXI^{ème} siècle.

1.1 Le XVIII^{ème} siècle

C'est un médecin, botaniste français, *François Boissier de Lacroix*, plus connu sous le nom de *Sauvage* (1706-1767), qui le premier, en 1731, élabore une classification des maladies selon les symptômes et les causes : *Nosologica Methodica*. Deux mille quatre cents maladies mortelles sont identifiées et organisées suivant les principes de classes (groupes de pathologies), d'ordres, de genres (sous-groupes) et d'espèces (les formes cliniques), en vigueur en

¹ Ce texte est à paraître dans Cognition, Raisonnement et Diadactique ISSN 1762-9675

Colloque national sur les activités aquatiques

« Le plaisir de l'eau pour tous »

10-12 mai 2007 Evreux : France

botanique. La classification de *François Boissier de Sauvage* compte onze classes, quarante-quatre ordres, trois cent-quarante espèces. *Carl von Linné* (1707-1778), naturaliste et médecin, publie en 1759 également une classification des maladies *Genera Morborum*. Sa classification comporte onze classes, trente-sept ordres et trois cent trente-quatre espèces. Parmi les onze classes, une est consacrée aux maladies mentales (Azéma, 2001 ; Egdahal, 1907).

1.2 Le XIX^{ème}

La réflexion du corps médical, au XIX^{ème} siècle, sera particulièrement déterminante en France, dans le domaine de l'aliénation mentale, avec les travaux de *Philippe Pinel* (1745-1826), *Esquirol* (1772-1840), *Guillaume Marie André Ferrus* (1784-1861), *Jean-Pierre Falret* (1794-1870) et en Angleterre, avec les premiers travaux en statistique médicale conduit par *William Farr* (1807-1883).

Des travaux sur l'aliénation mentale, se dégageront des idées parfois contradictoires. Pour *Pinel*, les maladies mentales peuvent être traitées alors que pour *Esquirol*, qui s'intéresse plus particulièrement aux démences, estime que l'idiotie² est l'état d'un déficit parce que fixé dans l'organisme. « *L'homme en démence est privé des biens dont il était comblé, c'est un riche devenu pauvre. L'idiot, lui, a toujours été dans l'infortune et la misère* ». Cette conception de l'idiotie traduisant un état, c'est-à-dire un phénomène stable, va peser dans la conceptualisation de la maladie mentale et, par conséquent, sur la notion même de handicap. En effet, si le déficit est fixé, il n'offre aucune perspective d'évolution. En revanche, *Guillaume Marie André Ferrus* sera parmi les premiers à réfléchir sur l'accueil des aliénés en leur proposant un travail dans la ferme de l'hôpital Bicêtre.

En Angleterre, *William Farr* discute les principes sur lesquels les classements des maladies sont réalisés et défend l'adoption d'une classification uniforme. Au premier *Congrès International de Statistique* de Bruxelles, en 1853, *William Farr* et *Marc Jacob d'Espine* (1806-1860) de Genève sont chargés de préparer une nomenclature uniforme des causes de décès, applicable à tous les pays. En 1855, ils la présentent au Congrès de Paris. Elle sera ensuite régulièrement révisée en 1874, 1880, 1886. En 1891, *l'Institut International de Statistique* succède au *Congrès International de Statistique*. Jacques Bertillon³ (1851-1922), chef des Travaux statistiques de la ville de Paris, est chargé de

² Terme générique de différentes espèces d'aliénation mentale

³ Bertillon était le petit-fils d'Achille Guillard, botaniste et statisticien qui avait demandé à William Farr de préparer une nomenclature au 1^{er} Congrès de Statistique en 1853.

préparer une classification des causes de décès. Cette classification sera adoptée en 1893 au Congrès de Chicago. En 1898, au Congrès d'Ottawa, *l'American Public Health Association* recommande l'adoption de la Classification Bertillon. Elle propose qu'elle soit révisée tous les dix ans.

1.3 Le XX^{ème}

Le XX^{ème} siècle sera marqué par deux périodes : les années 1900-1970 et les années 1970-2000. La première période se caractérise par trois nouveautés : 1) l'élargissement de l'objet de la classification. Des seules causes des décès (des maladies mortelles), on passe à l'ensemble des maladies 2) l'élaboration conjointe de la classification des causes des décès par le *Congrès International de la statistique* et une commission de la *Société des Nations* 3) Les troubles mentaux font l'objet d'une édition spéciale (huitième révision 6-12 juillet 1965 Genève). C'est au cours de la seconde période qu'une classification spécifique au « *Handicap* » sera conçue.

1.3.1 Des années 1900 aux années 1970

En 1900, la France organise à Paris, la 1^{ère} Conférence internationale pour la révision de la *Nomenclature Internationale des Causes et des Décès* (Classification Bertillon) ainsi que celle de 1909, 1920, 1929 et 1938. C'est à l'initiative de la France, qu'en 1923, le *Congrès International de Statistique* collabore avec d'autres organisations internationales à la préparation de révisions ultérieures. C'est ainsi qu'en 1929 (quatrième révision) et 1938 (cinquième révision), le *Congrès International de Statistique* et *l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations* travaillent ensemble. Paris organise les sixième et septième révisions en 1948 et 1955. La huitième révision se tiendra à Genève en 1965.

1.3.2 Les années 1970-2000

Dans les années 1970, l'Organisation Mondiale de la Santé sollicite un de ses consultants, le Pr. Philip Wood afin qu'il examine la possibilité d'établir une classification des « conséquences de la maladie ». En effet, le succès de la Classification Internationale de Maladies (C.I.M.) montrait qu'il était possible d'utiliser un vocabulaire médical défini et partagé. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les « *conséquences des maladies* »? Les conséquences des maladies ne relèvent pas nécessairement du secteur médical. Très vite Wood

Colloque national sur les activités aquatiques

« Le plaisir de l'eau pour tous »
10-12 mai 2007 Evreux : France

se rend compte qu'il sera difficile de concevoir une classification unique conforme aux principes taxonomiques. En revanche, il estime que les altérations corporelles (impairments) pourraient le permettre (Rossignol 2006).

En 1976, l'O.M.S publie à titre expérimental la « *Classification of Impairments and handicaps* ». Quatre concepts constituent, ce que l'on appelle le « *Modèle de Wood* » : *Disease or disorder* (la maladie ou le trouble) ; *Impairment* (l'altération d'une structure, la perte d'un membre ou la détérioration de certains tissus) ; *Disability* (invalidité, désigne la restriction d'une capacité à réaliser certains actes) et le *handicap* (voir schéma 1).

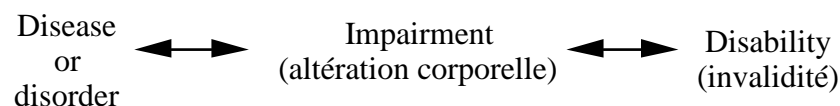


Schéma 1 : « **Modèle de Wood** » (d'après Rossignol, 2006)

La notion de handicap recoupe les difficultés qu'un individu est susceptible de rencontrer dans sa vie sociale. L'importance des difficultés résulte de divers facteurs : matériel, familial, social. En 1980, l'O.M.S. publie exclusivement en anglais « *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap* ». Une lecture attentive montre de nombreuses modifications. Par exemple, les troubles fonctionnels non corrélés à des lésions organiques décelables qui, pour Wood, étaient dans les « *Disabilities* », se retrouvent dans les « *Impairments* » (Rossignol, 2000 ; 2006). Il faudra attendre 1988 pour que la version française soit publiée sous le titre : *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*.

L'apport le plus important de la C.I.H. à la réflexion sur le *handicap* a été sa conceptualisation dans un cadre tridimensionnel. Les trois notions clés sont : la *déficience*, l'*incapacité* et le *désavantage*. La déficience appréhende les altérations corporelles organiques ou fonctionnelles. L'incapacité apprécie les réductions partielles ou totales, les limites des capacités qui permettent d'accomplir une activité. Le désavantage correspond à la résultante de la déficience et de l'incapacité. Le schéma 1 permet de montrer les liens entre ces trois concepts qui permettent de définir le handicap. La déficience est extériorisée, l'incapacité est objectivée et le désavantage socialisé (Jamet, 2003).

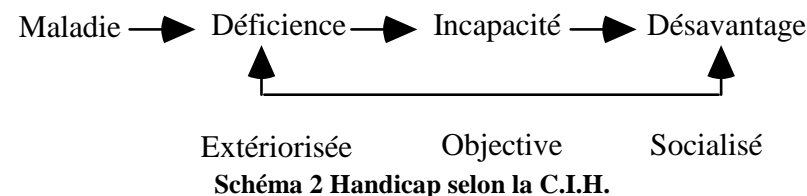


Schéma 2 Handicap selon la C.I.H.

Cette conceptualisation dégage le handicap du seul champ médical d'une part, « [...] en déplaçant la reconnaissance du désavantage du seul diagnostic lésionnel (la déficience) vers l'évaluation fonctionnelle (incapacité) » (Maudinet, 1999, p 4) et d'autre part, « [...] en étendant la notion de désavantage social à l'analyse des rôles sociaux, ce qui permet de passer d'une vision du handicap considérée comme irréversible à une conception plus ouverte » (Maudinet, 1999, p 4).

Les raisons de cette évolution de la conceptualisation sont, une fois plus, multiples. Deux types de raisons se dégagent, des raisons propres au modèle biomédical qui sous-tend le handicap ; des raisons externes au modèle biomédical (Jamet, 2003).

Le modèle biomédical classique conçoit les phénomènes pathogènes comme s'inscrivant dans une structure causale. Un agent pathogène engendre des signes, des symptômes formant un syndrome. Tel traumatisme engendre tel handicap (Ravaud, 1999). Les pathologies sont des phénomènes qui touchent la personne. Seule une action thérapeutique personnelle permettra aux spécialistes de guérir le patient. De ce fait, les stratégies thérapeutiques pour réduire le handicap sont personnelles.

Dans les années 1960-1970, se constituent des organisations de personnes handicapées aux Etats-Unis (*Disabled People's International*). Ces mouvements revendiquent des droits civils mais également un contrôle de la qualité des services qui sont alloués aux personnes handicapées. Ces revendications politiques s'appuient sur des développements théoriques conçus par des chercheurs, eux-mêmes, handicapés (*Disability studies*) qui critiquent le modèle biomédical en montrant comment l'environnement peut constituer des obstacles pour les personnes handicapées (Barral, 1999 ; Barral & Roussel, 2002 ; Jamet, 2004 ; Ravaud, 1999). Les bases d'un modèle social du handicap sont alors posées.

Le modèle social du handicap explique le handicap par l'ensemble des barrières physiques ou socioculturelles faisant obstacle à la participation sociale et à la pleine citoyenneté des personnes concernées.

Colloque national sur les activités aquatiques

« Le plaisir de l'eau pour tous »

10-12 mai 2007 Evreux : France

L'invalidité n'est pas un attribut de la personne mais un ensemble complexe de situations dont beaucoup sont créées par l'environnement social. La réduction du handicap requiert en conséquence une action sociale. Il est de ce fait de la responsabilité sociale collective de réaliser les changements environnementaux nécessaires pour une pleine participation. Le handicap réside dans la structure sociale (Jamet, 2003 ; Jamet, 2006b).

Si la C.I.H a permis de conceptualiser le handicap en y intégrant la dimension sociale, cette classification n'est pas exempte de critiques. Si l'on pouvait penser que la C.I.H réunissait en une même conceptualisation le modèle biomédical et le modèle social, dans les faits, il n'en est rien, seule la maladie engendre le handicap. Les dimensions qui décrivent le handicap sont toutes fortement liées à la personne. Les éléments qui permettent d'appréhender le *désavantage* sont très peu développés en comparaison aux pages entières dédiées à la déficience. Les références à l'environnement dans lequel la personne handicapée se trouve sont généralement absentes (Barral, 1999 ; Ravaud, Roussel, 1999). Les critiques de Rossignol (2000) sont sévères. Il considère cette traduction comme médiocre comportant des omissions, des ajouts, des modifications intentionnelles et des erreurs. La traduction de cette classification permet de classer des personnes comme « Handicapée » alors qu'elles ne relèvent pas de l'approche médicale. La C.I.H, version française, établit une équivalence erronée entre « handicap » et « conséquence des maladies » afin d'accréditer l'idée que le problème du handicap relève d'une approche médicale.

En 1997, l'O.M.S. rend public le projet de révision de cette classification. Le processus de révision se traduit par deux versions : *La classification internationale des altérations, activités et participation. Un manuel des dimensions d'invalidation et du fonctionnement. Projet Bêta-1* et *Classification internationale du fonctionnement et de l'invalidité ; Projet Bêta-2*. Rossignol (2000) observe que ces deux versions intermédiaires mentionnent, dans leur introduction, qu'une classification doit être claire quant à ce qu'elle classe. Un examen attentif montre que cet objectif n'est pas atteint. Au fil des versions, Rossignol (2000) constate que le terme « maladie » est remplacé par « problèmes de santé ». Les catégories ne sont pas organisées selon un principe hiérarchique. Elles ne sont pas mutuellement exclusives. Leurs définitions ne sont pas des « énoncés qui exposent les attributs essentiels mais des définitions circulaires ou en termes synonymiques. Les termes désignant les catégories ne renvoient pas à des concepts définis, mais sont utilisés selon leur sens commun.

2. La C.I.F.

En mai 2001, l'assemblée mondiale de la santé (O.M.S.) adopte la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (C.I.F.). Une version spécifique pour les enfants et les jeunes devait sortir en 2006.

La C.I.F est une classification polyvalente conçue pour servir diverses disciplines et différents secteurs. Elle vise à :

- fournir une base scientifique pour comprendre et étudier les états de la santé, leurs conséquences et leurs déterminants
- établir un langage commun
- permettre des comparaisons entre pays
- fournir un système

La C.I.F. couvre tous les aspects de la santé et concerne tout un chacun. Son application se veut universelle. La C.I.F organise l'information sur deux plans. Le premier concerne le *fonctionnement* et le *handicap* et le second ce qui a trait aux *facteurs contextuels*. Le *fonctionnement* et le *handicap* sont appréhendés à l'aide des deux composantes : 1) la composante *organisme* qui elle-même comprend les *fonctions des systèmes organiques* et les *structures anatomiques* 2) la composante *Activités et Participation*, l'activité recouvrant la personne en tant qu'individu et la participation sa dimension sociale. Les *facteurs contextuels* sont composés des *facteurs environnementaux* les plus proches de l'individu aux plus éloignés et des *facteurs personnels*. L'état de fonctionnement et de handicap d'une personne est le résultat de l'interaction dynamique entre son problème de santé et les facteurs contextuels.

Il nous appartient maintenant de définir les notions clefs, d'indiquer comment la C.I.F, les met en œuvre et de dégager les grandes lignes du modèle du handicap que propose cette classification.

2.1 Définitions des notions clefs

La C.I.F repose sur cinq notions : 1) *le problème de santé*, 2) *les fonctions organiques* et les *structures anatomiques*, 3) *l'activité*, 4) *la participation* et 5) *les facteurs contextuels* qui eux-mêmes se scindent en facteurs environnementaux et facteurs personnels.

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

Colloque national sur les activités aquatiques

« Le plaisir de l'eau pour tous »

10-12 mai 2007 Evreux : France

santé tels que la grossesse, le vieillissement, le stress, une anomalie congénitale ou une prédisposition génétique. En d'autres termes, un *problème de santé* est quelque chose d'anormal qui se produit à l'intérieur de l'individu. Ces changements pathologiques vont se traduire par des manifestations : des signes ou des symptômes, des syndromes (O.M.S., 2002).

Les *fonctions organiques* désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques). Huit catégories permettent de les apprécier : les fonctions mentales, les fonctions sensorielles et douleur, les fonctions de la voix et de la parole, les fonctions des systèmes cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire, les fonctions des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, les fonctions génito-urinaires et reproductives, les fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement et les fonctions de la peau et des structures associées.

Les *structures anatomiques* désignent les parties anatomiques du corps telles que les organes, les membres et leurs composantes (O.M.S., 2002). Comme pour les fonctions organiques, on retrouve huit catégories : les structures du système nerveux, l'œil, oreille et les structures annexes, les structures des systèmes cardio-vasculaire, immunitaire et respiratoire, les structures liées aux systèmes digestif, métabolique et endocrinien, les structures liées à l'appareil génito-urinaire, les structures liées au mouvement et peau et structures annexes

L'*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 (O.M.S., 2002). L'*activité* se réfère à un contexte donné. L'*activité* répond à la question : Comment la personne réalise-t-elle concrètement l'activité ?

La *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 (O.M.S., 2002).

L'*activité* et la *participation* sont appréciées à l'aide d'une liste unique. Neuf domaines la composent : l'apprentissage et l'application des connaissances, tâches et exigences générales⁴, communication, mobilité, entretien personnel, activités domestiques, activités et relation avec autrui, grands domaines de la vie⁵, vie communautaire, sociale et civique.

⁴ Cette catégorie à trait à des aspects généraux relatifs à la réalisation de tâches, comme la capacité à entreprendre une tâche simple ou multiple, à effectuer la routine quotidienne, à gérer le stress, etc...

⁵ Cette catégorie porte sur la réalisation de diverses tâches et actions permettant de s'engager dans l'éducation, le travail, l'emploi et les transactions économiques.

Les *facteurs contextuels* se scindent en deux : les *facteurs environnementaux* et les *facteurs personnels*. Les *facteurs environnementaux* sont organisés sur deux plans : le plan individuel et le plan sociétal. Sur le plan individuel, on s'intéresse au domicile, à l'école au cadre de travail. On prend en compte les caractéristiques physiques et matérielles mais également les contacts avec les autres (famille, connaissance, pairs, etc...) de l'environnement de la personne. Sur le plan sociétal, l'identification des structures sociales, des services de communications, de transports, les réseaux sociaux informels ainsi que les lois et règlements, les attitudes ou les idéologies en font partie. Les *facteurs personnels* sont : le sexe, l'âge, le mode d'adaptation, l'origine sociale, le niveau d'études, la profession, etc....

2.2 Mise en œuvre

Ces cinq notions permettent de décrire le sujet *ordinaire* comme l'*extraordinaire* (dans le sens qui sort de l'ordinaire). C'est en ce sens que la C.I.F n'est pas une classification spécifique aux personnes en situation de handicap mais elle s'adresse à l'humanité toute entière. Cette idée est compatible avec l'approche l'inclusive, dans laquelle on ne catégorise pas l'humanité entre « *normaux* » et « *anormaux* », « *valide* » et « *invalides* » etc... (Pour un développement voir Jamet, 2004, 2006a, 2006b).

Pour appréhender un individu et ce, qu'il soit ordinaire ou extraordinaire, confronté à un problème de santé, on examine l'intégrité de ses *fonctions organiques* et *anatomiques* puis sa capacité à réaliser des tâches dans un environnement standard (*activité*) et dans son environnement réel (*participation*). Ce sujet présentant un problème de santé, il faudra interroger les *facteurs contextuels* de son cadre de vie, ces facteurs pouvant être environnementaux ou personnels.

L'individu pourra présenter ou non, une ou des *déficiences* de structures anatomiques et ou de fonctions organiques se traduisant par une anomalie, une carence, une perte ou un écart important par rapport à une norme établie pour la ou les structures anatomiques, la ou les fonctions organiques en question. Cette norme établie correspond à un écart généralement accepté de l'état biomédical. Elle repose sur un jugement des personnes compétentes pour l'évaluer. Cette déficience peut être temporaire ou permanente, progresser ou être stable, intermittente ou continue. Une échelle de gravité permet d'apprécier l'étendue de la déficience (pas de déficience, déficience légère, modérée, grave, absolue, non précisé, sans objet).

L'examen de sa capacité à réaliser une tâche dans un environnement standard (*Activité*) ou réel (*Participation*) pourra révéler soit une ou des *limites*

Colloque national sur les activités aquatiques

« Le plaisir de l'eau pour tous »

10-12 mai 2007 Evreux : France

d'activité, c'est-à-dire des difficultés à réaliser une tâche, soit une *restriction de participation*. La restriction de participation correspond à un ou des problèmes que rencontre la personne pour s'impliquer dans une situation de la vie réelle. Pour apprécier le niveau *d'activité* d'un sujet, on parlera de *capacité* et pour apprécier son niveau de *participation*, on parlera de *performance*. Les difficultés (limite d'activité) ou les problèmes (restriction de participation) sont estimés par rapport à une norme généralement acceptée dans une population donnée. Une échelle en neuf points permet d'apprécier le niveau *d'activité* et de *participation* (aucune difficulté, légère, modérée, grave, absolue, non précisée et sans objet).

L'identification des facteurs contextuels (environnementaux et personnels) permet de mettre en évidence des *obstacles* et des « *facilitateurs* »

environnementaux. Deux échelles en cinq points sont proposées : une pour les obstacles (aucun, léger, modéré, grave, absolu), une échelle pour les « *facilitateurs* » (aucun, léger, modéré, substantiel, absolu) plus trois points communs aux deux échelles : Obstacles non-précisé, Facilitateur non précisé et sans objet.

On parlera de *Fonctionnement* lorsque l'on fait référence à des aspects de la santé qui ne posent pas de problèmes (voir schéma 3) En revanche, lorsque l'on est confronté à une *déficience* et/ou une limite d'activité et/ou une limite de *participation*, on parlera de *Handicap* (voir schéma 4).

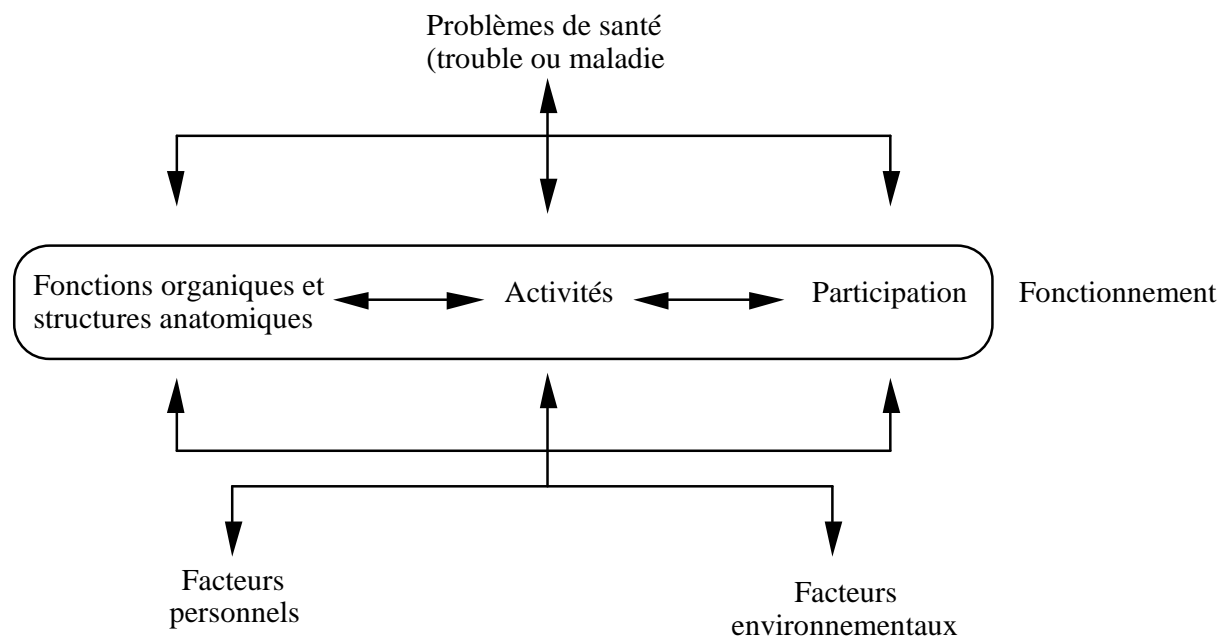


Schéma 3. Conceptualisation de la notion de fonctionnement en référence à la C.I.F. (O.M.S. 2002)

Colloque national sur les activités aquatiques

« Le plaisir de l'eau pour tous »

10-12 mai 2007 Evreux : France

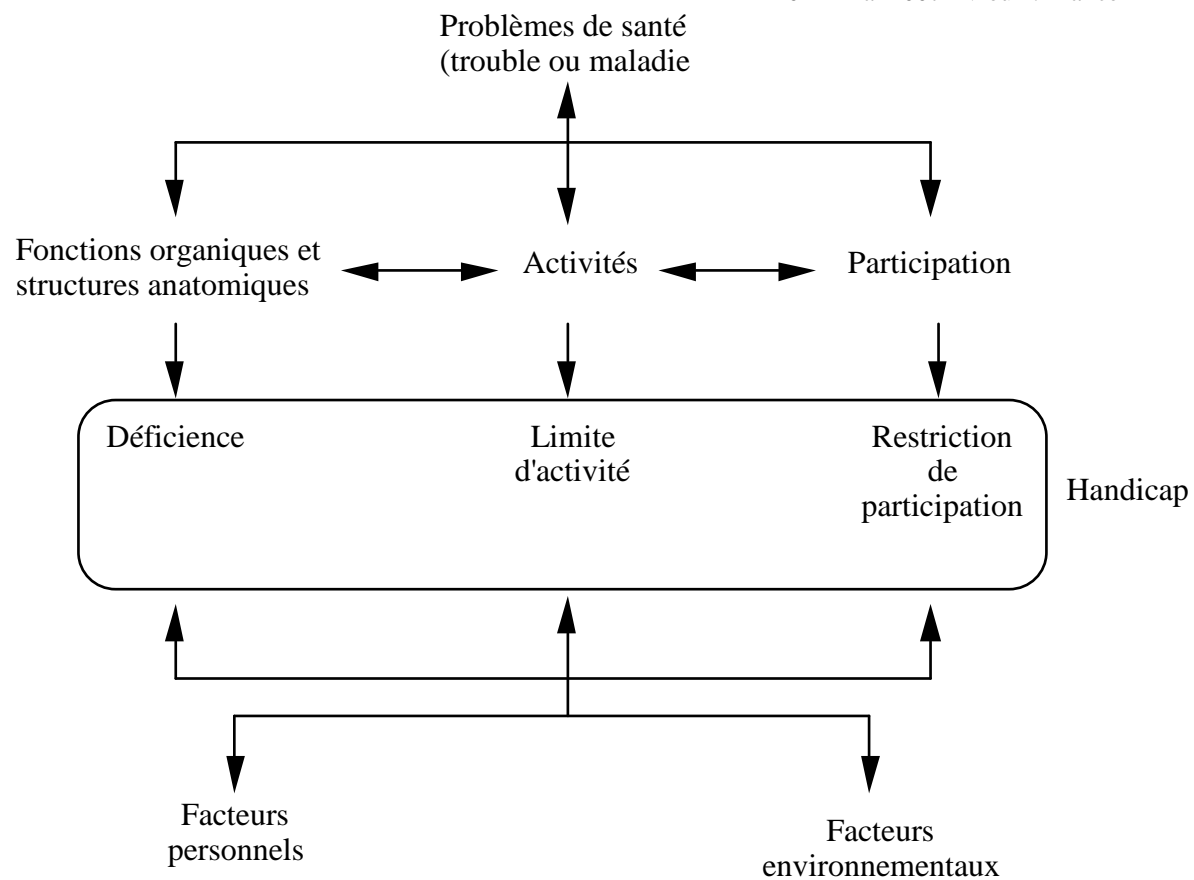


Schéma 4. Conceptualisation de la notion de fonctionnement en référence à la C.I.F. (O.M.S. 2002)

Colloque national sur les activités aquatiques

« Le plaisir de l'eau pour tous »

10-12 mai 2007 Evreux : France

2.3 Modèle du fonctionnement et du handicap

La C.I.F repose sur l'intégration des deux modèles du handicap, le modèle biomédical et le modèle social.

Comme les schémas 3 et 4 le montrent, le *fonctionnement*, comme le *handicap*, est le fruit d'un système complexe composé de nombreuses interactions réciproques entre les fonctions et les structures anatomiques et l'activité, entre l'activité et la participation qui elles-mêmes sont soumises à l'ensemble des facteurs contextuels.

Du point de vue conceptuel, la C.I.F. permet de définir sept « patrons de handicap » (Jamet, 2005). Une personne peut présenter :

- 1) une *déficience* sans *limite d'activité*, sans restriction de *participation*.
- 2) une limite d'activité sans restriction de participation
- 3) une *restriction de participation*
- 4) une *déficience* avec *limite d'activité* et sans *restriction de participation*
- 5) une *déficience* sans *limite d'activité* et avec *restriction de participation*
- 6) une *limite d'activité* avec restriction de *participation*
- 7) une *déficience* avec *limite d'activité* avec *restriction de participation*

On peut avoir une déficience sans avoir de limites dans ses activités. Par exemple, une personne être atteint de la lèpre présente une déficience, mais elle n'entraîne pas *ipso facto* une limitation d'activité (C.I.F 2002, p. 20). On peut être défiguré et être en mesure de d'effectuer toutes activités.

On peut avoir une déficience sans limitation d'activité mais engendrant une restriction de participation.

Un diabétique présente une déficience de fonction. Le pancréas ne produit pas d'insuline. Sous traitement, cette déficience n'engendre pas d'incapacité. Cependant l'enfant diabétique rencontrera une restriction de participation lorsqu'il sera convié à partager des agapes (De Carlo-Bonvin, 2003 ; Jamet, 2003).

On peut avoir des limitations d'activité (une incapacité) sans présenter une déficience évidente. Par exemple, de nombreuses pathologies engendrent une baisse de l'efficacité dans les activités quotidiennes (De Carlo-Bonvin, 2003 ; Jamet, 2003).

On peut avoir des restrictions de participation à la vie sociale sans présenter une déficience, ni limitation d'activité. Une personne séropositive peut souffrir dans ses relations sociales si on apprend sa pathologie. Il en est de même pour un ancien patient qui sort d'un hôpital psychiatrique. Par exemple un problème de santé comme une phobie spécifique engendre de l'anxiété (*déficience*) et peut se traduire, par le fait, que le sujet ne peut plus sortir de son domicile (*limitation d'activité*). Cette limitation d'activité engendrera probablement, au bout d'un certain temps, des difficultés avec son employeur (*restriction de participation*).

3. La C.I.F et les activités aquatiques

Les activités aquatiques n'apparaissent pas, en tant que telles, dans la classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé. En revanche, on trouve dans l'un des neuf chapitres qui permettent d'appréhender les *activités* et la *participation*, au chapitre 4 qui traite de la « *Mobilité* », une question relative au domaine qui nous intéresse. Dans ce chapitre, quatre grandes capacités sont appréciées : *les changements et le maintien de la position du corps*, la capacité de *porter, de déplacer et manipuler des objets, de marcher et de se déplacer* et, *de se déplacer à l'aide d'un moyen de transport*. Cinq modes de déplacement sont envisagés, le ramper, le grimper, la course, le saut et la nage. La question que se posent les concepteurs est le sujet sait-il ou non nager ? Compte tenu de la richesse de cette activité, la pertinence de ce colloque prend tout son sens.

4. Les limites de la C.I.F

Bien que la C.I.F soit issue d'un organisme international l'O.M.S., elle n'est pas exempte de critiques. Pour Rossignol (2006), « La C.I.F ne relève plus d'une démarche scientifique mais d'une démarche normative orientée vers la recherche d'un consensus entre différentes branches professionnelles et différents courants de pensée, une tentative d'unifier un vocabulaire, défendre des intérêts catégoriels, contrôler un secteur d'activité » (p.16). Il ajoute : « La C.I.F. n'est pas destinée à enregistrer des faits mais des jugements portés sur la conformité de la conduite d'une personne à des normes souvent implicites ». On aura présente à l'esprit que la C.I.F. n'a pas été soumise à une procédure de validation de ses qualités scientifiques et techniques (Rossignol, 2006).

En conclusion

Nous débutons notre propos en nous référant à la loi du 11 février 2005 et plus particulièrement à la définition de ce qu'est le handicap. Nous faisons remarquer que bon nombre de ces notions étaient issues de la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé. Pour comprendre le sens des termes : *handicap, limite d'activité, de restriction de participation, environnement, altération*, une mise en perspective était nécessaire. En effet, la notion de handicap est à comprendre, non pas comme caractérisant une personne, mais comme résultant d'un ensemble de facteurs d'ordre anatomique, organique, personnel, social, l'ensemble de ces composantes interagissant. Cette conceptualisation du handicap offre de nouvelles perspectives pour réduire les difficultés, les problèmes que rencontrent les personnes porteuses de handicap. On peut agir sur la personne, sur les activités qu'elle conduit mais également sur son environnement. Les activités aquatiques, en ce

Colloque national sur les activités aquatiques

« Le plaisir de l'eau pour tous »

10-12 mai 2007 Evreux : France

qu'elles permettent de développer de nouvelles compétences, de tisser de nouveaux des liens sociaux, constituent un moyen d'agir sur l'environnement de la personne en situation de handicap.

Bibliographie

Azéma, B. (2001)

Barral, C. (1999). De l'influence des processus de normalisation internationaux sur les représentations du handicap *Handicap*, 81, 20-34.

Barral, C. & Roussel, P. (2002). De la CIH à la CIF. Le processus de révision. *Handicap*, 94-95, 1-23.

De Carlo-Bonvin, M. (2003). Nouvelle Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : réflexions et enjeux pour la pédagogie spécialisée, n°2, 6-13.

Egdahl, A. M. D. (1907). Linnæus «Genera Morborum » and some of his other médical works. *Medical Library and Historicial Journal*, septembre 5 (3) 185-193.

Jamet, F. (2003). De la Classification Internationale du Handicap (C.I.H.) à la Classification Internationale du Fonctionnement de la santé et du handicap (C.I.F.). *Nouvelle Revue de l' AIS*. 22, 163-172.

Jamet, F. (2004). Les fondamentaux de l'inclusion : approche psychologique. *Nouvelle Revue de l' AIS*. 28, 207-212.

Jamet, F. & Lhuissier, J. (Eds.) (2004). *Enfants à besoins éducatifs particuliers : Tome 1* Collection Chemin faisant. Rouen : CRDP Haute-Normandie.

Jamet, F. (2006a). « Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la santé et inclusion : une impossible rencontre ? ». *Pour une école inclusive... Quelle formation pour des enseignants ? Colloque Internationale de l' IUFM de Créteil*. (pp. 63-73.) 25-26 novembre 2005. Créteil : France

Jamet, F. (2006b). *Intégration, inclusion : quel(s) modèle(s) du handicap*. In F. Jamet & J. Lhuissier (Eds.). *Enfants à besoins éducatifs particuliers. Tome 2* (pp. 39-46) Collection Chemin faisant. Rouen : CRDP Haute-Normandie.

Jamet, F. & Morisson E. (2006). *La loi du 11 février 2005 : que(s) changements ?* In F. Jamet & J. Lhuissier (Eds.). *Enfants à besoins éducatifs particuliers. Tome 2* (pp. 15-29) Collection Chemin faisant. Rouen : CRDP Haute-Normandie.

Maudinet, M. (1999). Introduction de la journée sur les enjeux de la classification internationale des handicaps. *Handicap*, 81, 3-5.

Ravaud, J-F ; (1999). Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet. *Handicap*, 81, 64-75.

Rossignol, C. (2000). La classification internationale des altérations corporelles, invalidités et handicaps : Approche linguistique d'un débat terminologique. *Prévenir*, 39, 35-45.

Rossignol, C. (2004). La « Classification internationale du Fonctionnement » : Démarche normative et alibi scientifique pour une clarification de l'usage des concepts. *Gérontologie et société*, 110, 29-46.

Rossignol, C. (2006). Altérations corporelles, dysfonctionnements et handicaps Pour une clarification des concepts. *Le Furet*, 49, 14-16.