

# La « Classification » dite CIF proposée par l'OMS peut-elle avoir une portée scientifique ?<sup>(1)</sup>

Christian Rossignol \*

---

**Résumé.** Depuis plus de vingt-cinq ans, l'Organisation mondiale de la santé poursuit un projet de « classification » et d'unification de la terminologie médico-sociale censé « *fournir une base scientifique pour la compréhension et l'étude des états fonctionnels associés aux problèmes de santé* ». L'analyse des versions successives de ce projet a montré que l'incapacité à – ou le refus de – préciser l'objet de cette « classification » et définir précisément ce qu'il s'agit de classer constitue son point faible, voire son vice rédhibitoire.

Il en résulte également que l'ICIDH et la CIF ne constituent ni des classifications hiérarchiques ni des terminologies internationales dans la mesure où leurs « catégories » principales ne sont pas définies, ou sont définies en termes synonymiques, et ne délimitent précisément aucun concept. Les concepteurs de ce projet annoncent depuis plusieurs années une « *version de recherche /.../ qui répondra aux besoins spécifiques de la recherche et fournira des définitions opérationnelles précises* ». Mais, la démarche suivie et les compétences mises en œuvre ne permettent pas d'envisager que ce projet puisse aboutir dans un avenir prévisible.

**Abstract.** *Can the Classification Called ICF, proposed by WHO, Be of Scientific Value ?* For more than 25 years, the World Health Organization has been carrying out a plan of « classification » and standardization of medico-social terminology supposed, « *to provide a scientific basis for understanding and studying the functional states associated with health conditions* ». The analysis of the successive versions of the draft shows that the inability (or refusal) to be more specific about the subject matter of this « classification », and to define distinctly what is at stake in classifying, constitute its weak point-indeed, its fatal defect. The result is that ICIDH and ICF constitute neither hierarchical schemes nor

---

\* CNRS, UMR n° 6057, Laboratoire Parole et Langage.

(1) Cet article est tiré d'un rapport d'expertise réalisé à la demande du CTNERHI, Centre collaborateur français de l'OMS : *ICIDH-2 : projet β-2 : analyse textuelle, conceptuelle et formelle*, rapport d'expertise, C. Rossignol, CNRS, UMR n° 6057, Laboratoire Parole et Langage, septembre 2000. Ce rapport d'expertise ainsi que celui intitulé *Classification québécoise dite « Processus de production du handicap »*. *Analyse textuelle, conceptuelle et formelle*, rapport d'expertise, C. Rossignol, CNRS, UMR n° 6057, Laboratoire Parole et Langage, septembre 2000, peuvent être consultés et téléchargés à partir du site internet du CTNERHI : <http://perso.club-internet.fr/ctnerhi/>

international terminologies insofar as their main « categories » are not defined or are defined in synonymic terms and do not delimit any concept. The designers of this draft have been announcing for several years a « *Research version : /.../ [which] will respond to specific research needs and will provide precise and operational definitions* ». But, the thought process followed and the lack of competence do not give the impression that this plan is likely to succeed in the foreseeable future.

**Mots clés :** CLASSIFICATION / ICIDH / CIF / ÉTUDE CRITIQUE / HISTORIQUE

#### PRÉSENTATIONS ET REMARQUES LIMINAIRES

Dans sa séance du 21 mai 2001, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté la seconde édition de l'*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, connue en français sous le titre *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités, désavantages*.

Cette nouvelle venue qui s'appellera désormais, selon la traduction de l'OMS *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* <sup>(2)</sup> est, au dire de son principal promoteur, destinée à devenir « *une aimable compagne de la Classification internationale des maladies (CIM) au sein de la famille des classifications de l'OMS* » <sup>(3)</sup>. Dans l'allégresse de la cérémonie d'adoption, elle est présentée comme « *prévue pour révolutionner la prise en charge de l'invalidité* » <sup>(4)</sup>.

Il est cependant à craindre qu'une fois les festolements terminés, l'euphorie retombée, les rêves dissipés, il faille se rendre à l'évidence d'une réalité moins idyllique. En tant que « *classification* », la nouvelle adoptée sera, en effet, sévèrement handicapée du fait de malformations congénitales connues de longue date, aggravées par

une gestation chaotique et un accouchement aux forceps. Il est peu probable qu'elle puisse mener une existence autonome sans d'importantes « *mesures de compensation* ».

Initialement prévue pour « *fournir une base scientifique pour la compréhension et l'étude des états fonctionnels associés aux problèmes de santé* », à ce jour, sans un soutien constant de sa « *famille* », elle ne saurait survivre longtemps au sein de ce monde cruel et sans pitié que nous avons coutume d'appeler la communauté scientifique internationale.

Mais, laissons là la métaphore ; les choses en sont venues au point où, même chez des praticiens qui ont longtemps apporté leur soutien actif à cette démarche, le doute a fini par s'installer. Ainsi par exemple, Bernard Azema conclut un article récent sur ce sujet de la façon suivante :

« *... la CIH-2 est bien une classification avec toutes ses imperfections (inévitables) mais aussi avec ses a priori idéologiques et politiques (respectables mais discutables, c'est-à-dire à discuter). Il est à craindre (ou à souhaiter ...) que la CIH-2 reste un outil inemployé.* » <sup>(5)</sup>

(2) *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Le nouvel acronyme sera ICF (et CIF en espagnol et en français).

(3) « *ICF will be a nice companion to the ICD within the WHO Family of classifications!* », Lettre du Dr T. Bedirahn Üstün aux « *amis de l'ICIDH-2* » du 22 mai 2001.

(4) « *ICIDH-2 is expected to revolutionize care of disability.* »

(5) B. Azéma, « *La Classification internationale des handicaps et la recherche en santé mentale* », in *Classification internationale des handicaps et santé mentale*, Paris, Éditions CTNERHI-GFEP, 2001, p. 21-51.

Plus au fait que son collègue de ce qu'est une véritable classification, François Chapiereau conclut sa contribution de la façon suivante :

« S'agit-il même d'une véritable classification, ou plutôt d'un instrument au service d'un certain militantisme, mais dépourvu de signification pratique ? Quel en sera l'usage ? Quel sera son retentissement ? L'ampleur de ces questions est source d'un profond malaise. La CIH-2 est mal partie. »<sup>(6)</sup>

Comment en est-on arrivé là ?

Cette « adoption » au sein de la « famille » des classifications de l'OMS intervient au terme de plus de vingt-cinq ans d'un laborieux travail politique effectué par l'OMS et ses centres collaborateurs. Le projet, germé au début des années 1970, était vraisemblablement soutenu par l'espoir que le relatif succès du monde médical à construire et à maintenir, grâce à la « Classification internationale des maladies », un vocabulaire médical relativement bien défini et globalement contrôlé, pourrait être prolongé pour y inclure des phénomènes et des expériences beaucoup moins définis, jusqu'alors considérés comme ne relevant pas du domaine médical proprement dit, et qui seront qualifiés de « conséquences de maladie ».

Une impulsion est venue des travaux du Pr André Grossiord<sup>(7)</sup>, de l'hôpital de Garches, repris par le Centre collaborateur français pour la classification des maladies dans une proposition visant à établir une distinction entre les altérations corporelles et leurs conséquences sur le plan fonctionnel et sur le plan social. Les données concernant ces différents « axes » devaient être

classées séparément, autrement dit, donner lieu à des classifications distinctes.

Cette approche se distinguait nettement en cela de celle de la Classification internationale des maladies qui, *a contrario*, tente, non sans difficultés, d'intégrer dans une structure hiérarchique unique des dimensions multiples (étiologiques, anatomiques, pathologiques). L'OMS a alors confié à l'un de ses consultants, le Dr Philip Wood, le soin d'explorer les possibilités d'une classification des « conséquences de maladie » compatible avec les principes de la première.

Le Dr Wood, qui se définissait lui-même comme un « taxinomiste amateur », dit avoir découvert à cette occasion que « les difficultés rencontrées ne provenaient pas seulement de la nomenclature mais aussi de la confusion qui régnait au sujet des concepts de base » et qu'une classification unique, conforme aux principes taxinomiques de la classification des maladies n'était pas possible. Selon lui, les « altérations corporelles » (*impairments*) pourraient être traitées de cette manière mais les « handicaps » ne pourraient l'être qu'au prix de compromis arbitraires et de contradictions. Il proposait donc une classification différemment conçue.

Des classifications séparées des altérations et des handicaps issues des travaux de Wood et Grossiord furent ainsi mises en circulation dès 1974, afin de recueillir des commentaires et suggestions en vue de leur amélioration. Wood fut chargé de rassembler ces différentes contributions et de rédiger une proposition soumise à la conférence internationale pour la 9<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies.

Cette conférence, après avoir examiné cette proposition<sup>(8)</sup> en octobre 1975, en a

(6) F. Chapiereau, « Mort ou renaissance d'une classification », in *Classification internationale des handicaps et santé mentale*, Paris, Éditions CTNERHI-GFEP, 2001, p. 53-70.

(7) A. Grossiord, « Du handicap et des handicapés », in *Revue de chirurgie orthopédique*, n° 62, 1975.

(8) P.-H.-N. Wood, « Classification of impairments and handicaps », OMS, 1975, ref. WHO/ICD9/REV. CONF/75.15.

recommandé la publication à titre d'essai puis, en mai 1976, la 29<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé, prenant en compte cette recommandation, a approuvé la publication à titre expérimental d'une classification des « *Impairments and handicaps* », complémentaire mais distincte de la Classification internationale des maladies.

Le texte publié quatre ans plus tard par l'OMS, exclusivement en anglais, sous le titre « *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease* »<sup>(9)</sup>, comporte des modifications par rapport au projet initial soumis à la conférence sur la 9<sup>e</sup> révision et, bien que Wood ait participé à son élaboration, il ne reflète, à mon avis, que très partiellement la conception initiale du projet qui était la sienne.

« *Mon intérêt réel [écrit-il] était tourné vers la recherche d'une plus grande compréhension de la nature du désavantage, tel qu'il est vécu en conséquence de la maladie chronique, et vers l'encouragement donné individuellement aux professionnels de la santé, aux décideurs des politiques sociales et aux politiciens, pour qu'ils assimilent la détermination sociale du désavantage. À l'évidence, en opérant dans le champ de la santé et sous l'égide de l'OMS, ce dernier effort devait être quelque peu clandestin. Je me rends compte que tout le monde n'a pas vu à travers le camouflage.* »<sup>(10)</sup>

Huit ans plus tard, en 1988, une traduction française de ce texte publiée par le Centre collaborateur français de l'OMS sous le titre curieusement modifié « *Classification internationale des handicaps : défi-*

*ciences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies.* » Cette « *traduction* », réalisée par une équipe d'un institut français de recherche médicale, est considérée comme médiocre. Elle est plus une adaptation à la situation française qu'une véritable traduction et comporte des omissions, des ajouts, des modifications intentionnelles et des erreurs. Elle a été, à ce titre, sévèrement critiquée par de nombreux auteurs français.

Le « *processus de révision* » de cette « *classification* » a débuté, en Europe et au Québec, au début des années 1990 et s'est mondialisé à partir de 1993. Après une version Alpha, incomplète et à diffusion interne, en juillet 1996, en juin 1997, l'OMS diffusait une version  $\beta$ -1 de son projet destinée à être soumise à une série de tests d'évaluation. Les nombreuses critiques que suscitéèrent ce texte<sup>(11)</sup> conduisirent l'OMS à différer son approbation initialement prévue pour 1999, à prolonger le « *processus de révision* » et à proposer en juillet 1999 une version  $\beta$ -2 également soumise à des tests.

Dans cette nouvelle version, alors que les critiques portant sur la rédaction du texte ont bien été prises en compte (certaines parties, particulièrement obscures ont été réécrites ou supprimées), *a contrario*, le style et la rhétorique sont inchangés, la rigueur des formulations n'a pas été améliorée. La nouvelle version présente une organisation différente de certains « *items* », des chapitres de l'introduction et des annexes mais ces modifications portent principalement sur la forme et la présentation. Les problèmes mis en évidence par les analyses conduites sur la

(9) « *Classification internationale des altérations, invalidités et handicaps. Un manuel de classification relatif aux conséquences de maladie* ». Nous le désignerons par l'acronyme ICIDH-80.

(10) P.-H.-N. Wood, cité et traduit par F. Chapiro, in *Le Handicap mental chez l'enfant*, Paris, ESF, 1997, p. 174.

(11) Cf. notamment : 43. C. Rossignol et J. Loste-Berdot, *ICIDH-2 : avant projet  $\beta$ -1. Évaluation linguistique et analyse textuelle* (rapport d'expertise réalisé à la demande du centre collaborateur français de l'Organisation mondiale de la santé), Paris, CTNERHI, juillet 1998, 98 p.

version  $\beta$ -1 n'ont pas été résolus et l'analyse de la version  $\beta$ -2 montrera que les rédacteurs de cette nouvelle version semblent s'être principalement attachés à les rendre moins apparents en supprimant certains éléments d'explication ou de définition que comportaient les précédentes versions.

Aussi, loin d'apaiser les critiques, la diffusion de la version  $\beta$ -2 semble avoir eu notamment pour effet de révéler, derrière ce qui, dans une première version, pouvait encore apparaître comme des maladrotes ou les inévitables défauts de jeunesse d'un texte de travail, d'importants problèmes non résolus, voire des vices rédhibitoires.

Une prise en compte conséquente des critiques formulées aurait inévitablement conduit l'équipe de l'OMS à remettre en cause le résultat de huit années de travail. Replacer ce travail sur des bases scientifiques solides aurait sans doute nécessité d'adjoindre à l'équipe quelques personnes compétentes en matière de construction d'une classification et à renoncer à poursuivre simultanément des objectifs politiques et corporatistes non explicités. Cela n'était vraisemblablement pas une solution politiquement envisageable ; d'autant que, pour des travaux qui requièrent une expérience ne relevant pas du champ médical proprement dit, l'OMS semble généralement s'accommoder d'un certain amateurisme.

Ce qui semble s'être passé ensuite relève d'un processus bien connu des politiques. Après une longue période d'écoute et de négociations au cours de laquelle il est pris grand soin d'entendre tous les points de vue et de tenter de concilier les intérêts, fussent-ils contradictoires, il s'avère que les objectifs originaux du projet ne pourront pas être atteints et que le texte se révèle imprécis,

polysémique, voire incompréhensible à qui n'a pas suivi de près les péripéties de son élaboration.

Alors que les difficultés identifiées requerraient un important travail de spécialiste, et que la date limite approche, il s'avère politiquement impossible de la repousser une nouvelle fois. Il devient donc impérieux de faire aboutir le projet coûte que coûte. La solution retenue par ses promoteurs sera alors de pratiquer la fuite en avant en affirmant que la perfection a été atteinte et que l'outil est « opérationnel ». Mais il reste que la version dite « *pré-finale* » diffusée en octobre 2000 ne résout pas les difficultés. Elle ne sera donc pas soumise à des tests systématiques et sera adoptée en l'état par l'Assemblée mondiale de la santé. La prochaine décade de « révision » pourra dès lors commencer.

L'analyse, que nous avons proposée de la version  $\beta$ -2, reste, pour l'essentiel, valable pour la version finale. Les modifications intervenues entre la  $\beta$ -2 et la version finale sont signalées dans la suite du texte.

Dans la perspective du débat que ne manquera pas de susciter la publication du texte définitif, il me semble utile de prendre date et de rappeler les principales difficultés signalées lors de l'analyse de la version  $\beta$ -2<sup>(12)</sup> et non résolues dans les versions ultérieures.

Dans les extraits présentés ci-après, les indications de pagination renvoient à la version anglaise du projet  $\beta$ -2. Les chiffres entre crochets en début de paragraphe renvoient à la pagination du rapport d'expertise original<sup>(13)</sup>. Les citations figurant dans ce texte ont été traduites de l'anglais par nous-même.

---

(12) C. Rossignol, *ICIDH-2 : projet Bêta-2, analyse textuelle conceptuelle et formelle*, Paris, CTNERHI, 2000, 60 p. La version Bêta-2 est le dernier texte à avoir fait l'objet de tests systématiques et à avoir été soumis à une analyse sérieuse.

(13) Le lecteur soucieux de replacer ces extraits dans leur contexte pourra se procurer une version intégrale du rapport soit auprès du CTNERHI soit directement auprès de son auteur à l'adresse suivante : Christian.rossignol@lpl.univ-aix.fr.

## I. L'OBJET DE LA « CLASSIFICATION » : QUE CLASSE-T-ELLE ?

### Les « conséquences de maladie » et « conséquences des problèmes de santé »

[11] L'introduction de la version de la *Classification internationale des altérations du corps, activités et participation*, dite  $\beta$ -2, justifie cette entreprise par « un changement sur la scène des soins au cours du  $XX^e$  siècle ». Selon les auteurs de ce texte, l'importance des problèmes posés par les maladies aiguës aurait décliné, alors que ceux que posent les maladies chroniques et les effets du vieillissement de la population auraient pris une importance considérable.

Les maladies aiguës, de courte durée et transmissibles nécessitent « une approche diagnostique », couplée avec des soins épisodiques dont l'objectif est la guérison. *A contrario*, expliquent les auteurs, dans le cas des maladies chroniques, non transmissibles, l'objectif visé n'est plus la guérison mais la « gestion fonctionnelle du problème »<sup>(14)</sup>. Cette évolution conduit les professionnels de la santé à s'intéresser non plus seulement à la maladie mais également aux « conséquences de maladie ». Explication, qui, sans être inexacte, ne paraît pas suffisante pour justifier la nécessité de l'introduction de cette notion nouvelle.

Les textes de l'OMS comportent en effet, au fil du temps, des définitions successives de la santé et de la maladie qui en font une notion dont l'extension est en expansion constante et la signification de plus en plus imprécise. Ainsi, la notion de maladie, telle que définie dans la « classification » publiée en 1980, est suffisamment large pour recouvrir l'ensemble des motifs de recours à des services de santé.

La maladie interfère avec la capacité de l'individu à remplir ses fonctions et à s'acquitter de ses obligations. En d'autres termes, la personne malade est incapable de soutenir ses rôles sociaux habituels et ne peut maintenir ses relations habituelles avec les autres. Cette vision est suffisamment large pour prendre en compte une grande majorité des cas où il peut être fait appel à un système de soins. À une extrémité, elle l'inclut les maladies qui mettent la vie en danger, et, à l'autre, elle englobe des expériences moins médicales telles que l'anxiété, le désir de conseil et d'assistance. La seule catégorie de contacts non incluse dans cette approche concerne ceux qui sont pris en l'absence de phénomène de maladie, tels que les consultations pour vaccination. Des dispositions pour la prise en compte de ces contacts non relatifs à la maladie ont été prises depuis la sixième révision de la CIM<sup>(15)</sup>, et cet aspect a maintenant été pris en compte systématiquement dans la neuvième révision (*Classification supplémentaire des facteurs influant sur l'état de santé et les contacts avec les services de Sécurité sociale – code V*)<sup>(16)</sup>.

Mais si, comme l'indique le texte, la notion de maladie a une extension suffisante pour englober tous les cas où une personne peut avoir recours à un service de santé, nous sommes fondés à en déduire que les « conséquences de maladie » n'étant pas des maladies elles ne justifient pas le recours à des services de santé. Or, il semble bien que l'OMS et les professionnels de la santé aient introduit la notion de « conséquences de maladie » pour inclure de ce nouveau domaine dans leur champ de compétence en tant que « domaine essentiel de la santé publique ».

Pour tenter de résoudre cette contradiction, les rédacteurs de l'ICIDH-2 version  $\beta$ -1 ont donc remplacé le terme « maladie » par une expression dont l'extension est plus large et la signification plus vague : « problème de santé ». L'expression censée désigner « ce que classe l'ICIDH » devient donc « conséquences des problèmes de santé », la

(14) « Instead of cure, functional management of the condition was the goal and outcomes » (2.1 The need for ICIDH).

(15) Classification internationale des maladies.

(16) ICIDH-80, *op. cit.*, p. 10.

santé étant définie par l'OMS comme « un état de bien-être physique, mental et social complet et pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité ».

Mais, par voie de conséquence, si, tout « état » qui n'est pas « un état de bien-être physique, mental et social complet » doit être considéré comme un « problème de santé », on voit mal ce qui distingue les « problèmes de santé » de leurs « conséquences » qui sont également qualifiées de « problèmes de santé » ? Pourquoi dès lors conviendrait-il de classer les « conséquences des problèmes de santé » et pas plus simplement les « problèmes de santé » ? Autrement dit c'est désormais le terme « conséquences » qui – pour cette raison parmi d'autres –, pose problème.

Sensibles à cette nouvelle contradiction, les rédacteurs de l'ICIDH-2 version  $\beta$ -2 suppriment donc le terme « conséquences » et le remplacent par un terme plus vague : « états fonctionnels associés à » :

Le concept de « conséquences de maladie » a été transformé en « états fonctionnels associés à un problème de santé » étant donné que la preuve d'une causalité (impliquée par le terme conséquences) est difficile à établir <sup>(17)</sup> (ICIDH-2 Development Options, OMS, Avril 2000).

Cependant, les « problèmes de santé » étant eux-mêmes définis comme des « états fonctionnels », nous devrions en déduire que l'ICIDH-2 classe « les états fonctionnels associés avec d'autres états fonctionnels qui ne sont pas des états de bien-être physique mental et social complet ».

Il est concevable, dans une démarche qui relève essentiellement de la politique, que les représentants de l'OMS doivent, pour obtenir le soutien des professionnels de la santé, leur laisser entendre qu'ils vont pouvoir intervenir auprès d'une clientèle de plus en

plus large et surtout qu'il ne va pas leur être demandé d'apporter la preuve que les problèmes des personnes auprès desquelles ils interviennent sont bien des problèmes de santé. Mais il convient de prêter attention à un « revers de la médaille ». Les transformations successives du « concept » de « conséquences de maladie » au cours du « processus de révision » de la « Classification » ont consisté dans un premier temps ( $\beta$ -1) à abandonner la notion de « maladie » puis, dans un second temps ( $\beta$ -2), à abandonner la notion de « conséquences ». Il en résulte que le nouveau « concept » n'est pas sans évoquer l'exemple du couteau sans manche et qui n'a pas de lame. Cette démarche conduit à ne plus reconnaître de spécificité à l'intervention médicale. Il est dès lors prévisible que la notion de « santé » et sa délimitation se situeront bientôt au centre du débat.

#### Le(s) titre(s) et les catégories génériques

[15] Pour ce type de document, il importe que le titre fournisse une indication précise concernant son objet et son contenu. Mais, en l'espèce, l'interminable débat qui préside au choix d'un titre ou de ses « traductions » ne semble pas orienté par une volonté de satisfaire à cette exigence. Il témoigne en revanche d'une grande réticence à définir ce qu'il s'agit de classer.

Il est à noter que le titre de l'ouvrage a été changé à chaque étape du processus de révision :

- « *Classification des altérations et handicaps* » <sup>(18)</sup> en 1975 devient en 1980 :
- « *Classification internationale des altérations, invalidités et handicaps. Un manuel de classification relatif aux conséquences de maladie* » <sup>(19)</sup>. Il est ensuite changé en :
- « *Classification internationale des altérations, des activités et de la participation.*

(17) « The concept of "consequences of diseases" has been transformed into "functional states associated with health condition" since the evidence for causality (implied by consequences) is difficult to establish. »

(18) « *Classification of Impairments and Handicaps* ».

(19) « *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A Manual of Classification relating to the Consequences of Disease* ».

Un manuel des dimensions de l'invalidation et du fonctionnement »<sup>(20)</sup> pour la version  $\beta$ -1 ; puis en :

- « Classification internationale du fonctionnement et de l'invalidité »<sup>(21)</sup> pour la version  $\beta$ -2.
- « Classification internationale du fonctionnement de l'invalidité et de la santé » pour la version finale.

Loin de se clarifier, au fil des versions successives, le titre devient de plus en plus sibyllin et le débat qu'il suscite se révèle comme le champ clos de l'affrontement d'intérêts contradictoires. Il ne satisfait pas à l'exigence de clarté et de précision concernant l'objet et le contenu de ce qu'il désigne.

Il convient en effet de signaler que le terme « Classification » comporte une ambiguïté qu'*a priori*, le contexte ne permet pas de lever. Le terme | classification | pourrait être interprété comme renvoyant :

- soit à l'exposé d'une démarche classificatoire à développer dans le domaine encore mal défini du « *functioning* » et de la « *disability* » ;
- soit au résultat d'une telle démarche, c'est-à-dire à une taxinomie scientifique composée d'un ensemble de concepts définis en compréhension et organisés selon une structure hiérarchique.

Certains éléments de contexte invitent clairement le lecteur à retenir la seconde interprétation. Par exemple, le premier objectif visé par l'ICIDH-2 serait :

de fournir une base scientifique pour la compréhension et l'étude des états fonctionnels associés

aux problèmes de santé<sup>(22)</sup> (Objectifs visés par l'ICIDH, p. 9).

L'annexe 3 indique également que :

La classification ICIDH-2 a été organisée en une classification hiérarchique selon les principes taxinomiques standard /.../ Dans chaque dimension ou composante, les catégories ont été créées selon un système tronc - branche - feuille, de telle sorte qu'une catégorie de quatrième niveau partage les attributs des catégories de niveau supérieur dont elle est membre<sup>(23)</sup> (Annexe 3, p. 191).

Nous montrerons qu'il n'en est rien et que, dans la « *classification* » présentée, les « *concepts* » ne sont pas définis en termes d'« *attributs* » ou de propriétés ; les définitions ne sont pas des définitions intensionnelles et elles ne sont pas organisées selon une structure hiérarchique au sens indiqué dans l'annexe 3. De plus, s'il s'agissait effectivement d'une classification hiérarchique, l'expression | Disability and Functioning | constituerait l'étiquette de la catégorie générique et devrait, à ce titre, faire l'objet d'une définition en termes d'« *attributs* » ou de propriétés communs à l'ensemble des éléments qu'il s'agit de classer.

Mais, dans l'impossibilité où ils se trouvent de produire une définition opératoire de ce qu'il s'agit de classer, les concepteurs de l'ICIDH évitent de parler de catégorie générique. Ils emploient à la place l'expression métaphorique : « *umbrella term* ». Nous ne trouvons par ailleurs dans le texte aucune définition formelle de « *functioning and disability* » tout au plus quelques for-

(20) « *International Classification of Impairments, Activities and Participation. A Manual of Dimensions of Disablement and Functioning* ».

(21) « *International Classification of Functioning and Disability* ».

(22) « *To provide a scientific basis for understanding and studying the functional states associated with health conditions* » (Aims of ICIDH-2, p. 9).

(23) « *The ICIDH-2 classification has been organized in a hierarchical scheme keeping in mind the standard taxonomic principles. [...] Within each dimension or component, the categories have been created in a stem-branch-leaf scheme, so that a fourth-level category shares the attributes of the higher-level categories of which it is a member* » (Appendix 3, p. 191).

mules assimilables à des définitions en termes synonymiques et tautologiques. Par exemple :

Les fonctionnements et invalidités associés aux problèmes de santé sont classés dans l'ICIDH-2 (p. 7).

La Classification internationale des fonctionnements et invalidités groupe de façon systématique les états fonctionnels associés aux problèmes de santé (p. 7).

L'ICIDH-2 inclut tous les aspects du fonctionnement humain et de l'invalidité. Ce sont les états fonctionnels associés aux problèmes de santé (p. 11).

L'ICIDH-2 classe les fonctionnements et invalidités [...] L'unité de classification est par conséquent le « domaine » de fonctionnement (p. 13).

Autrement dit : l'ICIDH-2 classe les fonctionnements et invalidités qui sont des états fonctionnels liés aux problèmes de santé, qui sont eux-mêmes des états fonctionnels regroupés en domaines de fonctionnement. Comme dans la version  $\beta$ -1, la catégorie générique et les « unités de classification » sont définies de façon circulaire et l'usage du terme « classification » est inapproprié.

L'examen des arguments présentés pour justifier les choix et changements successifs du terme censé désigner la catégorie générique réserve également quelques surprises.

La version  $\beta$ -1 définissait le terme « Disability » comme : « *La limitation de performance de l'activité qui résulte entièrement de la personne. Elle diffère de la participation en ce que la participation est l'interaction entre une personne [...] et le contexte.* »<sup>(24)</sup> Il y était également indiqué que ce terme a été abandonné en raison de ses « connotations négatives » ou « non souhaitées »<sup>(25)</sup>.

Dans la version  $\beta$ -2 (et dans la suivante) le terme « Disability » se trouve réhabilité et réintroduit comme terme générique en lieu et place de « Disablement ». Ce qui désormais lui tient lieu de « définition » est en contradiction avec celle qui figurait dans la version précédente.

Functioning and disability sont conçus comme une interaction ou une relation complexe entre le problème de santé et les facteurs contextuels ( $\beta$ -2, p. 24).

Notons également que les arguments présentés pour réintroduire le terme sont les mêmes que ceux qui avaient été employés pour justifier son abandon. À savoir les « connotations négatives » du terme qu'il remplace et ses « difficultés de traductions ».

On a estimé cependant que le terme *disability*, qui est profondément ancré dans les formulations des politiques sociales, dans les lois et autres dispositifs importants de par le monde, devait continuer à être utilisé. Par conséquent, le terme est désormais utilisé comme terme parapluie pour toutes les dimensions – altérations corporelles, limitations d'activité et restrictions de participation (en remplacement de *disablement* dans une version antérieure, qui fut critiqué pour être intraduisible) « ( $\beta$ -2, p. 192).

Les arguments présentés concernant les « connotations » des termes et leur « traductibilité » ne nous semblent pas pouvoir être retenus. En effet :

1° On voit mal par quel miracle les « connotations négatives » ou « non souhaitées » du terme « Disability » qui avaient précédemment justifié son abandon auraient disparu au cours du passage de la version  $\beta$ -1 à la version  $\beta$ -2 ou ne constitueraient plus désormais un argument recevable.

(24) « *The disability is the limitation in the performance of the activity that derives totally from the person. It is different from participation in that participation is the interaction between a person with a disability and/or impairment and the context* » ( $\beta$ -1, p. 19).

(25) « *The reason for this change is to avoid the negative connotations of certain of the terms previously used. Thus the term "disability" has been replaced by a neutral term* » ( $\beta$ -1, p. 1). « *Given other unwanted connotations of the term disability (i.e. the reference to ability rather than activity) and the difficulties of translation, the ICIDH-2 has dropped the term* » ( $\beta$ -1, p. 22).

- 2° En tant que signes linguistiques d'une langue naturelle, « Disability » et « Disablement » ne sont ni plus ni moins traduisibles l'un que l'autre.
- 3° L'un et l'autre figurent dans le texte analysé comme étiquette d'une catégorie générique mal définie (*disablement* version  $\beta$ -1) ou non définie (*disability* version  $\beta$ -2). Dans le contexte d'une classification, le choix d'une étiquette de catégorie – ou de sa traduction – sont arbitraires et sans influence sur les résultats de son utilisation. C'est en effet la définition – et par voie de conséquence son éventuelle traduction –, qui délimite seule le concept, et est susceptible d'affecter de façon déterminante les résultats. En l'absence de définition conforme aux règles taxinomiques énoncées, ni l'un ni l'autre de ces termes ne peut être retenu comme étiquette d'une catégorie générique.

Le seul argument susceptible d'être retenu pour justifier ce choix renvoie à une nécessité ou une volonté politique d'utiliser dans la « classification » proposée des termes déjà utilisés ailleurs, dans la formulation de politiques sociales, dans différents textes législatifs ou réglementaires, qui fondent divers dispositifs institutionnels existants. Une telle démarche est hautement contestable dans un texte à prétention scientifique car elle vise de façon quasi explicite à entretenir une confusion entre les usages d'un terme dans différents contextes législatifs et réglementaires et sa définition nécessaire et nécessairement univoque dans un contexte scientifique déterminé.

Les premières versions, y compris la version anglaise de l'ICIDH-1980 se présentaient comme une série de deux, puis trois, « classifications » relatives aux « conséquences de maladie » (elles comportaient une indication de l'objet de la classification et ne comportaient pas de terme générique). La

version ICIDH-2  $\beta$ -1 fait référence au « besoin d'un terme générique pour dénoter l'ensemble des dimensions » et propose à cette place le terme « *disablement(s)* ».

La version  $\beta$ -2 :

- 1° ne parle plus de ce prétendu « besoin d'un terme générique » et fait comme si cette nécessité constituait en quelque sorte une évidence au sujet de laquelle il serait désormais inutile de s'interroger ;
- 2° remplace le terme « *disablement* » par « *disability* » ;
- 3° supprime les définitions critiquées sans les remplacer. Tout en maintenant que « *Disability* » peut être vue soit comme un processus soit comme un résultat, c'est-à-dire un état.

Mais la question de savoir quel est l'objet qui se trouve ainsi placé sous un « *terme parapluie* » reste sans réponse.

### Que s'agit-il de classer ?

[18] Il y a de bonnes raisons de penser que, si une réponse claire pouvait être apportée à cette question, celle du titre se résoudrait d'elle-même. Si, *a contrario*, il ne peut y être répondu, la question du titre risque de ne pouvoir trouver de solution satisfaisante. Or, cette question préalable semble être justement l'une de celles auxquelles les auteurs de l'ICIDH-2 ne peuvent pas ou ne souhaitent pas répondre.

Il apparaît cependant dès le premier abord que le titre proposé ne renvoie ni à une démarche classificatoire à caractère scientifique, ni au résultat d'une telle démarche. L'ouvrage présenté semble, *a contrario*, constituer le résultat d'une démarche politique à visée normative. Dans ce contexte, l'usage du terme « *Classification* » et les références scientifiques auxquelles il renvoie ne sont pas justifiés<sup>(26)</sup>. Ces réf-

(26) L'acceptation du terme « *classification* » retenue par les concepteurs de l'ICIDH-2 se trouve précisée dans l'Annexe 3, p. 191.

rences fonctionnent dans une rhétorique politique comme argument d'autorité. Elles tentent d'induire chez un lecteur modèle de premier degré l'idée que les propositions normatives qui sont formulées pourraient avoir une « valeur universelle » ; idée que viendra encore renforcer l'usage du qualificatif « internationale ».

### Les termes « *Functioning and Disability* »

[19] Les premières versions, y compris la version anglaise de l'ICIDH-1980, se présentaient comme une série de deux puis trois « classifications » « indépendantes quoique parallèles » relatives aux « conséquences de maladie ». La version ICIDH-2  $\beta$ -1 faisait référence au « besoin d'un terme générique pour dénoter l'ensemble des dimensions » et proposait pour ce faire le terme « *disablement(s)* » :

Le terme d'invalidation (*disablement*) est utilisé comme un terme générique couvrant toutes les dimensions négatives de la CIDIH (c'est-à-dire les altérations du corps, les limitations d'activité et les restrictions de participation – anciennement référées aux invalidités et handicaps), ensemble ou séparément. Il est nécessaire qu'il y ait un terme général superordonné pour dénoter l'ensemble des dimensions, bien que le terme « invalidation(s) » puisse ne pas être idéal, aucun terme plus approprié n'a été trouvé. Au singulier, le terme invalidation peut désigner « le processus de » ou « un acte de » « mettre quelqu'un hors d'état de fonctionner ». Cependant dans sa forme plurielle, il est utilisé exclusivement comme un terme de substitution pour signifier des altérations du corps, limitations d'activités et restrictions de participation (6.1 Choix des termes utilisés).

En introduction à l'analyse de la version  $\beta$ -1, nous indiquions qu'il paraissait souhaitable que :

1° les auteurs explicitent les raisons qui les conduisent à affirmer que : « *Il est néces-*

*saire qu'il y ait un terme générique pour désigner l'ensemble des dimensions* » ; et qu'ils précisent à quelle nécessité ils font ainsi référence ;

2° la définition du terme proposé soit modifiée de façon à éviter qu'un terme qualifié de « concept » renvoie à deux contenus différents.

La version  $\beta$ -2, ne répond pas à la question soulevée et :

1° supprime la référence à ce prétendu « *besoin* », faisant comme si cette nécessité constituait en quelque sorte une évidence au sujet de laquelle il serait inutile de s'interroger ;

2° remplace le terme « *disablement* » par « *disability* » ;

3° supprime les définitions critiquées sans pour autant en proposer de nouvelles.

Savoir quel est l'objet dont les « *dimensions* » sont ainsi placées sous un « *terme parapluie* » est une question préalable. Mais c'est aussi une question à laquelle les auteurs de l'ICIDH-2 ne peuvent pas ou ne souhaitent pas répondre. La traduction littérale du terme « *functioning* » est « *fonctionnement* », mais ce terme – tant en français qu'en anglais –, n'a pas de signification précise. Il peut désigner tout type d'activité dans le domaine humain, animal, végétal, minéral, voire symbolique et le contexte dans lequel il est employé n'est pas de nature à limiter sensiblement l'extension de la notion. La définition qui en était donnée dans la version précédente<sup>(27)</sup> et que nous avons critiquée a été supprimée. Il en résulte que chaque lecteur sera libre de lui donner le contenu et l'extension qu'il souhaite.

En l'absence de définition, nous devons, pour tenter de déterminer la signification de l'expression « *Functioning and Disability* »,

---

(27) « *Fonctionnement : le terme "fonctionnement" est utilisé comme terme générique pour englober les aspects neutres des dimensions de la CIDIH. Ainsi, les altérations fonctionnent au niveau du corps, les activités fonctionnent au niveau de la personne et la participation fonctionne au niveau de la société* » (6.1 Choix des termes utilisés).

nous référer aux contextes de ses occurrences. Deux options sont dès lors possibles :

- soit considérer l'expression comme un élément du langage ordinaire et nous en tenir à ses occurrences dans le texte de l'ICIDH-2 version  $\beta$ -2 ;
- soit interpréter le terme en prenant en compte le contexte théorique auquel les auteurs font référence dans l'annexe 3 : « *Questions taxinomiques et terminologiques* », et considérer cette expression comme le nom attribué à la catégorie générique d'une classification scientifique.

1° Si nous nous en tenons au texte de l'ICIDH-2, nous noterons que l'expression est successivement utilisée pour désigner :

- les « états fonctionnels associés aux problèmes de santé » (p. 7 et 11) ;
- un « *Terme parapluie* » pour couvrir les trois dimensions « *altérations corporelles* », « *activités et limitations d'activité* », « *participation et restrictions de participation* » (p. 7 et 192) donc :
  - un ensemble de « *domaines de fonctionnement* » (p. 13) ;
  - une « *situation* » (p. 11) ;
  - une « *interaction dynamique* » (p. 12 et 24) ;
  - un « *processus* » (p. 23).

Il apparaît ainsi que l'expression « *Functioning and Disability* » n'a pas de signification précise. Et que la multiplicité des catégories d'usage des termes qui la composent laissera à ses interprètes, traducteurs et exécutés une grande liberté d'interprétation et d'utilisation du texte <sup>(28)</sup>.

2° Si, en revanche, nous prenons en compte les instructions contextuelles, nous

interpréterons l'expression « *Functioning and Disability* » en fonction du contexte théorique auquel il est fait explicitement référence, en respectant le critère de cohérence. Rappelons que l'annexe 3 précise en introduction :

La classification ICIDH-2 a été organisée en une classification hiérarchique selon les principes taxinomiques standards <sup>(29)</sup>.

Or, nous savons que la définition de la catégorie générique d'une classification hiérarchique doit être intensionnelle, c'est-à-dire qu'elle doit énoncer l'ensemble des propriétés ou « *attributs* » communs à l'ensemble des objets qu'il s'agit de classer et à eux seuls. Il pourrait donc théoriquement être possible de reconstituer cette définition en recherchant quelles sont les propriétés ou « *attributs* » des sous-catégories pour en extraire ceux ou celles qui sont communs à toutes. Mais, dans le cas de l'ICIDH, cette tentative échoue car il est impossible d'identifier un noyau constant – même très général – de propriétés communes à l'ensemble des catégories ; impossible même de trouver ne serait-ce qu'une seule propriété ou « *attribut* », commun à l'ensemble des « *catégories* » et à elles seules. Cet échec tient notamment au fait que les catégories de l'ICIDH ne sont pas définies en termes de propriétés ou « *attributs* » communs comme l'indique le texte <sup>(30)</sup> mais sur la base de « *ressemblances* », ce que nous pourrions appeler un réseau de « *ressemblances de famille* ».

« *Functioning and Disability* » est ainsi susceptible d'une analyse analogue à celle que propose Wittgenstein de la notion de jeu et qui a été reprise par Umberto Eco à

(28) Sur la distinction entre interprétation et utilisation d'un texte, cf. U. Eco, « Interprétation et utilisation des textes », in *Les Limites de l'interprétation*, Paris, Grasset, 1992.

(29) « *The ICIDH-2 classification has been organized in a hierarchical scheme keeping in mind the standard taxonomic principles [...] Within each dimension or component, the categories have been created in a stem-branch-leaf scheme, so that a fourth-level category shares the attributes of the higher-level categories of which it is a member* » (Appendix 3, p. 191).

(30) « *Les définitions sont des formulations qui présentent les attributs indispensables (i.e. qualités, propriétés ou relations) qui constituent le concept ou l'objet désigné par la catégorie* » ( $\beta$ -2, p. 193).

propos de la notion de « *fascisme* »<sup>(31)</sup>. « *Functioning and Disability* » désigne une série de « *domaines de fonctionnement* » qui vont du manque d'un membre ou de la « *qualité du sommeil* » au respect ou non d'une norme culturelle ou juridique en passant par la « *personnalité* » ou, le « *tempérament* » d'une personne, « *domaines* » qui témoignent tout au plus d'un certain « *air de famille* » dont on ne sait trop *a priori* à quoi l'attribuer.

1	2	3	4
abc	bcd	cde	def

Supposons une série de domaines de fonctionnement. « *Le domaine 1 est caractérisé par les aspects "abc", le domaine 2 par "bcd", et ainsi de suite. Deux est semblable à Un en tant qu'ils ont deux aspects en commun. Trois est semblable à Deux et Quatre est semblable à Trois pour la même raison. Trois est aussi semblable à Un (ils ont en commun l'aspect "c"). Le cas le plus curieux est celui de Quatre, évidemment semblable à Trois et à Deux, mais sans aucune caractéristique commune avec Un. Toutefois, en raison de la série ininterrompue de similarités décroissantes entre Un et Quatre, il subsiste, par une sorte de similarité illusoire, un air de famille entre Quatre et Un.* »<sup>(32)</sup>

« *Functioning and Disability* » est ainsi une expression susceptible de s'adapter à tout, car même si l'on en élimine un ou plusieurs aspects, il sera toujours possible d'y reconnaître un « *état fonctionnel associé aux problèmes de santé* ».

Mais, si ces expressions ne sont pas des expressions liées à un contexte scientifique ou technique, peut-on pour autant les considérer comme des expressions du langage ordinaire ? Il semble que non.

Le langage courant emploie des expressions comme « *cette personne est handicapée* », « *untel est handicapé par* », « *il reçoit une pension d'invalidité* », « *son apparence est un lourd handicap* », « *du fait de son infirmité cette personne est incapable de* », « *son grand-père est invalide de guerre* », « *sa santé est gravement altérée* » « *untel est un marginal* », etc. Un locuteur, même inculte, est capable d'interpréter, sinon le signifié précis, du moins le sens global de ces syntagmes.

Lorsqu'en revanche – non pas dans le langage de tous les jours mais dans un jargon médico-social ou dans une rhétorique administrative, on emploie des expressions comme « *Functioning and Disability* », « *Processus de handicap* », « *États fonctionnels associés à des problèmes de santé* », etc. –, le locuteur commun éprouve des difficultés à clarifier le sens de ces expressions. Ne pouvant imaginer qu'elles puissent n'être définies nulle part, il sera conduit à les supposer définies dans des contextes théoriques appropriés mais non accessibles au commun des mortels. Or, ces expressions constituent en fait un jargon pseudo-scientifique.

Une classification ou un ouvrage scientifique ou technique commence généralement par préciser son objet et les conditions d'emploi du ou des termes qui le désignent. Ce qui, *a contrario*, caractérise l'ICIDH-2, est que son objet n'est pas défini et les termes qui sont censés le désigner font l'objet de pseudo-définitions.

Compte tenu de cet interdit définitionnel, il est permis de s'interroger sur le fait de savoir si sous les « *ressemblances de famille* » qui lient les catégories de l'ICIDH-2, il existerait une propriété très générale qui survive dans chacun des termes de la chaîne ? Et,

(31) U. Eco, « *Eternal fascism* », *The New York Review of Books*, New York, 22 juin 1995, trad. franç. : « *Le fascisme éternel* », in *Cinq questions de morale*, Paris, Grasset & Fasquelle, 2000. Cf. également *Semiotica e filosofia del linguaggio*, Torino, Einaudi, 1984 (chap. IV).

(32) D'après U. Eco, *op. cit.*, p. 67-68.

dans l'affirmative, s'il est possible de constituer sur la base de cette propriété un *objet* qui ne s'identifie à aucune des « *catégories* » examinées mais qui rende compte de chacune d'entre elles ? Une telle propriété existe en effet mais elle ne figure dans aucune définition.

Chacune des catégories de l'ICIDH-2 tente d'identifier des propriétés, qualités ou attributs de personnes qui constituent des clientèles actuelles ou peuvent constituer des clientèles potentielles des professions sociales et médico-sociales. Nous avons par ailleurs <sup>(33)</sup> fait l'hypothèse et montré que c'est en tant que telles que les expressions qui désignent ces catégories, et leurs définitions ou absence de définition, constituent des enjeux politiques.

**Dans un précédent rapport**, nous suggérons que, sous réserve d'une meilleure définition, le terme « *Disablement* » puisse être retenu, non pour désigner la catégorie générique d'une utopique taxinomie scientifique qui, en tout état de cause, se révélera impossible à construire, mais pour désigner un ensemble de processus qu'il s'agit de décrire.

Si l'on souhaite en effet limiter ou empêcher le développement de processus par lesquels des personnes se trouvent, dans nos sociétés, empêchées d'exercer leurs droits, mises hors d'état de mener une vie active ou de travailler, la connaissance de ces processus est indispensable. Leur description et leur analyse doivent être entreprises et poursuivies. Un système de description de données composé d'une série de nomenclatures et classifications de portée limitée et bien construites pourrait y contribuer utilement. Mais telle n'est pas la démarche qui a été suivie et la recherche d'un terme générique semble ici répondre à d'autres préoccupations.

## II. OBJECTIFS ET APPLICATIONS PRÉVUES DE L'ICIDH-2

[23] Un chapitre de l'introduction intitulé « *Objectifs de l'ICIDH-2* » <sup>(34)</sup> expose les objectifs – généraux et spécifiques, théoriques et pratiques – ainsi que les domaines d'application prévus.

### L'objectif « spécifique »

L'objectif « *spécifique* » précédemment qualifié de « *global* » et premier cité dans la liste est le suivant :

- *fournir une base scientifique pour la compréhension et l'étude des états fonctionnels associés aux problèmes de santé ;*
- *instaurer un langage commun pour la description des états fonctionnels associés aux problèmes de santé dans le but d'améliorer les communications entre professionnels de santé, avec les professionnels d'autres secteurs, et les personnes affectées d'invalidité ;*
- *permettre la comparaison de données entre pays, disciplines de soins, services, ainsi que les études diachroniques ;*
- *fournir un procédé de codage pour les systèmes d'informations de santé.*

Dans la mesure où les concepts scientifiques constituent un métalangage artificiel relativement autonome par rapport à la langue ou au système de signes dans lesquels ils sont exprimés, ils constituent probablement, les systèmes de contenu les mieux à même de contribuer à l'instauration d'un « *langage commun* » que les auteurs de l'ICIDH-2 appellent de leurs vœux.

En effet, les concepts des mathématiques, de la physique, des sciences naturelles, de la linguistique ou d'une théorie des normes

---

(33) C. Rossignol, *Inadaptation, handicap, invalidation ? Histoire et étude critique des notions, de la terminologie et des pratiques dans le champ professionnel de l'Éducation spéciale*, thèse de doctorat d'État, Lille, Université Louis-Pasteur, Presses Universitaires du Septentrion, 2001, Ref. 32347.

(34) 2. « *Aims of ICIDH-2* » (p. 9).

sont traduisibles et traduits dans la plupart des langues. Les définitions du triangle équilatéral, de l'oxygène, du phonème, ou du sous-ordre des Artiodactyles ne varient pas d'une langue à une autre, d'une culture à une autre. Autrement dit, pour que l'objectif ci-dessus mentionné puisse être atteint, il conviendrait que les termes du « langage commun » qu'il s'agit de construire renvoient effectivement à des concepts définis dans des contextes scientifiques déterminés.

Or, comme nous l'avons démontré au cours des paragraphes précédents, il n'en est pas ainsi. La plupart des notions utilisées dans l'ICIDH-2 :

- 1° ne renvoient ni à des définitions en compréhension relativement autonomes par rapport à une langue donnée, ni à des contextes théoriques identifiables. Des termes et expressions tels que, « états fonctionnels », « problèmes de santé », « structures corporelles », « altération », « activité », « participation », ne sont pas utilisés pour nommer des concepts, mais comme des éléments du système lexical d'une langue naturelle. Leurs significations ne font pas l'objet de conventions explicites, elles dépendent de l'état d'un système lexical donné, à un moment donné, du contexte culturel dans lequel elles sont utilisées et de normes variables d'une population à une autre, d'un secteur professionnel à un autre ;
- 2° leurs domaines de validité et leurs champs d'applications ne sont pas délimités et il semble que les auteurs s'attachent au contraire à convaincre les utilisateurs potentiels de leur « classification » de la portée « universelle » de leurs « concepts ».

### Les objectifs pratiques

L'ICIDH-2 se présente comme « une classification multi-usages conçue pour être utilisée par différentes disciplines et différents secteurs ». Elle constituerait ainsi un « cadre conceptuel » appelé à être utilisé par « un large spectre d'utilisateurs », y compris dans

des secteurs professionnels autres que la santé. Ainsi :

Bien que l'ICIDH-2 soit intrinsèquement une classification apparentée à la santé, elle est aussi utilisée dans d'autres secteurs tels que l'assurance, la sécurité sociale, le travail, l'économie, les politiques sociales, le développement de la législation générale (p. 10).

Les domaines d'application prévus sont pratiquement sans limites et vont bien au-delà de ce qui pourrait être raisonnablement envisagé au vu de l'outil proposé. Selon ses auteurs, l'ICIDH serait ou pourrait être utilisée par exemple comme :

#### a) Un outil de connaissance scientifique

L'ICIDH-2 prétend réaliser « une synthèse qui offre une vue cohérente des différentes dimensions de la santé aux deux niveaux biologique et social » (p. 23), et « fournir une base scientifique pour la compréhension et l'étude des états fonctionnels associés aux problèmes de santé » (p. 8). Elle devrait ainsi :

- « permettre la comparaison de données entre pays, disciplines, services, ainsi que les études diachroniques » ;
- constituer « un outil de recherche pour mesurer les résultats, la qualité de vie ou les facteurs environnementaux ».

Autrement dit c'est un véritable espoir scientifique, transdisciplinaire, transculturel et international, que les auteurs entendent proposer et promouvoir. Il est en outre présenté comme effaçant toute distinction entre langage ordinaire et métalangage scientifique, devenant ainsi accessible à tous et directement utilisable dans les pratiques quotidiennes comme dans les travaux scientifiques.

#### b) Un outil statistique

« Pour la collecte et l'enregistrement de données (par exemple pour les enquêtes et études de populations ou la gestion des systèmes d'information) » (p. 9) « aux niveaux local, national et international » (p. 10).

**c) Un « outil clinique » de distribution des soins**

« Pour l'évaluation des besoins, offrir des traitements adaptés à des problèmes particuliers, l'évaluation professionnelle, la réadaptation et l'évaluation des résultats » (p. 9).

Il devrait permettre non seulement d'évaluer « les situations cliniques » (p. 7), mais également constituer :

**d) Un outil d'évaluation à usages multiples permettant d'évaluer**

- « les besoins » des populations ;
- « les modes de vie individuels » ;
- « les systèmes sociaux » et les « programmes de soins » ;
- « les prestations des services de santé » et l'efficacité des soins dispensés.

**e) Un outil d'élaboration et de mise en œuvre de politiques sociales**

Notamment pour la « planification de la sécurité sociale » et « l'élaboration de "systèmes de compensation" » (p. 9).

**f) Un outil de gestion administrative des dispositifs de soin et de compensations**

En effet : « Elle peut être utilisée pour documenter l'utilisation des services, les prévisions d'hospitalisation et de sorties ainsi que l'évaluation des résultats (c'est-à-dire l'efficacité des interventions » (β-1, p. 10).

Dans notre précédent rapport, nous notions à ce sujet qu'en dépit de l'affirmation que la « classification » ne « pourrait être employée [qu']abusivement pour l'évaluation administrative et sociale » et que « des mises en garde contre un usage inapproprié devraient être insérées dans le texte des catégories partout où c'est nécessaire » - (β-1, p. 26), non seulement nous ne trouvons aucune trace des mises en garde annoncées, mais qu'en outre il semblait bien qu'en fait elle ait été conçue pour cela et ne soit utilisable qu'à cette fin, à l'exclusion de tout usage scientifique.

La nouvelle version confirme cette interprétation et indique en effet que : « En tant que classification, l'ICIDH-2 servira de base pour l'évaluation et la mesure des invalidités dans de nombreux contextes, scientifique, clinique, administratif et social » (β-2, p. 195). Mais ce changement radical n'est pas mis en avant parmi les « nouvelles caractéristiques introduites dans l'ICIDH-2, version β-2 » et les formulations qui suivent comportent de nombreuses contradictions.

Ainsi, nous sommes prévenus (p. 195) que : « Cependant, on doit rappeler aux utilisateurs que l'ICIDH-2 n'est pas du tout une classification des personnes. C'est une classification des caractéristiques de santé des gens dans le contexte de leur situation de vie individuelle... » Mais nous trouvons également dans une note du 4 mai 2000 émanant de l'OMS intitulée « ICIDH-2 Development Options » l'affirmation que : « L'ICIDH est applicable à toute personne - ce n'est pas une classification destinée uniquement à une sous-population (i.e. les personnes affectées d'invalidité). »

Nous montrerons qu'en dépit des dénégations, l'ICIDH est bien une classification destinée à classer des personnes qui constituent des clientèles actuelles ou potentielles des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle est prévue et conçue pour ce type d'utilisation et il ne semble pas qu'elle puisse classer autre chose. Nous ne lui connaissons d'ailleurs aucune autre utilisation. En France, par exemple, l'utilisation administrative de la dite « Classification internationale des handicaps », renommée pour la circonstance « Nomenclature des déficiences, des incapacités et des désavantages », a été officialisée par arrêté du 4 mai 1988 qui précise que : « Elle doit permettre de répartir en grandes catégories les populations handicapées, notamment celles qui fréquentent ou sont susceptibles de fréquenter les établissements spéciaux, ou celles qui bénéficient de prestations ou d'allocations. Elle ne s'applique qu'à l'étude d'une population déjà reconnue comme handicapée » (BO des Affaires sociales, 88/30).

On voit mal en effet comment l'ICIDH-2 pourrait constituer « l'instrument approprié [...] pour l'harmonisation des législations nationales » si elle n'était pas destinée à être adoptée par les administrations des différents pays membres de l'Organisation. Elle constitue donc en fait à proprement parler :

### g) Un outil politique

Alors que le texte affirme que :

La CIDIH n'est pas directement un outil politique. Son utilisation peut cependant fournir une contribution positive pour l'élaboration de politiques en fournissant de l'information pour aider à établir une politique de santé, promouvoir l'égalité des chances pour tous et soutenir la lutte contre la discrimination fondée sur l'invalidité (β-2, p. 201).

Les objectifs énoncés et les modalités du « processus de révision » vont bien au-delà du seul objectif de recueil de données objectives, utilisables en tant que telles dans un processus de décision. Ce sont, dans bien des cas, des objectifs directement politiques, dont le fondement ne sera pas discuté ici mais qui gagneraient à être explicitement reconnus comme tels et traités comme des objectifs politiques.

Nous relevons par exemple parmi les objectifs assignés à l'ICIDH2 : – « Le développement de la législation générale » (p. 10).

Pour ce faire la « classification » : – « Se réfère et incorpore les "Règles standard sur l'égalisation des chances pour les personnes affectées d'invalidité" » (p. 10).

Elle se propose également comme objectif de : – « Fournir un instrument approprié pour l'exécution des mandats internationaux relatifs aux droits de l'homme comme pour l'application des législations nationales » (p. 10).

Ainsi que : – « L'amélioration de la participation par l'élimination ou la réduction des entraves sociétales » (p. 10).

Or, en dépit du fait aujourd'hui bien établi qu'il est impossible d'inclure dans un système unique de classification des faits qui relèvent des sciences physiques ou biologiques et des éléments qui relèvent du monde des normes positives, les auteurs de l'ICIDH ignorent ce fait ou semblent avoir décidé de ne pas s'en embarrasser.

### h) Un « outil d'éducation »

Pour la conception des programmes scolaires et pour déterminer une prise de conscience et entreprendre l'action sociale (p. 10).

En ce sens et compte tenu de la mauvaise qualité technique d'un texte qui tout en se prétendant « scientifique » s'attache plus à convaincre qu'à démontrer et s'emploie à dissimuler ses contradictions plutôt qu'à formuler clairement des questions ; il nous paraîtrait conçu comme un outil de propagande et, en tant que tel, il serait regrettable qu'il puisse être donné en exemple et utilisé comme un « outil d'éducation ».

## III. PROPRIÉTÉS FORMELLES ET DÉFINITIONS DES CONCEPTS DANS L'ICIDH-2

### Propriétés formelles

[27] Le sous-chapitre de l'introduction, intitulé « Propriétés de l'ICIDH-2 » (p. 11 à 13) débute par l'affirmation suivante : « Une classification doit être claire au sujet de ce qu'elle classe : son unité de classification, son univers, son champ d'application. »<sup>(35)</sup> Or tel est justement le point

(35) « A classification should be clear about what it classifies : its universe, its scope, its unit of classification, its organization and how these elements are structured in terms of their relation to each other » (β-2, p. 11).

faible – voire le vice rédhibitoire – de l'ICIDH-2.

Le chapitre correspondant de la version  $\beta$ -1 était intitulé « 3. Content of the ICIDH-2 » (contenu de l'ICIDH-2). Il comportait cinq sous-chapitres : « 3.1 Universe of the ICIDH-2 », « 3.2 Scope of the ICIDH-2 », « 3.3 Coverage », « 3.4 Unit of classification » et « 3.5 Structure of the ICIDH ».

Le chapitre « Propriétés de l'ICIDH-2 » de la version  $\beta$ -2 n'en retient plus que trois : « Universe », « Scope » et « Unit of classification ». Le texte du sous-chapitre « Structure de l'ICIDH » est désormais inclus dans « Scope » et le sous-chapitre 3.3, intitulé « Coverage », où se trouvait affirmée la « portée universelle »<sup>(36)</sup> de la classification a été supprimé.

#### L' « univers de l'ICIDH-2 »

[27] Nous ne savons pas précisément ce qu'est l' « univers d'une classification ». Le texte affirme que : « L'ICIDH-2 inclut tous les aspects du fonctionnement humain et de l'invalidité. Ce sont des états fonctionnels associés aux problèmes de santé. » Pour prévenir la critique, il est précisé que : « L'ICIDH-2 ne traite pas des états fonctionnels qui ne sont pas liés à la santé. » Mais, la définition de la « santé » à laquelle elle renvoie se réfère à une conception universelle et utopique, dont l'extension est si large qu'il n'y a pas d' « état fonctionnel » qui ne puisse être, d'une façon ou d'une autre, « lié à la santé » et soit susceptible d'échapper à la « classification ».

Ainsi, bien que ne figurant plus explicitement dans le texte, l'aspiration à l' « universalité » reste l'un des fils directeurs de la démarche présentée. En effet, bien loin de s'en tenir à une approche biomédicale de la santé, les tenants de cette conception consi-

dèrent que tous les secteurs d'activité affectent la « santé ». Il conviendrait dès lors de s'intéresser, non seulement aux dysfonctionnements du corps humain, mais aussi – dans la mesure où tous les secteurs d'activité affectent la santé –, aux modes de production, au logement, à l'alimentation, à la façon dont les gens vivent et consomment. Pour les médecins-sociologues de l'OMS, la planification de la « santé » dans le monde exigerait un regard sur – et une intervention dans – tous les « domaines » sociaux et individuels de l'activité humaine. Ne pouvant agir directement sur les structures politiques et culturelles, leur objectif semble être de modifier les comportements de façon à éradiquer ceux qu'ils jugent néfastes ou contraires à leur conception « universelle » de la « santé ».

Ainsi, nous dit le texte, l'ICIDH-2 « concerne tout le monde. Les états fonctionnels associés à tous les problèmes de santé, aux niveaux du corps, de la personne, de la société, peuvent être décrits en utilisant l'ICIDH-2. En d'autres termes, l'ICIDH-2 est d'application universelle » ( $\beta$ -2, p. 11).

#### L' « étendue de l'ICIDH-2 » ou « La portée de l'ICIDH-2 »

[28] Ce sous-chapitre intitulé « Scope of ICIDH-2 » (?) constitue une sorte de fourre-tout où les auteurs semblent avoir placé ce qui ne trouvait pas place ailleurs. Il présente de nouvelles formulations de ce qui pourrait constituer l'objet de l'ICIDH-2, de ce à quoi elle pourrait servir, de ses « dimensions », des « domaines » qu'elles recouvrent, de l'organisation de la « classification ». Il comporte également des recommandations sur la façon de l'utiliser et sur la façon de concevoir ce dont elle traite. Le texte affirme que :

1° L' « ICIDH-2 fournit une description des situations au regard du fonctionnement humain et de l'invalidité ».

(36) « Hence the ICIDH has a "universal coverage" ».

2° Mais également, à la page suivante (12) que « le fonctionnement et l'invalidité » sont conçus comme une « interaction dynamique » (?) entre les problèmes de santé et les facteurs contextuels<sup>(37)</sup>.

3° Une note précise que : « Cette interaction [i.e. Functioning and disability] pourra selon le choix des utilisateurs être envisagée comme un processus ou comme un résultat [i.e. un état]. »

4° Un texte récent de l'OMS indique enfin que l'« ICIDH fournit un "profil" pour chaque individu »<sup>(38)</sup>.

S'il s'agit à la fois de décrire : des « situations », « interactions dynamiques », « processus », « états », « profils individuels », il est clair qu'un outil unique ne peut répondre à l'ensemble de ces objectifs, chacun d'entre eux nécessiterait un système de description de données spécifique. Autrement dit, l'expression « *Functioning and disability* » dont le contenu reste largement indéterminé ne peut constituer l'objet d'une classification. Elle semble plutôt constituer une expression sans contenu déterminé à laquelle chaque utilisateur ou groupe d'utilisateurs pourra attribuer celui qui lui permettra de l'utiliser conformément à ses intérêts.

Le texte propose ensuite une rapide description de la manière dont l'ICIDH-2 organise l'information selon trois « dimensions » dénommées « fonctions et structures du corps » (B), « activités » (A) et « participation » (P). Ces « dimensions » sont elles-mêmes subdivisées en « domaines de fonctionnement »\* :

– « La dimension corps comprend deux classifications, l'une pour les fonctions des systèmes corporels et l'autre pour la structure

corporelle. Les chapitres des deux classifications sont organisés selon les systèmes corporels. »

– « La dimension des activités couvre la gamme complète des activités réalisées par un individu. Les activités sont organisées des activités simples aux activités complexes. »

– « La dimension de la participation classe les domaines de vie dans lesquels un individu est impliqué, auxquels il a accès, dans lesquels il a des perspectives ou rencontre des barrières sociales. Les domaines sont organisés des zones simples aux complexes. »

– « Une liste de facteurs environnementaux fait partie de la classification. Les facteurs environnementaux ont un impact sur chacune des trois dimensions et sont organisés de l'environnement le plus immédiat à l'environnement général » (p. 12).

Mais, l'affirmation selon laquelle « le terme dimension se réfère aux niveaux de fonctionnement alors que "domaine" désigne les catégories dans chaque dimension » fait resurgir une série de problèmes récurrents déjà signalés. « Dimension » (ou « composante ») soit, mais dimension de quoi ? « Domaine » soit, mais domaine de quoi ? « Domaine de fonctionnement », diront plus loin les auteurs, mais, « fonctionnement » est défini à la phrase suivante comme le « terme parapluie /.../ pour les dimensions au niveau du corps, de l'individu et de la société » (p. 12), c'est-à-dire de façon circulaire.

La distinction des « dimensions » telle qu'elle vient d'être exposée pose de sérieux problèmes. En effet, si, en l'absence de définition nous nous en tenons aux significa-

\* NB. — Dans la version finale, les « dimensions » (désormais appelées « composantes ») des « activités » et de « la participation » ont été regroupées en une seule.

(37) Notons qu'il est possible d'identifier et de décrire une interaction entre des « facteurs » ou des variables définies mais qu'il est techniquement impossible de définir une interaction entre des « problèmes de santé » qui résultent eux-mêmes d'une nébuleuse de facteurs mal identifiés et un ensemble de « facteurs contextuels ».

(38) « ICIDH-2 Development Options », op. cit., p. 5.

tions les plus couramment admises du terme « *fonctionnement* », nous ne comprenons plus comment ni pourquoi les « *structures corporelles* », distinguées de leurs fonctions (i.e. « *les parties du corps telles que les organes, les membres et leurs composants* »), et les « *facteurs environnementaux* » d'autre part, peuvent être qualifiés de « *domaines de fonctionnement* ».

Pour le reste, à savoir les « *fonctions du corps* », « *activités* » et « *participation* », un examen rapide des « *items* » de chacune des trois « *dimensions* » montre que la plupart répondent peu ou prou à la (pseudo)-définition qui nous est donnée de la catégorie « *activités* ». Une large majorité des catégories de la « *classification* » des « *fonctions du corps* » ne décrivent pas autre chose que des activités : motrices, perceptives, alimentaires, sexuelles, intellectuelles qui sont simplement pour la circonstance présentées hors contexte, dans un langage « *savant* » et souvent arbitrairement qualifiées de « *fonctions* » sans que soit précisé de quel système corporel elles sont la fonction. Les faits observables qu'elles sont censées catégoriser ne sont pas autre chose que des activités telles que : se mouvoir, mastiquer, avaler, sucer, régurgiter, respirer, dormir, parler, écrire, calculer, regarder, écouter, interpréter, etc. Il en est de même concernant les catégories de la « *participation* » qui ne décrivent pas autre chose que des activités motrices, perceptives, alimentaires, sexuelles, intellectuelles, etc. qui sont souvent les mêmes, regroupées et présentées autrement, pour la circonstance dans un contexte social, et requalifiées de « *Participation à...* ». Mais les faits observables qu'elles recensent et catégorisent ne sont pas différents de ceux qui sont classés dans les deux autres « *dimensions* » ; ce sont des activités humaines : se déplacer, préparer des aliments, se nourrir, se soigner, produire et interpréter des signes, parler, écrire, apprendre, travailler, jouer, faire du sport, avoir des rapports sexuels, effectuer des transactions, prier, voter, plaider, etc.

La distinction des « *dimensions* » : fonctions corporelles / activités / participation

repose sur de fausses évidences de sens commun. La vraisemblance de ces distinctions est soutenue par des procédés rhétoriques et des artifices d'exposition, alors que les faits observables qui constituent les occurrences des catégories sont généralement les mêmes dans les trois cas.

Le même fait d'observation courante, une activité que nous désignerons par (X), pourra être placé :  
une première fois dans une catégorie des « *fonctions du corps* » (*body functions*) définie de la façon suivante :

bXXX Fonction (X)  
Fonction de (X) [*formulations « savantes »*]

une seconde fois dans une catégorie des « *activités* » définie comme suit :

aYYY Activité de (X)  
Actions et tâches réalisées par un individu pour (X) [*formulation en langage ordinaire*]

une troisième fois dans une catégorie de la « *participation* » de la façon suivante :

pZZZ Participation à (X)  
Engagement dans (X) [*formulation en langage ordinaire*], comme fonction de la disponibilité et de l'accessibilité à...

Prenons-en pour exemple quelques activités courantes telles que parler, lire, avoir des rapports sexuels.

Le fait de parler sera catégorisé comme :

b175 Fonctions mentales spécifiques du langage  
Fonctions mentales spécifiques de reconnaissance et d'usage des signes, symboles et autres composants d'une langue  
b320 Fonctions d'articulation  
Fonctions de production des sons du langage  
a230 Activité de production de messages parlés  
Action de produire des messages

parlés comportant une signification littérale et implicite

p310 Participation à l'échange d'informations verbales  
Engagement dans l'échange d'information au moyen de la parole, incluant l'expression et la réception d'information...

Le fait de lire sera catégorisé comme :

b17501 Réception du langage écrit  
Fonctions mentales de décodage des messages écrits pour obtenir leur sens

a225 Activité de compréhension des messages écrits (lire)  
Action de comprendre les significations littérales et implicites des messages transmis sous forme de langage écrit

p320 Participation à l'échange d'informations écrites  
Engagement dans l'échange d'informations par toute forme d'écriture

L'activité sexuelle sera caractérisée comme :

b640 Fonctions sexuelles  
Fonctions mentales et physiques associées à l'acte sexuel, y compris l'excitation sexuelle, les phases préliminaires, orgasmiques, et de résolution

a760 Activité de s'engager dans un rapport physique  
Actions complexes et coordonnées qu'un individu accomplit pour susciter et réagir à des expressions physiques d'affection et de désir afin d'accomplir un acte sexuel

p4202 Participation à des relations sexuelles  
Engagement dans la création et le maintien de relations sexuelles entre des individus, comme fonction d'être accepté par les autres comme partenaire sexuel possible...

Ces distinctions ne sont justifiées ni d'un point de vue théorique ni d'un point de vue empirique et l'explication fournie pour

rendre compte du recouvrement quasi complet des trois « dimensions » de la « classification » est la suivante :

Les dimensions sont des classifications distinctes mais parallèles ; ainsi B, A et P peuvent être utilisées seules ou en corrélation pour parvenir à une évaluation plus complète.

Les auteurs ont recours à un langage métaphorique et seraient en peine de définir ce qu'est le « parallélisme » en matière de classification ou d'expliquer comment ils envisagent d'établir des corrélations entre les données recueillies dans les trois classifications alors que, comme nous venons de le montrer, ce sont le plus souvent les mêmes données empiriques qui sont recueillies et catégorisées de trois manières différentes ? Il s'agit à nouveau d'une fausse explication fondée sur des procédés rhétoriques. Nous ne pourrions non plus les suivre lorsqu'ils affirment que :

Il peut souvent sembler raisonnable d'inférer une limitation d'activité d'une ou plusieurs altérations corporelles, ou une restriction de participation d'une ou plusieurs limitations d'activité.

Bien au contraire, dans la pratique courante, et si l'on excepte les diagnostics fondés sur des observations directes ou des examens biologiques ou d'imagerie médicale, dans le domaine considéré, ce sont le plus souvent lesdites « altérations corporelles » qui sont, à tort ou à raison, inférées de l'observation de « limitations d'activité » ou de « restrictions de participation sociale » que l'on tente ainsi d'« expliquer ». Une classification des « activités » ou de la « participation » impliquerait que celles-ci enregistrent des faits observables et non les résultats d'inférences.

L'affirmation suivante mérite également que l'on y prête attention :

Le fonctionnement et l'invalidité sont conçus comme une interaction dynamique entre des problèmes de santé et des facteurs contextuels, les facteurs contextuels incluant à la fois les facteurs personnels et les facteurs environnementaux.

Elle relève d'une logique assez obscure qui pose le « *problème de santé* » (dont traite l'ICIDH) comme une donnée *a priori* et un élément d'explication plutôt que comme ce qui demanderait à être expliqué. Cette « *conception* » relève plus d'une logomachie médico-sociale que de l'exposé théorique. Il paraîtrait en effet plus opportun d'exposer comment tel « *problème de santé* » peut résulter de l'interaction de divers facteurs qu'il conviendrait d'identifier. Ou bien encore, comment les « *problèmes de santé* » – formulation intentionnellement vague – peuvent résulter de l'interaction entre des facteurs personnels (*i.e.* liés à l'histoire personnelle d'un sujet) et d'autres facteurs contextuels ou circonstanciels.

Notons enfin que l'« explication » du fait que : « *Bien que les facteurs personnels soient aussi impliqués, ils ne sont pas classés dans l'ICIDH-2 en raison de l'importante variabilité culturelle qui leur est associée* » n'est pas recevable. Elle diffère de l'explication qui était présentée dans la version  $\beta$ -1<sup>(39)</sup> mais sa visée semble principalement auto-justificative. Les « *facteurs personnels* » impliqués dans la détermination des « *états fonctionnels associés aux problèmes de santé* » présentent assurément une certaine variabilité culturelle mais moindre que les catégories des « *facteurs contextuels* » où se trouvent répertoriés les « *moyens de transports* », les « *changements apportés par l'homme à l'environnement* », les structures familiales et de parenté, les « *valeurs, attitudes et croyances* », les systèmes scolaires et d'éducation, les systèmes politiques et économiques, etc. La variabilité culturelle ne peut donc pas constituer une explication valable des raisons pour lesquelles les « *facteurs personnels* » ne sont pas classés alors que les « *facteurs contextuels* » le sont.

En l'absence d'explication cohérente, d'autres hypothèses peuvent rendre compte de l'abstention des auteurs de l'ICIDH-2 sur ce sujet. Nous en suggérons deux.

- 1° Le caractère essentiellement singulier de ces « *facteurs personnels* » les rend difficilement catégorisables.
- 2° Il n'existe pas entre médecins, psychologues, psychothérapeutes, de consensus au sujet de l'importance, de la nature et du mode de détermination de ces « *facteurs personnels* ». Ce fait incite les auteurs de l'ICIDH-2 toujours à la recherche d'un consensus entre professionnels à s'en tenir à une reconnaissance de pure forme de leur « *implication* » dans les « *problèmes de santé* » et à une formulation minimale indiquant qu'ils « *peuvent avoir un impact sur le résultat de différentes interventions* » (p. 22).

#### L'« *unité de classification* »

[32] Le sous-chapitre intitulé « *Unit of classification* » (?) semble devoir répondre à l'impératif posé en introduction du chapitre : « *Une classification doit être claire quand à ce qu'elle classe* » et le lecteur attend qu'il soit enfin répondu à la question de savoir ce que classe l'ICIDH-2. Or, les quatre lignes suivantes constituent l'intégralité du chapitre. Elles comportent trois phrases liées entre elles par de fausses inférences déductives (*therefore*). Chacune d'entre elles renvoyant à une signification différente de l'expression « *Unit of classification* ».

L'ICIDH-2 classe le fonctionnement et l'invalidité dans la perspective des circonstances de la vie d'un individu. L'unité de classification est, par conséquent, le « *domaine* » de fonctionnement (le domaine où fonctionnement et invalidité se produisent). Il est important de noter, par

(39) « *Les facteurs personnels ne sont pas classés ni répertoriés dans la version actuelle de la CIDIH-2 ; leur évaluation est laissée aux utilisateurs, si besoin est. Pour l'instant, la version d'essai Bêta-1 de la CIDIH-2 ne répertorie que les facteurs contextuels extrinsèques (c'est-à-dire les facteurs environnementaux)* » (§ 4.2 Interactions et modèles,  $\beta$ -1, p. 13).

conséquent, que dans l'ICIDH-2 les personnes ne sont pas les unités de classification, c'est-à-dire que l'ICIDH-2 ne classe pas les personnes.

La première phrase : « *L'ICIDH-2 classe le fonctionnement et l'invalidité dans la perspective des circonstances de la vie d'un individu* » renvoie à ce qui constitue l'unité de la classification, c'est-à-dire à l'expression « *parapluie* » censée réunir un certain nombre de « *classifications* » en une « *unité* » (dont nous ne savons toujours pas sur quoi elle repose).

La seconde phrase : « *L'unité de classification est, par conséquent, le "domaine" de fonctionnement (le domaine où fonctionnement et invalidité se produisent)* », utilise l'expression « *unit of classification* » pour désigner ce qui constitue les unités de classification ou *Taxa*<sup>(40)</sup>, c'est-à-dire les catégories de la classification.

La troisième phrase : « *Par conséquent, /.../ dans l'ICIDH-2 les personnes ne sont pas les unités de classification, c'est-à-dire que l'ICIDH-2 ne classe pas les personnes* » utilise « *unit of classification* » pour désigner les objets ou « *occurrences concrètes* » qu'il s'agit de classer.

Il apparaît ici, plus clairement encore que dans la version  $\beta$ -1, que les auteurs confondent sous un même terme, les catégories (qui ne sont que des ensembles de propriétés) et

les objets qu'il s'agit de répartir dans les catégories en fonction de ces propriétés. Ils confondent type et occurrence du type, « concept » et occurrences du concept. Dire que dans l'ICIDH-2, les unités de classification (ou *taxa*) ne sont pas les personnes est exact. C'est même un truisme puisque, comme nous venons de le voir, par définition les unités de classification ne sont que des ensembles de propriétés qui définissent des catégories.<sup>(41)</sup> Mais on ne peut pas en déduire pour autant que l'ICIDH-2 ne classe pas les personnes ; bien au contraire, si ces propriétés et attributs sont ceux des personnes, nous voyons mal ce que l'ICIDH-2 pourrait servir à classer sinon des personnes.

Notons enfin et surtout que le texte indique ce que ne sont pas les « *unités de classification* » mais n'indique pas ce qu'elles sont. Il indique ce que l'ICIDH-2 ne classe pas mais s'abstient d'indiquer ce qu'elle classe \*\*.

Cette série de confusions ne marque pas simplement les limites des compétences mises en œuvre dans l'ICIDH-2 en matière de taxinomie, elle constitue vraisemblablement un élément d'une stratégie textuelle centrée sur l'évasion de l'objet de la « *classification* ». Cette démarche ne parvient cependant pas à masquer l'inconsistance conceptuelle et formelle du projet<sup>(42)</sup>.

---

\*\* La version finale a modifié cette formulation en remplaçant la première phrase par « *L'ICIDH classe la santé et les états relatifs à la santé* ». Formulation sans définition, encore plus vague que la précédente et qui laisse entière la question de savoir ce que classe l'ICIDH.

(40) Dans le modèle taxinomique auquel se réfère le texte, chaque niveau hiérarchique de la classification est appelé *taxon* et chaque *taxon* est défini par un ensemble de traits (ou « *attributs* » ou propriétés) commun aux espèces (ou aux catégories hyponymes) qui le constituent.

(41) Le texte indique par ailleurs que « *Les définitions [des taxa] sont des énoncés qui exposent les attributs essentiels (i.e. les qualités, propriétés ou rapports) qui constituent le concept ou la chose désignée par la catégorie* » ( $\beta$ -2, p. 193) Il précise également que « *l'ICIDH-2 est une classification des caractéristiques de santé des personnes dans le contexte de leur situation de vie individuelle...* ». Nous devrions en déduire que les propriétés qui servent à définir les catégories sont des attributs des personnes.

(42) Dans notre précédent rapport, nous faisons remarquer que l'auteur modèle du projet  $\beta$ -1 devait assurément souffrir d'une altération des « *Fonctions mentales supérieures* » définies au chap. **i01510** intitulé « **Abstraction formation de concepts catégorisation** ». La version  $\beta$ -2 n'a pas amélioré la cohérence conceptuelle et formelle du projet mais supprime l'item **i01510** ainsi que toute référence à la formation des concepts et à la catégorisation. Si les auteurs restent fidèles à leur démarche, la prochaine version devrait voir supprimé l'item **b1700** ainsi que toute référence à la distinction entre type et occurrence.

Il en résulte que le rappel introductif qu'« une classification doit être claire au sujet de ce qu'elle classe » doit être interprété comme une dénégation, autrement dit comme un refus d'admettre que la « classification » qui nous est présentée ne l'est pas.

### Les « définitions des dimensions » (désormais « composantes »)

[34] Un quatrième sous-chapitre de l'introduction, intitulé « *Definitions of dimensions* » (p. 14 à 22) débute par une liste de définitions présentées comme valables « dans le contexte d'un problème de santé ». Nous serions donc en droit d'attendre des définitions qui permettent de distinguer clairement les trois « dimensions » de la « classification ». En fait, les définitions des « dimensions » sont les suivantes :

DANS LE CONTEXTE d'un PROBLÈME DE SANTÉ :

Les fonctions du corps sont les fonctions physiologiques ou psychologiques des systèmes corporels.

Les structures corporelles sont les parties anatomiques du corps telles que les organes, les membres et leurs composants.

Les altérations sont des problèmes de structures ou de fonctions du corps tels qu'une déviation significative ou un manque.

L'activité est l'accomplissement d'une tâche ou d'une action par un individu.

La participation est l'implication d'un individu dans des situations de la vie en relation avec un problème de santé, les fonctions et structures corporelles, activités et facteurs contextuels.

Les « fonctions corporelles » sont définies comme : « *Les fonctions [psychologiques ou physiologiques] des systèmes corporels.* » « *Fonctions corporelles* » n'est pas définie en termes de propriétés mais par une expression équivalente : « *Fonctions des systèmes corporels.* » L'ajout du terme « système » ne semble pas avoir d'autre fonction que de rendre moins apparente la circularité de la définition tout en donnant au texte une allure « savante ». Il s'agit d'une définition en termes synonymiques qui n'est pas opératoire.

Les « structures corporelles » sont définies comme « *les parties anatomiques du corps, telles que organes, membres et leurs composants* ». Une définition des parties du corps impliquerait que soit précisé selon quels critères s'effectue la distinction entre les parties. En effet :

- si les « parties anatomiques du corps » ne sont définies qu'en fonction de leur localisation, l'usage du terme structure est inapproprié et ne semble pas avoir d'autre fonction que de donner au texte une allure savante ;
- si par contre, comme c'est le plus souvent le cas, les « organes » et les « systèmes corporels » sont définis par leur fonction, il y a lieu dès lors de s'interroger sur le bien-fondé de la distinction introduite entre fonctions et structures du corps.

En tout état de cause, ce qui nous est proposé n'est pas une définition compatible avec le modèle formel de la classification hiérarchique.

Les « activités » sont définies comme « *accomplissement d'une tâche ou d'une action par un individu* ». Activité et accomplissement d'une action ou d'un acte sont des expressions quasiment synonymes. Nous avons donc à nouveau affaire à une définition en termes synonymiques qui ne délimite pas un concept. Ainsi, selon cette définition le fait de respirer, de transpirer ou d'excréter sont des activités, mais ce sont aussi des fonctions du corps. Diligenter une action en justice ou avoir une activité politique sont aussi des activités mais répondent tout aussi bien à la définition de la « participation ». Cette définition n'est pas opératoire.

La « participation » est définie comme « *l' "involvement" d'un individu dans des situations de la vie en relation avec les problèmes de santé, fonctions et structures du corps, activités et facteurs contextuels* ». Or :

- 1° « *involvement* » a généralement été traduit en français par « *implication dans* » mais, en fait, en anglais « *involvement* » est synonyme de participation et la plu-

part des dictionnaires bilingues traduisent « *involvement* » par « *participation à* ». Nous avons une nouvelle fois affaire à une définition en termes synonymiques ;

2° on voit mal à quoi pourrait participer un individu et qui ne serait pas « *une situation de la vie* » ?

Nous avons une nouvelle fois affaire à une définition circulaire et qui ne délimite pas un concept.

Il résulte de ce qui vient d'être exposé que ces « *définitions* » sont incompatibles avec le modèle formel choisi par les auteurs. Elles ne permettent pas d'établir les distinctions nécessaires entre les « *dimensions* » de la « *classification* ». La distinction des trois « *dimensions* » : fonctions corporelles / activités / participation n'est pas pertinente et ne résiste pas à l'analyse.

L'énoncé de ces « *définitions* » est suivi (p. 15) d'un tableau à double entrée comportant en abscisse les « *dimensions* » : « *fonctions et structures du corps* », « *activités* », « *participation* », « *facteurs contextuels* » et en ordonnée les « *niveaux de fonctionnement* », « *caractéristiques* » (?), « *aspects positifs* », « *aspects négatifs* », « *qualificateurs* » (qui sont en fait des descripteurs ou des quantificateurs). Il comporte ensuite, pour chaque « *dimension* », des explications, justifications ou compléments de définition. Ce tableau présente peu de changements par rapport à celui qui figurait dans la version β-1. Il nous conduira cependant à formuler quatre types de remarques portant sur :

- 1° le statut des « *facteurs contextuels* » ;
- 2° la distinction des « *niveaux de fonctionnement* » ;
- 3° la distinction positif/négatif ;
- 4° les distinctions que les concepteurs de l'ICIDH-2 ignorent.

#### **Sur le statut des « *facteurs contextuels* »**

Dans la version β-2, la colonne représentant les « *facteurs contextuels* » est accom-

pagnée d'une note indiquant que « *les facteurs contextuels sont une composante essentielle de la classification qui interagit avec les trois dimensions* » (n. 11). Mais si lesdits « *facteurs contextuels* » étaient effectivement « *une composante essentielle de la classification* », ce qui se conçoit aisément, ils devraient figurer dans le corps même de la classification et non dans une « *pièce rapportée* » dont le statut est incertain. À défaut d'explications complémentaires, ces éléments nouveaux témoignent de l'incertitude des auteurs quant à la façon de prendre en compte ces « *facteurs contextuels* » dans leur « *classification* ». Cette incertitude résulte notamment de deux erreurs de conception.

La première erreur réside dans le fait de regrouper sous l'appellation de « *facteurs contextuels* » des éléments qui ne peuvent être classés ensemble et ce qui nous est proposé semble avoir pour seule fonction de dissimuler l'absence d'une véritable définition :

Les facteurs contextuels représentent l'ensemble des éléments qui constituent le cadre de vie d'un individu. Ils incluent les facteurs environnementaux et les facteurs personnels...

Il s'agit une nouvelle fois d'une définition synonymique (contexte est défini par une expression équivalente : cadre de vie) qui se contente par ailleurs de citer les noms des sous-catégories qui constituent l'ensemble, sous-catégories dont les « *définitions* » posent elles-mêmes problème.

La première sous-catégorie des « *facteurs contextuels* » : les « *facteurs environnementaux* », est définie comme suit : « *Ce qui constitue l'environnement social, physique et attitudinal de la vie d'un individu.* » Or :

a) Si nous admettons qu'il est difficile de concevoir un environnement qui ne serait ni physique, ni social, ni attitudinal, nous devons également admettre que cette énumération n'apporte aucune information et que la définition se ramène en fait à la proposition suivante : « Les facteurs environnemen-

taux sont ce qui constitue l'environnement de la vie d'un individu » ; autrement dit à une tautologie.

b) Les exemples qui sont fournis révèlent à nouveau une erreur déjà signalée à propos de la précédente version. Ils renvoient à la fois à des « *caractéristiques physique et matérielles* » et à des éléments qui relèvent du monde des normes positives « *les lois, les règlements, les règles formelles et informelles* ». Or, il a été de longue date démontré que les normes forment un ensemble bien particulier et qu'elles ne peuvent s'insérer dans d'autres systèmes classificatoires. C'est pourquoi une classification unique des « *facteurs environnementaux* », a fortiori internationale, est inconcevable.

**La seconde sous-catégorie des « *facteurs contextuels* » : les « *facteurs personnels* » est définie comme suit :**

Les éléments individuels du cadre de vie d'un individu, composé de caractéristiques individuelles qui ne font pas partie d'un problème de santé ou d'un état fonctionnel.

Cette « *définition* » est incohérente car des « *caractéristiques individuelles* » ne constituent pas un « *contexte* » et les exemples fournis (p. 22) ajoutent encore à la confusion. Ainsi :

- « *L'âge, la race, le sexe* » sont des caractéristiques biologiques de l'individu dont on voit mal en quoi ils peuvent constituer des éléments de son cadre de vie.
- « *le niveau d'instruction, les expériences, l'./ l'origine sociale, la profession* » sont également des caractéristiques individuelles qui ne constituent en elles-mêmes ni un cadre de vie ni un « *contexte* ».
- « *La personnalité, le style de caractère, les aptitudes* » ne sont pas non plus des éléments de « *contexte* », en outre, ces caractéristiques figurent déjà dans la classification en tant que « *fonctions du corps* ».
- « *Les autres problèmes de santé* » restent pour nous une énigme et nous aimerions savoir comment les auteurs envisagent de distinguer chez un même individu les pro-

blèmes de santé qui seront appelés « *les uns* » de ceux qui seront appelés « *les autres* ».

- « *L'expérience passée et présente* » semble désigner ce qui constitue l'histoire singulière d'un sujet dont nous savons bien l'importance qu'elle peut avoir dans l'évolution des « *états de santé* » mais qui ne saurait être réduite à un « *contexte* ».

Il n'est pas surprenant d'apprendre que « *les facteurs personnels ne seront pas classés dans l'ICIDH-2* », car il serait difficile de concevoir ce qui constitue l'unité de cet ensemble. Ils semblent regrouper tout ce qui d'une façon ou d'une autre peut avoir une influence sur un « *état de santé* », c'est-à-dire, compte tenu de la définition de la « *santé* » à laquelle il est fait référence, en principe tout et n'importe quoi. Or, il est impossible de classer un ensemble qui ne peut être défini par des propriétés communes à ses éléments et à eux seuls.

La seconde erreur concerne la manière dont sont pris en compte les « *facteurs contextuels* ». Prenons tout d'abord acte du fait suivant :

La dimension des activités concerne la performance constatée de l'individu ; elle ne fait pas référence à une aptitude, une potentialité, une capacité ou ce qu'un individu pourrait peut-être faire. Performance signifie l'exécution d'une tâche ou activité. Une caractéristique essentielle du code des activités est que la limitation de performance est observée. L'activité implique l'accomplissement d'actions et de tâches qui soient enregistrables et observables directement ou indirectement (p. 18).

Nous ne pouvons qu'approuver ce rappel, tout en déplorant que les auteurs de l'ICIDH-2 n'en tirent pas les conséquences nécessaires. Il convient en effet de rappeler également que n'importe quel type d'activité – qu'elle soit qualifiée de « *fonction du corps* », d'« *activité* » ou de « *participation* » – est toujours réalisé dans un contexte et que sa réalisation (ou sa non-réalisation) peuvent être pour un même individu tributaires de contextes et de circonstances très variables. Or, les items de l'ICIDH-2 ne

précisent pas dans quel contexte doit être enregistré le fait qu'une activité est ou n'est pas réalisée.

Un texte récent diffusé par l'OMS et intitulé « *ICIDH Basic Constructs : A notation to clarify what is what ?* » indique que l'ICIDH-2 enregistrerait le fait que « *la personne exécute la tâche dans son environnement local courant* ». Cette référence vague à un « *contexte local courant de la personne* » est insuffisante et irrecevable pour les raisons suivantes <sup>(43)</sup>.

Il convient en effet de rappeler que les « *performances* » des activités humaines – y compris bon nombre de celles qui sont ici qualifiées de « *fonctions du corps* » – sont prises dans – et déterminées par –, des réseaux de significations et, pour une même personne, varient considérablement en fonction de contextes et de circonstances multiples tout aussi « *courants* » les uns que les autres. Il est dès lors indispensable que chaque « *item* » enregistre ou précise dans quel(s) contexte(s) et circonstances déterminés une activité est ou n'est pas réalisée ; dans quel contexte déterminé une performance doit être enregistrée. En revanche, le projet d'une classification générale de l'ensemble des « contextes » possibles de toutes les activités possibles est théoriquement et pratiquement irréalisable. Le caractère proprement consternant de ce qui nous est présenté comme tel témoigne, s'il en était besoin, de cette impossibilité.

### **Sur la distinction des « niveaux de fonctionnement »**

Le texte mentionne (p. 11), que les trois « *dimensions* » de la « *classification* » correspondent à trois « *niveaux de fonctionnement* » :

*L'ICIDH-2 organise l'information selon trois dimensions : (1) le niveau du corps ; (2) le niveau de l'individu ; (3) le niveau de la société. Ces dimensions sont dénommées : Fonctions et structures du corps (B) ; Activités (A) ; et Participation (P).*

Nous avons montré plus haut que les concepteurs de ce projet ne distinguaient pas de façon opératoire les « *dimensions* » de leur « *classification* », de ce fait ils ne sont pas non plus en mesure de distinguer les « *niveaux de fonctionnement* » qui sont censés les caractériser.

La distinction des deux premiers « *niveaux* » : « *corps* » / « *individu* » <sup>(44)</sup> se ramène en fait à une opposition entre le fonctionnement du corps envisagé « *selon ses parties* » et le fonctionnement de l'« *individu* » envisagé « *comme un tout* ». Cette distinction semble reposer sur une notion non explicitée de « *niveaux* » de complexité ou de niveaux d'« *intégration* ». Exemple :

Certaines fonctions du corps (B) et activités de base (A) peuvent être considérées à la fois au niveau du corps et au niveau de l'individu. Au niveau du corps, elles peuvent être vues

---

(43) Le projet d'une classification des « activités » enregistrées « dans leur contexte local commun » est aussi peu crédible que le serait celui d'une sémantique ou d'une lexicographie qui prétendrait se fonder sur l'enregistrement du sens des mots « dans leur contexte courant » sans prendre en compte le fait qu'un même mot peut le plus souvent être utilisé dans des contextes très variés.

Quel est par exemple le contexte courant du mot « arbre » ? Est-ce celui dans lequel il désigne un « grand végétal ligneux » ? Ou celui dans lequel il désigne une « pièce mécanique destinée à transmettre un mouvement de rotation » ? Ou encore celui dans lequel il désigne une « figure dont les ramifications montrent la filiation des diverses branches d'une même famille » ?

Quel est le « *contexte courant* » de « *l'activité d'engager une interaction* » (a730) ? Quel est le « *contexte courant* » dans lequel sera enregistré le fait qu'un individu accomplit – ou n'accomplit pas – un acte sexuel consensuel (a7601) ?

(44) Dans le texte, les auteurs utilisent indistinctement les termes « *individu* » et « *personne* » pour désigner le second « *niveau* ».

comme des fonctions corporelles complexes ; au niveau de l'individu, cependant, elles sont plus justement vues comme des activités de base (p. 18).

La distinction entre les deuxième et troisième « niveaux » : « individu/société » est de même type. En effet, alors que, selon les auteurs : « *La différenciation entre Activité et Participation est déterminée par les définitions de base de ces dimensions et non par la complexité de la fonction en question* », trois raisons conduisent à douter de l'exactitude de cette affirmation :

la première est que, comme nous l'avons montré plus haut, il n'existe pas de « *définition de base de ces dimensions* » susceptible de distinguer une activité d'un fait de participation. Autrement dit, une nouvelle fois, les auteurs nous disent ce qui « ne détermine pas » la distinction en question sans dire ce qui la fonde ;

la seconde est que l'utilisation même du terme « *niveau* » (*level*) implique *a minima* un ordre, une gradation, une succession régulière fondée sur un critère logique ou épistémologique qui permette au moins de les situer les uns par rapport aux autres sur une échelle ;

la troisième est que compte tenu des postulats ontologiques auxquels se réfèrent les auteurs<sup>(45)</sup>, on voit mal sur quoi ils pourraient faire reposer cette gradation si ce n'est sur une notion de complexité ou d'« *intégration* ».

Les distinctions « *corps* » / « *individu* » / « *société* » se réfèrent à une conception simpliste qui ne distingue pas clairement le corps et la personne et envisage l'« *individu* » et la « *société* » comme des entités distinctes dont les relations s'établiraient en termes de causes et d'effets. Une telle distinction est impraticable, tant d'un point de vue théorique que d'un point

de vue pratique et l'impasse est manifeste, notamment dans les tentatives désespérées et parfois ridicules pour maintenir ces distinctions. Par exemple :

Planifier (ou organiser) est une fonction du corps, mais planifier (ou organiser) l'emploi du temps quotidien est une activité au niveau individuel (p. 19).

Indépendamment du fait que l'activité de planification ou d'organisation est une activité de représentation inconcevable hors de l'institution sociale que constitue une langue, il convient de rappeler que planifier et organiser sont des verbes transitifs et qu'il n'y a pas de planification ou d'organisation qui ne soit planification ou organisation de quelque chose. Nous ne voyons pas pourquoi une notion abstraite de planification ou d'organisation devrait être conçue comme une « *fonction du corps* » alors que le fait concret de planifier quelque chose devrait relever de la classification des « *activités* » ou de la « *participation* » ? Poursuivons :

La participation diffère de la dimension des activités en ce que l'effet essentiel des facteurs contextuels impliqués dans la participation est au niveau sociétal. /.../ Par exemple, un individu peut connaître à la fois des limitations d'activité et des restrictions de participation dans des domaines similaires (*e.g.* mobilité, relations interpersonnelles ou emploi). Le code des activités dénote les limitations de performance de cette activité particulière par cet individu (en décrivant simplement si l'individu réalise les activités particulières). En revanche, le code de la participation dénote les restrictions de participation résultant de facteurs externes, agissant soit en tant qu'obstacle externe, soit en tant que manque de facilitation (p. 20).

Ceci équivaut à dire que le classement d'un acte dans la catégorie des « *Activités* » ou dans celle de la « *Participation* » ne tient pas à des propriétés de l'acte lui-même, en tant que fait observable, mais à des inféren-

---

(45) Cf. C. Rossignol, *Inadaptation, handicap, invalidation ? Histoire et étude critique des notions, de la terminologie et des pratiques dans le champ professionnel de l'Éducation spéciale*, thèse de doctorat d'État, *op. cit.*

ces ou des hypothèses qui peuvent être faites sur la nature des « *facteurs contextuels* » qui peuvent en déterminer, en limiter ou en entraver la réalisation. Autrement dit, le même acte, selon qu'il est limité par un facteur dit social ou par une cause physique ou physiologique pourra être qualifié d'« *activité* » ou de « *participation* ». Ceci entraîne deux séries de conséquences :

1° S'il existait d'une part des « *activités* » dont la réalisation ne soit susceptible d'être influencée que par, ou principalement par, des causes physiques ou physiologiques (respirer, transpirer, marcher?), celles-ci seraient assurément à classer parmi les « *fonctions du corps* ». S'il existait d'autre part des activités dépendant exclusivement ou principalement de « *facteurs contextuels* » situés au niveau « *sociétal* » (agir politiquement, voter, diligenter une action en justice?), celles-ci seraient assurément à enregistrer dans la « *classification* » de la « *participation* ». Dans ce cas, la distinction de deux niveaux, fondée sur l'opposition « *fonctions du corps* » / « *fonctions sociales* » serait suffisante. Mais nous savons que la plupart – et vraisemblablement la totalité – des activités humaines sont sous la dépendance de « *facteurs* » tant physiques et physiologiques que « *sociétaux* ». Dans ces conditions, il pourrait aussi être arbitrairement décidé de distinguer un nombre quelconque de « *niveaux* » selon la plus ou moins grande prévalence des « *facteurs* » physiques ou des facteurs « *sociétaux* ». Une application conséquente de la « *logique* » promue par l'ICIDH-2 devrait conduire :

- a) à la disparition du niveau de l'« *individu* » au profit d'une opposition dichotomique « *fonctions du corps* » / « *fonctions sociales* » ;
- b) à promouvoir la catégorie « *activités* » au rang de catégorie générique d'une hy-

pothétique « *classification générale des activités* », à l'intérieur de laquelle devraient être distingués divers types d'activités.

Il s'agit là, on l'aura compris, d'hypothèses d'école car il est permis de penser qu'une classification générale des activités humaines n'est ni possible, ni souhaitable.

2° Dès lors que parmi les actes normalement accomplis par un sujet, rien ne permet de distinguer ceux qui constituent l'accomplissement d'une « *fonction du corps* » de ceux qui constituent une « *activité* » et que rien ne permet de distinguer ceux qui relèvent de la catégorie des « *activités* » de ceux qui relèvent de la catégorie de la « *participation* », nous pourrions en déduire que :

- a) l'ICIDH-2 ne classe pas des faits observables mais, dans les meilleurs des cas, des inférences ou des hypothèses émises à partir de faits observés et, dans les pires, des jugements portés à partir de faits ou de suppositions non explicités. Autrement dit, l'utilisation pratique de l'ICIDH-2 ne reposerait pas sur l'observation de faits dans un contexte déterminé mais sur les hypothèses – que pourrait librement émettre l'utilisateur – sur les raisons pour lesquelles tel ou tel acte est, ou n'est pas, réalisé par une personne dans un certain contexte, pourrait, ou ne pourrait pas, être réalisé dans un autre ;
- b) ceci est en contradiction avec ce qui se trouvait affirmé à la page précédente <sup>(46)</sup> et avec les règles méthodologiques les plus couramment admises. Il apparaît dès lors que l'ICIDH-2 n'est pas destinée à enregistrer et à classer des faits observables, mais des opinions ou des jugements portés par des personnes se prétendant « *qualifiées pour juger* » <sup>(47)</sup> de

---

(46) « *The a dimension deals with the actual performance of the individual ; it does not refer to an aptitude, potential, capacity or what an individual might do. Performance means the execution of a task or activity. A key feature of the Activity code is that the actual limitation of performance is observed. Activity involves the performance of actions and task that are reportable and observable, either directly or indirectly* » (p. 18).

(47) ICIDH-2, β-2, p. 16.

la conformité à des normes sociales en vertu d'une prétendue compétence scientifique ou technique ;

- c) c'est précisément parce que l'ICIDH-2 n'est pas destinée à établir des faits mais à enregistrer des jugements portés sur des faits non explicités qu'un même fait pourra y donner lieu à plusieurs jugements différents répondant à des finalités différentes <sup>(48)</sup>.

### Sur la distinction positif/négatif

Le texte précise que : « Chaque dimension peut être exprimée en termes d'aspects positifs et négatifs » (p. 14).

Les aspects négatifs sont désignés par les termes « altération » (de structure ou de fonction), « limitation » (d'activité) et « restriction » (de participation). Il est donc implicite que toute réalisation d'une activité décrite dans l'ICIDH-2 est par définition un élément positif alors que toute limitation d'une activité ou toute restriction d'une « participation » décrite dans le chapitre correspondant devra être considéré comme « disability », c'est-à-dire comme un « dysfonctionnement ».

Il importe dès lors d'inviter les concepteurs de l'ICIDH-2 à préciser les critères qui fondent leurs décisions de considérer telle « activité » ou « limitation d'activité » comme un élément positif ou négatif ? La question est d'autant plus cruciale que c'est sur la base d'une telle distinction qu'il est prévu de « quantifier » les « disabilities » <sup>(49)</sup>. La relativité culturelle de cette distinction

positif/négatif est, en effet, aujourd'hui difficilement contestable et peu d'auteurs sérieux s'y risqueraient. Il est bien connu que certaines conduites ou activités considérées comme « positives », voire fortement valorisées dans certaines cultures, sont l'objet d'une réprobation générale ou doivent impérativement être « limitées » ou interdites dans d'autres. Que l'on songe, par exemple :

- à certaines mutilations rituelles ou réalisées à des fins esthétiques qui constituent la condition d'une « participation » sociale dans certaines cultures et sont des délits considérés comme des actes barbares dans d'autres et réciproquement ;
- au fait que la consommation de certains aliments, substances ou plantes psychotropes est valorisée dans certaines cultures alors que la consommation d'alcool y est prohibée, *a contrario*, leur usage est réprimé ou réprimé dans d'autres où la consommation d'alcool constitue une tradition ;
- à la grande variabilité culturelle des pratiques et des activités recommandées ou interdites en matière de relations sexuelles entre personnes de même sexe ou de sexe différent, etc.

Il convient donc de noter que dans le cadre du projet proposé, cette distinction positif/négatif ne fait l'objet d'aucune explication et ne laisse place à aucune interrogation. Elle semble, elle aussi, reposer sur une sorte d'évidence du caractère universel des normes culturelles propres aux sociétés occidentales ; c'est-à-dire sur une évidence supposée (à tort) partagée et au sujet de laquelle il n'y aurait pas lieu de s'interroger.

---

(48) La démarche promue par l'ICIDH-2 est en cela plus proche de la procédure juridique dans laquelle une fois les faits établis (au terme de l'instruction), ils peuvent donner lieu à plusieurs jugements. Par exemple un fait qualifié de crime ou délit pourra donner lieu à une première décision devant une juridiction pénale qui sanctionnera par une amende ou une incarcération le fait d'avoir enfreint la loi ; puis à un autre jugement devant une juridiction civile qui estimera et ordonnera la réparation des dommages causés aux victimes. La démarche soutenue par l'ICIDH-2 risque cependant de ne pas présenter les mêmes garanties ; ni en ce qui concerne l'établissement des faits, ni en ce qui concerne le respect des droits des personnes.

(49) « The quantification of each qualifier as a universal scale has to be developed through assessment procedures using research. Broad ranges of percentages are provided for those cases in which calibrated assessment instruments or other standards are available to quantify the impairment, limitation, restriction or barrier » (β-2, p. 26).

Interrogeons-nous cependant sur les raisons pour lesquelles cette « *classification* » qui prétend couvrir l'ensemble des activités humaines ne présente en fait que celles dont la réalisation doit être considérée comme un élément positif dans les cultures occidentales et dont la limitation constitue un « *aspect négatif* », autrement dit une « *disability* » dans ces mêmes sociétés. Interrogeons-nous par voie de conséquence sur le fait de savoir sur le fondement de quels critères ont été distingués les « *fonctions* », « *activités* », modes de « *participation* » sociale, dont la réalisation sera considérée comme un « *aspect positif* » et la limitation comme un « *aspect négatif* », de celles dont *a contrario* la limitation serait considérée comme normale ou devant être obtenue par la contrainte ? (Par exemple : détruire, contraindre, violer, s'approprier des biens nécessaires à la vie d'autrui, exclure, consommer certains aliments ou certaines substances, jouir d'un pouvoir exercé sur autrui, etc.).

De tels critères sont en fait ceux qui fondent la distinction Bien/Mal, autrement dit qui visent la conformité à des règles qui sont celles de la raison, du devoir, de la justice, de la morale. Ce sont des normes sociales dont la relativité historique et culturelle ne fait aucun doute ; or, c'est sur de tels critères que repose la « *classification* » proposée.

Une telle démarche ne serait pas contestable, dans son principe, si elle se présentait explicitement comme telle et si elle explicitait les normes sur lesquelles elle se fonde. Elle est contestable dans la mesure où elle prétend à l'universalité de ses critères, ou que ceux-ci reposeraient sur un fondement « *biologique* » ou « *scientifique* ». Ce faisant, elle ne vise rien moins qu'à prendre les normes et valeurs culturelles des classes moyennes occidentales comme références pour toutes les autres cultures.

### **Sur les distinctions que les concepteurs de l'ICIDH-2 ignorent**

Les concepteurs de l'ICIDH-2 ne parviennent pas – ou se refusent – à distinguer clairement le corps et la personne. Leur conception semble se ramener à une opposition parties/tout : « (*Body parts*) / (*person as a whole*) » (p. 15).

La distinction du corps et de la personne a été bien établie et théoriquement argumentée par de nombreux auteurs – notamment juristes et anthropologues. La personne n'est pas l'organisme biologique, c'est une représentation de l'être humain, un être abstrait auquel sont attachés des droits et des obligations. Autrement dit, c'est une construction normative, nécessairement arbitraire et inévitablement liée à une culture particulière. Par exemple, le point de départ de l'existence de la personne (300 jours avant la naissance dans le droit français), peut être fixé à une date à laquelle ses parents ne se connaissaient pas encore.

En tant que fait de représentation, la personne est solidaire d'un ensemble de systèmes de signes et de systèmes de normes<sup>(50)</sup> indépendamment desquels elle n'a aucune existence. Ceux-ci fixent notamment des âges pour la nubilité, la responsabilité pénale, la capacité civile, l'exercice des droits politiques, etc. La personne est aussi ce qui singularise chaque être humain, non pas accidentellement, par des caractéristiques physiques, physiologiques ou par une position dans le monde physique, mais dans un système de signes et de marques dont le nom propre instaure la singularité.

Il en résulte que les distinctions établies par les auteurs de l'ICIDH-2 entre (Facteurs environnementaux / Facteurs personnels, *i.e.* Influence externe sur le fonctionnement / Influence interne sur le fonctionne-

---

(50) Autrement dit de ce que nous appelons couramment « société », « culture », « structures sociales », etc.

ment) ne sont ni opératoires ni pertinentes pour l'analyse des activités humaines.

La « société », par voie de conséquence, ne peut être conçue, à l'instar de certains adeptes du « *social model of disability* » comme un être mythique doté d'une volonté et d'une responsabilité. Elle ne peut non plus, à l'instar des promoteurs de l'ICIDH-2, être conçue comme un « niveau » supérieur d'intégration biologique, ni réduite à un ensemble de « *situations de vie* » ou de « *facteurs environnementaux* » d'un type particulier. Ce « niveau » est constitué par un ensemble de systèmes de signes et de normes positives qui règlent les conduites. Ce ne sont pas des normes statistiques, leur production et leur reproduction ne sont pas régies par un principe de causalité et elles n'obéissent pas aux lois qui régissent les phénomènes naturels.

Les normes qui constituent ces ordres normatifs prescrivent certaines conduites et sont susceptibles de déterminer la volonté et la conduite des hommes qui y sont assujettis. C'est donc parce que les hommes se représentent les normes qui prescrivent certaines conduites que ces représentations sont susceptibles de déterminer une conduite conforme à la norme. Autrement dit, les ordres normatifs remplissent leurs fonctions parce que leurs normes sont objets de représentations des hommes dont ils règlent la conduite et s'insèrent ainsi dans l'ensemble des causes et des effets qui déterminent cette conduite.

#### IV. LE « MODÈLE DU FONCTIONNEMENT ET DE L'INVALIDITÉ »

[43] Ce chapitre intitulé « *Model of Functioning and Disability* » comporte deux parties, intitulées : « *Process of Functioning and Disability* » et « *Medical and social model* ».

##### 1. « Processus de fonctionnement et d'invalidité »

La version précédente ( $\beta$ -1) était désignée comme une « *classification of disablement*

*and functioning* » et le sous-chapitre correspondant indiquait :

*The ICIDH as a classification does not necessarily describe or model the « process » of disablement, but it provides the various means to map the different « dimensions » and « domains » of disablement.*

Nous avons vu plus haut que, dans la version  $\beta$ -2, les auteurs ont supprimé le terme générique « disablement » et du même coup le problème de la double définition de ce terme, pour le remplacer par un terme nouveau et non défini « disability ». Mais le problème n'est pas pour autant résolu car comment dès lors parler de « *processus* » ? « *Process of disability* » est sémantiquement et syntaxiquement incorrect, l'expression correcte étant « *process of disablement* », en français : « *Processus d'invalidation*. » Or, bon nombre de professionnels ne souhaitent pas voir cette expression figurer dans le texte. Pour résoudre la difficulté, les auteurs de la version  $\beta$ -2 ont recouru à un artifice qui consiste, en inversant l'ordre des termes dans l'expression générique, à éloigner les termes « *process* » et « *disability* ». L'expression devient « *process of functioning and disability* » et la phrase de la version  $\beta$ -1 citée plus haut est réécrite comme suit dans la  $\beta$ -2 :

*As a classification, ICIDH-2 does not model the process of functioning and disability. However, it can be used to describe the process by providing the means to map the different dimensions and domains.*

La faute de syntaxe et le problème social dont elle est le symptôme seront ainsi moins apparents. Le texte parlera désormais de « *process of functioning* » et de « *domains of functioning* », sans faire référence aux processus par lesquels des personnes se trouvent « invalidées », rendues « incapables » de mener une vie normale ou privées des moyens d'exercer leurs droits. L'analyse de ces processus pourrait en effet attirer l'attention sur le rôle que peuvent y jouer diverses associations et institutions sociales, médicales et médico-sociales dont ces processus sont la raison d'être et la principale

source de revenus. Le texte précise ensuite que l'ICIDH-2 :

fournit les « composants » pour les utilisateurs qui souhaitent créer des modèles et étudier différents aspects de ce processus.

Une note rajoutée au chapitre suivant intitulé « *Modèle médical et modèle social* » précise que : « *Le terme "modèle" signifie ici construction mentale ou paradigme, ce qui diffère de l'usage du terme dans la précédente section.* »<sup>(51)</sup> Les auteurs ne précisent donc toujours pas la signification qu'eux-mêmes attribuent au terme « *modèle* » et se contentent un nouvelle fois de dire ce que ne signifie pas le terme qu'ils emploient sans dire ce qu'il signifie. Ni « *construction mentale* » donc, ni « *paradigme* », nous en sommes à nouveau réduits à formuler des hypothèses sur la signification attribuée à ce terme par les auteurs de l'ICIDH-2.

Dans les sciences physiques (sens 1), le modèle est ce qui sert à représenter les lois ou les énoncés d'une science dont l'objet est bien structuré. Il s'agit d'une représentation prenant la forme d'une figuration géométrique ou d'un symbolisme algébrique qui constitue un objet concret que la pensée a plus de facilité à cerner. Mais un tel modèle n'existe qu'en rapport avec des élaborations théoriques qui se présentent comme des suites de définitions et des déductions formelles.

En économie et dans la plupart des sciences humaines (sens 2), il désigne une représentation simplifiée, une sorte de transcription abstraite et plus ou moins formalisée d'une réalité empirique, d'un processus (modèle prévisionnel) ou d'un système (modèle rétrospectif). Plus généralement, il est aussi utilisé pour désigner une théorie conçue pour expliquer un ensemble de phénomènes.

Dans le langage courant (sens 3), | modèle | est souvent utilisé pour désigner une conception générale, une image idéologique correspondant à une réalité observée ou un type d'organisation et de fonctionnement dans les domaines économiques et politiques. On parle ainsi du « *modèle de croissance adopté par les pays en voie de développement* », du « *modèle libéral* » du « *modèle socialiste* » ou du « *modèle français de politiques publiques* ».

Il en résulte que :

- 1° dans la présente section, le terme | modèle | ne peut renvoyer au sens 1, dans la mesure où il n'existe ni objet construit, ni lois établies, ni définitions, ni déductions formelles dont ce « *modèle* » puisse constituer une représentation ;
- 2° il ne peut non plus renvoyer au sens 2 dans la mesure où il n'existe ni objet défini, ni réalité empirique délimitée, ni processus clairement identifié, ni système dont ce « *modèle* » pourrait constituer une représentation simplifiée ;
- 3° Il en résulte que le terme | modèle | est utilisé ici selon son usage dans le langage courant pour désigner une image idéologique d'une réalité observée et un type d'organisation économique et politique de la « *disability* ».

Dans ces conditions, l'affirmation selon laquelle l'ICIDH-2 « *fournit les "composants" pour les utilisateurs qui souhaitent créer des modèles et étudier différents aspects de ce processus* » pose problème et son interprétation demande à être précisée. Car en effet :

- 1° « *ce processus* » n'est ni décrit ni clairement identifié et les auteurs semblent *a contrario* s'attacher à le désigner d'un terme le plus vague et le plus imprécis possible : « *Process of functioning.* » Or, l'étude de « *différents aspects* » d'un pro-

---

(51) Chap. 5.2 : « *Medical and social models* », n. 15, p. 25 : « *The term "model" here means construct or paradigm, which differs from the use of the term in the previous section.* »

cessus supposerait que celui-ci ait été préalablement identifié et qu'il ait été au moins sommairement décrit dans sa globalité ;

2° l'étude d'un processus repose sur l'analyse de données vérifiables recueillies à partir de faits observables. Elle requiert la construction d'un système de description de données spécifiquement conçu à cette fin et destiné à permettre le recueil, l'enregistrement et l'analyse de données objectivables. Or, l'ICIDH-2 n'a pas été conçue en fonction d'un tel objectif. Une majorité de ses « catégories » ne sont ni adaptées ni destinées à l'enregistrement de faits observables et semblent plutôt conçues pour l'enregistrement de jugements fondés sur des inférences plus ou moins arbitraires, portés par des personnes « habilitées ». L'ICIDH-2 semble en effet conçue pour établir des « profils individuels » et construire des « barèmes d'invalidité » destinés à répartir les clientèles entre différentes institutions et différentes spécialités professionnelles.

L'affirmation suivante conduit à s'interroger sur le fait de savoir ce que les auteurs de l'ICIDH-2 entendent par « langage » et « langage commun » :

L'ICIDH-2 est un langage, les textes qu'elle permet de créer dépendent des utilisateurs, de leur créativité et de leurs orientations scientifiques.

Nous avons longuement démontré que l'ICIDH-2 n'est ni une classification hiérarchique, ni une terminologie dans la mesure où ses « catégories » principales ne sont pas définies ou sont définies en termes synonymiques dans une langue et dans une culture donnée. Ses auteurs ne l'ignorent pas, lorsqu'ils font figurer parmi les « futures directions possibles pour le développement et l'application de l'ICIDH-2 » : « Le développement de définitions opérationnelles précises des catégories à des fins de recherche » (β-2,

p. 202). Ils reconnaissent ainsi implicitement que celles qui nous sont proposées dans la présente version ne sont ni opérationnelles ni précises et ne sont pas conçues à des fins de recherche.

Le « processus de révision » de l'ICIDH semble, au mieux, tenter de promouvoir un vocabulaire commun aux professionnels d'un secteur. Il est, dès lors, possible d'affirmer que l'ICIDH-2 n'est pas conçue pour atteindre l'objectif qualifié dans son texte de « spécifique » ou de « Global »<sup>(52)</sup> :

Les auteurs de l'ICIDH-2 ne semblent pas l'ignorer puisqu'ils annoncent depuis plusieurs années déjà avoir en préparation une « version recherche /.../ qui répondra aux besoins spécifiques de la recherche et fournira des définitions opérationnelles précises » (β-2, « Future directions », p. 202). Malheureusement, il semble que cette annonce maintes fois renouvelée constitue essentiellement un argument promotionnel.

Nous savons, en effet, que la construction d'une terminologie internationale traduisible dans différentes langues a pour préalable des définitions précises et univoques. Or nous avons pu montrer que, pour tenter de réaliser un consensus le plus large possible entre des professionnels et des organisations défendant des points de vue ou des intérêts différents et parfois contradictoires, l'ICIDH-2 ne fournit aucune définition précise et s'en tient à des formulations intentionnellement vagues et polysémiques. Les « définitions » proposées ne peuvent dès lors servir de « base » à quelque démarche scientifique que ce soit. Il semble que les concepteurs de l'ICIDH-2 ne l'ignorent pas mais la « science » dans l'économie de leur discours politique constitue une référence (culturellement) obligée et un argument d'autorité auxquels ils ne peuvent renoncer. Mais il reste que la démarche qui préside à la « révision » n'est pas une démarche scien-

---

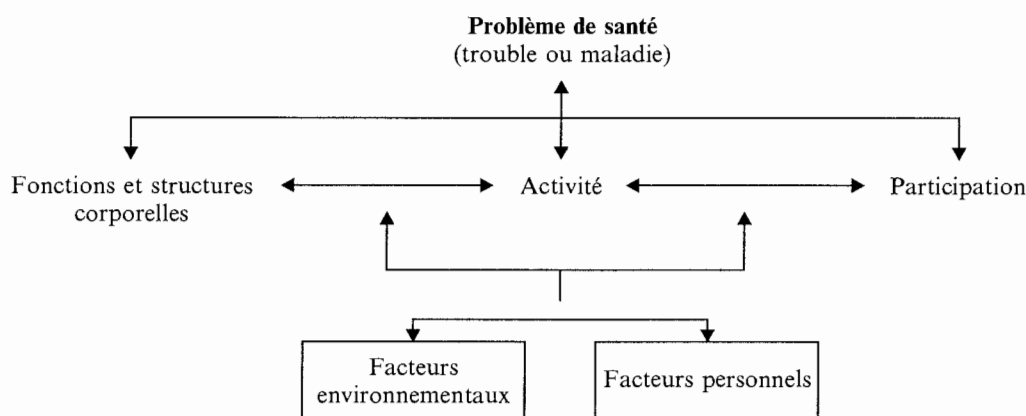
(52) Cf. II. Objectifs et applications prévues de l'ICIDH-2.

tifique mais une démarche politique à visée normative. Ses objectifs réels ne sont pas des objectifs scientifiques ou techniques mais des objectifs politiques. Le style et la démarche ne visent pas à démontrer mais à convaincre du bien-fondé de propositions dont le caractère dogmatique devra être démontré. <sup>(53)</sup>

La phrase suivante : « *L'ICIDH-2 est un langage, les textes qu'elle permet de créer dé-*

*pendent des utilisateurs, de leur créativité et de leurs orientations scientifiques* », dégageée du langage diplomatique de l'ICIDH-2, peut être interprétée de la façon suivante : « L'ICIDH-2 est un vocabulaire, les textes politiques qu'elle permet de créer dépendent de ses utilisateurs, de leurs intérêts et de leurs orientations idéologiques. »

La « compréhension actuelle des interactions entre les dimensions de l'ICIDH-2 » est représenté, par le schéma suivant :



Ce schéma ne prétend pas être une représentation de la structure de la « *classification* » mais une figuration destinée à permettre de « *mieux visualiser la compréhension actuelle de l'interaction des différents composants* » (p. 23).

Or, il n'est possible d'étudier et de représenter des « *interactions* » entre des « *composants* » ou des « *facteurs* » que si ceux-ci ont préalablement été isolés et définis. Or, nous avons démontré qu'aucun des « *composants* » ou « *facteurs* » qui figurent dans ce schéma n'est défini de façon opératoire. C'est sans doute l'une des raisons pour lesquelles le terme « *interaction* » n'est pas uti-

lisé ici dans un sens technique mais comme équivalent de « *complex relationship* » pour désigner une interdépendance quelconque.

Il est en outre à noter que, dans ce schéma dont la construction ne fait l'objet d'aucune explication particulière, tous les éléments sont directement ou indirectement reliés entre eux par des flèches à double sens dont on peut penser qu'elles représentent des interactions réciproques. Ce schéma se contente donc d'exposer l'idée que chacun des « *composants* » présentés est en « *interaction dynamique* » ou entretient une « *relation complexe* » avec chacun des autres ; autrement dit que tout interagit avec tout.

(53) Par exemple : « *Les fonctions physiologiques incluent les fonctions mentales. Anormalité est ici utilisé strictement pour se référer à une variation significative d'une norme statistiquement établie* » (ICIDH-2, β-2, p. 191).

Sa valeur explicative est donc nulle et il y a lieu de s'interroger sur la fonction qu'il remplit dans ce texte. Il semble une nouvelle fois que ce schéma et le vocabulaire pseudo-savant qui préside à sa présentation tente d'accréditer l'idée qu'il serait l'illustration d'une démarche scientifique. Cet artifice sert à nouveau d'argument d'autorité pour présenter comme le résultat d'une « démonstration » la proposition suivante que, pour satisfaire les tenants du « modèle social », il est important d'inclure dans le texte.

Le schéma présenté en figure 1 démontre le rôle potentiel que jouent les facteurs contextuels dans le processus (p. 24).

Affirmation sans portée car ce schéma ne démontre strictement rien et le « processus » évoqué n'est ni nommé, ni n'a reçu ne serait-ce qu'une ébauche de description. Avant de parler de contexte, il convient d'abord de délimiter ce qui constitue le texte.

La démarche employée pour introduire cette affirmation péremptoire révèle, *a contrario*, l'embarras dans lequel se trouvent les concepteurs du texte quant au statut qu'il convient d'attribuer à ces « facteurs contextuels » et le « casse-tête » que constitue pour eux la nécessité politique d'avoir à intégrer cette notion dans un modèle qui reste essentiellement organiciste et tributaire d'une problématique fondée sur une opposition organisme/milieu notoirement insuffisante pour rendre compte de l'activité humaine. Ils se contentent donc de présenter comme le résultat d'une démonstration – dont le lecteur cherchera vainement les énoncés –, l'affirmation que ces « facteurs contextuels » ont un rôle « potentiel », autrement dit qu'ils peuvent éventuellement jouer un rôle dans un « processus ».

## 2. « Modèle médical et modèle social »

Dans cette seconde partie, se trouvent tout d'abord exposés brièvement les « modèles » généralement proposés pour « expliquer l'invalidité et le fonctionnement [et qui]

peuvent être exprimés dans une dialectique “modèle médical” versus “modèle social” ». Le « modèle médical » envisage la « disability » comme un problème personnel résultant d'une maladie ou d'un traumatisme et qui requiert des soins médicaux. Le « modèle social » envisage la question de la « disability » non comme un attribut de l'individu mais comme un problème social, un ensemble de circonstances ou de situations dont bon nombre sont créées par l'« environnement social ». Il en résulte que la gestion de ce problème requiert une action sociale et relève de la responsabilité collective de la société.

L'ICIDH-2 est fondée sur une intégration de ces deux modèles extrêmes. Dans le but de saisir l'intégration des diverses dimensions du fonctionnement, une approche « biopsychosociale » est utilisée. Ainsi, l'ICIDH-2 tente de réaliser une synthèse fournissant une vue cohérente de différentes dimensions de la santé aux niveaux biologique, individuel et social (§-2, p. 23).

Une note ajoutée ici pour répondre à des objections formulées au sujet de la précédente version indique que :

Le terme “modèle” signifie ici construction intellectuelle ou paradigme, ce qui diffère de l'usage du terme dans la précédente section (n. 16).

Cette affirmation est inexacte pour les raisons suivantes : les expressions « modèle médical » et « modèle social » ne renvoient ni à des disciplines ni à des pratiques scientifiques – qui supposeraient au moins un objet et une méthode, des lois, des définitions, des déductions formelles. Elles ne constituent ni des représentations en rapport avec des élaborations théoriques existantes, ni des représentations simplifiées et formalisées d'une réalité empirique, d'un processus ou d'un système (sens 1 et 2 définis plus haut). « Modèle », médical ou social, renvoie ici à des conceptions idéologiques partagées (sens 3) qui peuvent être sous-tendues par des intérêts politiques économiques ou corporatistes. C'est-à-dire à la même catégorie d'usage que dans la section précédente. Le terme « modèle » ne peut renvoyer à un « para-

*digme* » que si l'on donne à ce terme le sens très particulier d'« ensemble de convictions partagées par une communauté ».

La « synthèse » que propose l'ICIDH-2 n'est pas la synthèse des résultats de différents travaux ou de différentes théories. Une telle synthèse supposerait autre chose que la simple construction d'un néologisme accolant sans traits d'union les préfixes bio-, psycho- et socio-. Ce que tente de réaliser l'ICIDH-2 ne relève ni d'une démarche scientifique, ni d'une démarche de connaissance au sens large du terme. Elle consiste principalement dans la recherche d'un consensus politique entre différentes branches professionnelles et différents courants de pensée de façon à tenter d'unifier, défendre des intérêts ou contrôler un secteur d'activité.

## CONCLUSIONS

### Sur les aspects linguistiques et rédactionnels

La version précédente –  $\beta$ -1 – avait fait l'objet de critiques portant sur sa rédaction. Il en a été tenu compte en ce qui concerne l'orthographe et la grammaire qui ont été corrigées. Certaines parties du texte, particulièrement obscures ont été réécrites ou supprimées. Le texte de l'introduction a été allégé et réorganisé.

Le style, *a contrario*, n'a pas été modifié ; ce n'est pas celui d'un texte scientifique ou technique. L'usage de métaphores et autres procédés ou artifices d'exposition destinés à masquer l'imprécision et les contradictions du texte sont caractéristiques d'une rhétorique politique destinée à convaincre et à emporter l'adhésion du lecteur. Le style n'est pas celui d'un texte scientifique qui ex-

pose, démontre et s'attache à formuler clairement les problèmes non résolus.

La terminologie reste fluctuante, incertaine, et il semble que les auteurs aient délibérément fait porter leur choix sur des expressions les plus vagues et polysémiques possibles. Les termes présentés comme des « concepts » – y compris les étiquettes des principales catégories – ne font pas l'objet de définitions opératoires et ne sont pas liés à des contextes théoriques, scientifiques ou techniques identifiables.

Il ne s'agit pas non plus des termes du langage ordinaire mais d'expressions empruntées au vocabulaire savant et qui, une fois déconnectées de leur contexte théorique, constituent un jargon pseudo-scientifique. Le locuteur commun ne pouvant imaginer qu'elles ne sont définies nulle part et que leur usage est laissé à la discrétion des utilisateurs de la « classification » sera néanmoins conduit à les supposer définies ailleurs, dans des contextes théoriques ou techniques qui ne lui sont pas accessibles. Il en résulte que le texte ne présente pas les caractéristiques requises d'un texte destiné à être traduit en plusieurs langues et que ses traducteurs ne pourront donner une interprétation univoque et une traduction claire d'un texte qui ne l'est pas et ne semble pas susceptible de le devenir.

Les difficultés de traduction que présentera ce texte ne sont pas principalement celles qui sont envisagées dans les « directives de traduction ». Elles tiennent moins à des « variations du sens des mots entre différentes langues », ou à l'absence de termes français équivalents aux termes anglais utilisés, qu'à une absence de conceptualisation et au développement de stratégies textuelles dont la traduction pose des problèmes difficilement solubles<sup>(54)</sup>.

---

(54) Cf. C. Rossignol et C. Barral, « Textual strategies and translatability of measurement instruments the example of the WHO's "International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps" », in *Proceedings of the Fifth International Conference on Social Science Methodology of the Research Committee on Logic and Methodology of the International Sociological Association*.

Dans un texte scientifique, les concepts définis constituent des systèmes de contenu relativement autonomes par rapport à la langue ou au système de signes dans lesquels ils sont exprimés. Leur traduction, lorsqu'elle est nécessaire, pose rarement des problèmes insurmontables. Dans l'ICIDH-2, en revanche, les termes clefs ne renvoient pas à des concepts définis mais sont utilisés selon leur sens commun, et choisis en fonction de leurs polysémies. Certaines ambiguïtés récurrentes sont préservées et utilisées comme éléments de stratégies textuelles au service de stratégies politiques. Certains termes tels que « *disability* », « *functioning* » « *concept* », « *model* », « *norm* », renvoient à plusieurs contenus différents qu'il ne serait pas possible de restituer par des termes distincts sans altérer le fonctionnement politique du texte original.

Dans son état actuel, ce texte ne pouvant donner lieu à un débat portant sur des définitions de concepts qui n'existent pas, les questions liées aux choix des termes et de leurs traductions prennent une importance considérable et deviennent le champ clos de la défense d'intérêts particuliers. Les scientifiques et les praticiens en tant que tels sont d'ailleurs peu présents dans ce débat qui semble mobiliser principalement idéologues et représentants de groupes de pression, d'intérêts sectoriels, administratifs, idéologiques ou corporatistes.

### Sur les aspects formels

Le texte se réfère de manière constante au modèle formel de la « *classification hiérarchique* » et à des « *principes taxinomiques standards* » dont nous trouvons un bref exposé en annexe 3, p. 191 et 192-193. Cet exposé semble résulter de la mauvaise

assimilation d'un manuel de taxinomie à l'usage de débutants. Il comporte de nombreuses erreurs<sup>(55)</sup> et surtout des omissions. La construction de la « *classification* » ne respecte pas les principes énoncés, et *a fortiori* ceux qui ont été oubliés.

- 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 /.../ qui constituent le concept* » (β-2, p. 193), 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.
- Les définitions ne sont pas « *opérationnelles* ».

Il est désormais clair que les auteurs ne peuvent pas ou ne souhaitent pas définir en termes de propriétés les éléments et la catégorie générique de l'ensemble qu'ils se proposent de classer. Leur « *classification* » ne peut dès lors « *être claire quant à ce qu'elle classe* ». Tel semble être le vice rédhibitoire de l'ICIDH-2.

Les tentatives de définition de (des ?) « *unités de classification* » donnent lieu à une série de confusions qui témoignent non seulement du manque de compétence des concepteurs de l'ICIDH-2 en matière de taxinomie, mais également d'une stratégie textuelle centrée sur l'évasion de ce qui pourrait constituer l'objet de cette « *classification* ». Les procédés rhétoriques et artifices d'expositions mis en œuvre ne parviennent cependant pas à masquer l'inconsistance conceptuelle et formelle du projet qui en résulte.

(55) À titre d'exemple : « *Les définitions des catégories de l'ICIDH-2 /.../ doivent présenter les attributs essentiels du concept – à la fois intentionnel (ce que le concept signifie intrinsèquement) et extensionnel (à quels objets ou phénomènes il se réfère).* » Il apparaît ici à l'évidence que les auteurs de l'ICIDH-2 ne connaissent ni la signification, ni l'orthographe des concepts d'intension et d'extension, ni les principes de construction d'une classification hiérarchique.

« *Functioning and Disability* » sont définis de façon tautologique comme « *termes parapluie* » couvrant l'ensemble des « *dimensions* » du « *Functioning and Disability* ». Les définitions des « *dimensions* », à savoir « *Fonctions et structures du corps* », « *Activités* » et « *Participation* » sont tout aussi inconsistantes ; ce ne sont ni des définitions intensionnelles ni des définitions extensionnelles mais des définitions en termes synonymiques. Les distinctions entre fonctions corporelles / activités / participation reposent sur de fausses évidences de sens commun qui ne résistent pas à l'analyse. Elles ne sont pas pertinentes et, en tout état de cause, elles ne résultent ni ne peuvent servir de base à une organisation catégorielle.

Dès lors que les auteurs du projet ne sont pas en mesure de distinguer de façon opératoire les « *dimensions* » de leur « *classification* », ils ne sont pas non plus en mesure de distinguer les « *niveaux de fonctionnement* » qui sont censés les caractériser. Les distinctions Corps/Individu/Société se réfèrent également à une conception simpliste appuyée sur des notions de sens commun qui ne distinguent pas le corps et la personne et envisagent l'« *individu* » et la « *société* » comme des entités distinctes dont les relations s'établiraient en termes de causes et d'effets. Il convient donc de rappeler qu'il a été démontré de longue date qu'une telle distinction est impraticable tant d'un point de vue théorique que pratique et qu'elle conduit à des impasses. La distinction « *corps* » / « *individu* » se ramène ici, en fait, à une opposition entre le fonctionnement du corps envisagé « *selon ses parties* » et le fonctionnement du corps envisagé « *comme un tout* ». En dépit des dénégations, ces distinctions reposent sur une notion non explicitée de « *niveaux* » de complexité ou de niveaux d'« *intégration* » biologique.

Il est permis de penser que ces *a priori* idéologiques peuvent avoir joué un rôle prédominant dans le choix du modèle formel de la classification hiérarchique. Ce modèle, particulièrement économique mais particulièrement contraignant, est appliqué de façon remarquable à la classification des

espèces naturelles en zoologie ou en botanique notamment. Il bénéficie de ce fait d'une « *aura* » de scientificité mais il est inapplicable à la matière traitée ici.

Classer l'univers des activités humaines supposerait que puissent être classés ensemble aussi bien des genres naturels que des normes positives (juridiques, morales, culturelles) ce qui est théoriquement et pratiquement impossible. Une telle tentative ne peut que se dissoudre en un ensemble désordonné d'éléments de connaissance du monde sans jamais aboutir à un arbre définitionnel. Le texte proposé qui résulte d'une telle tentative n'est ni une classification hiérarchique ni même une nomenclature, mais une simple liste de termes, un vocabulaire constituant des « *catégories* » non hiérarchisées, non exclusives, dont les limites sont fonction de l'état du lexique et des intérêts de l'utilisateur. Ce vocabulaire, s'il devenait commun à un ensemble de professionnels, aurait une fonction plus identitaire qu'opératoire pour un secteur d'activité qui éprouve des difficultés à se définir par un champ de connaissances.

### Sur les aspects conceptuels

Nous avons démontré que l'ICIDH-2 n'est ni une classification hiérarchique ni une terminologie dans la mesure où ses « *catégories* » principales ne sont pas définies ou sont définies en termes synonymiques et ne délimitent aucun concept. Ses promoteurs ne l'ignorent pas puisqu'ils font figurer parmi les «  *futures directions possibles pour le développement et l'application de l'ICIDH-2* » : « *Le développement de définitions opérationnelles précises des catégories à des fins de recherche* » (β-2, p. 202). Ils reconnaissent ainsi implicitement que celles qui sont proposées dans la présente version ne sont ni opérationnelles ni précises et ne sont pas conçues à des fins de recherche.

Ils annoncent depuis plusieurs années déjà avoir en préparation une « *version recherche /.../ qui répondra aux besoins spécifiques de la recherche et fournira des*

définitions opérationnelles précises » (β-2, « Future directions », p. 202). Mais il semble que cette annonce maintes fois renouvelée constitue essentiellement un argument promotionnel. Compte tenu de la démarche adoptée et des compétences mises en œuvre dans le cadre du « processus de révision » engagé, nous pouvons d'ores et déjà affirmer que cet objectif ne pourra être atteint ni à court ni à moyen terme.

Nous savons, en effet, que la construction d'une terminologie internationale traduisible dans différentes langues a pour préalable des définitions précises et relativement univoques. Or, la démarche adoptée est principalement fondée sur la recherche d'un consensus politique entre des professionnels et des organisations défendant des points de vue ou des intérêts différents et parfois contradictoires. Pour tenter de réaliser un tel consensus, les auteurs de l'ICIDH-2 ne fournissent pas de définitions précises, s'en tiennent à des formulations intentionnellement vagues et polysémiques et font figurer en divers points du texte des formulations contradictoires entre elles mais susceptibles de satisfaire des points de vue différents.

Les « définitions » qu'ils proposent ne peuvent dès lors servir de « base » à quelque démarche scientifique ou modèle conceptuel que ce soit. Il semble qu'ils ne l'ignorent pas mais la « science », dans l'économie de leur discours politique, constitue en quelque sorte une référence professionnelle obligée et un argument d'autorité auquel ils peuvent difficilement renoncer. Il n'en reste pas moins que le projet ne présente ni une démarche classificatoire à caractère scientifique, ni le résultat d'une telle démarche. L'ouvrage développe, *a contrario*, une démarche politique à visée normative. Le terme « classification » et les références scientifiques qui l'accompagnent fonctionnent dans une rhétorique politique comme argument d'autorité. Ils tentent d'induire chez un lecteur modèle de premier degré l'idée que les propositions normatives qui sont formulées pourraient avoir une « valeur universelle » ; idée que viendra

encore appuyer l'usage du qualificatif « internationale ».

Pour réaliser ce consensus et dépasser l'opposition traditionnelle entre « modèle médical » et « modèle social », les auteurs prétendent « réaliser une synthèse qui offre une vue cohérente des différentes dimensions de la santé aux deux niveaux biologique et social ». Ils prétendent proposer un « modèle d'intégration biopsychosociale » destiné à « appréhender ensemble les aspects physiologiques, personnels et sociétaux ». Mais, en l'absence de tout développement et de toute référence théorique précise, il s'avère que le terme « modèle » renvoie ici à une image idéologique d'une réalité observée et à un type d'organisation économique et politique du champ professionnel de la « disability ».

C'est également à tort qu'il est affirmé que l'ICIDH-2 fournit les « composants » pour les utilisateurs qui souhaitent créer des modèles et étudier différents aspects d'un processus car :

- 1° « *ce processus* » n'est ni décrit ni clairement identifié et les auteurs semblent, *a contrario*, s'attacher à le désigner d'un terme le plus vague et le plus imprécis possible : « *Process of functioning.* » Or, l'étude de « *différents aspects* » d'un processus supposerait que celui-ci ait été préalablement identifié et qu'il ait été au moins sommairement décrit dans sa globalité ;
- 2° l'étude d'un processus repose sur l'analyse de données vérifiables. Elle requiert la construction d'un système de description de données destiné à permettre l'enregistrement de données objectivables. Or l'ICIDH-2 n'a pas été conçue pour cela. Une majorité de ses « catégories » ne sont pas destinées à l'enregistrement de faits observables. Elles sont conçues pour l'enregistrement de jugements fondés sur des inférences plus ou moins arbitraires, portés par des personnes « habilitées ».

L'ICIDH-2 est conçue dans la perspective d'établir des « profils individuels » et pour la

construction de « barèmes d'invalidité » destinés à répartir les clientèles entre différentes institutions, différents modes de « prise en charge », différentes spécialités professionnelles. Elle n'est pas destinée et ne peut prétendre avoir été conçue pour contribuer à l'analyse des processus par lesquels des personnes se trouvent invalidées, considérées comme – ou rendues incapables de – mener une vie normale ou privées des moyens d'exercer leurs droits. L'ICIDH-2 est conçue par des professionnels de la santé et pour des professionnels de la santé. Il n'est pas surprenant qu'elle se révèle à l'analyse comme un outil conçu conformément aux besoins et aux objectifs de ceux qui vivent de l'existence de ces processus plutôt qu'aux aspirations de ceux qui en souffrent.

### Sur les objectifs visés

L'objectif dit « *spécifique* » ou « *global* » est formulé de la manière suivante :

- Fournir une base scientifique pour la compréhension et l'étude des états fonctionnels associés aux problèmes de santé ;
- Instaurer un langage commun pour la description des états fonctionnels associés aux problèmes de santé dans le but d'améliorer les communications entre professionnels de santé, avec les professionnels d'autres secteurs, et les personnes affectées d'invalidité.

Les concepts scientifiques constituent en effet un métalangage artificiel relativement autonome par rapport à la langue ou au système de signes dans lesquels ils sont exprimés, ils constituent ainsi probablement les systèmes de contenu les mieux à même de contribuer à l'instauration d'un « *langage commun* » que les auteurs de l'ICIDH-2 appellent de leurs vœux.

En effet, les concepts scientifiques sont traduits dans la plupart des langues. Et ne varient pas d'une langue à une autre, d'une culture à une autre. Mais, pour que l'objectif ci-dessus mentionné puisse être atteint, il conviendrait que les termes du « *langage commun* » qu'il s'agit de construire renvoient effectivement à des concepts liés à

des contextes scientifiques déterminés. Or, nous avons démontré qu'il n'en est pas ainsi. Les principales notions promues par l'ICIDH-2 :

- ne renvoient ni à des définitions relativement autonomes par rapport à une langue donnée, ni à des contextes théoriques identifiables. Des termes et expressions tels que, « *états fonctionnels* », « *problèmes de santé* », « *structures corporelles* », « *altération* », « *activité* », « *participation* », ne sont pas utilisés pour nommer des concepts, mais comme des éléments du système lexical d'une langue naturelle. En tant que tels, leurs significations ne font pas l'objet de conventions explicites, elles dépendent de l'état d'un système lexical donné, à un moment donné, du contexte culturel dans lequel elles sont utilisées et de normes variables d'une population à une autre, d'un secteur professionnel à un autre ;
- leurs domaines de validité et champs d'application ne sont pas délimités et les auteurs s'attachent au contraire à convaincre les utilisateurs potentiels de leur « *classification* » de la portée « *universelle* » de leurs « *concepts* ».

Ce texte n'apporte pas d'élément nouveau sur le plan de la connaissance, et dès lors qu'il s'éloigne du domaine strictement bio-médical, il ignore les connaissances acquises de longue date qu'il remplace par des tentatives de rationalisation à partir de représentations du sens commun. Il ne semble pas avoir été élaboré par des chercheurs ou techniciens indépendants mais par les idéologues d'un champ d'activité à la recherche d'un consensus identitaire visant l'unification et la défense des intérêts d'un ensemble de professions. Il en résulte que ni le texte proposé, ni la démarche poursuivie ne permettront d'atteindre l'objectif scientifique prétendument visé.

Les objectifs pratiques sont formulés de la façon suivante :

- l' « *ICIDH-2 fournit une description des situations au regard du fonctionnement humain et de l'invalidité* » ;

- « le fonctionnement et l'invalidité » sont conçus comme une « interaction dynamique » entre les problèmes de santé et les facteurs contextuels ;
- une note précise que « cette interaction [i.e. Functioning and disability] pourra selon le choix des utilisateurs être envisagée comme un processus ou comme un résultat [i.e. un état] » ;
- un texte récent de l'OMS indique enfin que l'« ICIDH fournit un "profil" pour chaque individu ».

Il est difficilement concevable qu'un outil unique puisse permettre de décrire : des « situations », « interactions dynamiques », « processus », « états », « profils individuels ». En l'occurrence, seul le dernier objectif cité semble susceptible d'être réalisé. Encore convient-il de préciser que les « profils » individuels que peut fournir l'ICIDH-2, ne seront pas établis sur la base d'un recueil de données objectivables et d'une démarche classificatoire reproductible, mais sur la base de jugements plus ou moins arbitraires portés par des personnes considérées comme « qualifiées pour juger » de la conformité à des normes sociales en vertu d'une prétendue compétence scientifique ou technique.

**Les objectifs complémentaires et les domaines d'application prévus** forment un ensemble foisonnant et protéiforme, mais ne font pas l'objet d'un exposé systématique. Ils concernent :

- la connaissance scientifique ;
- la statistique ;
- la clinique et la distribution des soins ;
- l'évaluation :
  - « des besoins » des populations,
  - « des modes de vie individuels »,
  - « des systèmes sociaux », et des « programmes de soins »,
  - « des prestations des services de santé », et de l'efficacité des soins dispensés ;
- l'élaboration et la mise en œuvre de politiques sociales,
- la « planification de la sécurité sociale » et « l'élaboration de « systèmes de compensation »,

- la gestion administrative des dispositifs de soins et de compensations,
- l'éducation,
- la politique proprement dite :
  - « promouvoir l'égalité des chances pour tous et soutenir la lutte contre la discrimination »,
  - « développer la législation générale »,
  - « fournir un instrument approprié pour l'exécution des mandats internationaux relatifs aux droits de l'homme comme pour l'application des législations nationales »,
  - « améliorer la participation par l'élimination ou la réduction des entraves sociales ».

Ces objectifs sont difficilement compatibles entre eux et peu compatibles avec des objectifs scientifiques qui relèvent d'une démarche différente. Les modalités du « processus de révision » vont en effet bien au-delà du seul objectif de recueil de données objectives, utilisables en tant que telles dans un processus de décision. Ce sont, dans bien des cas, des objectifs directement politiques, dont le fondement ne sera pas discuté ici, qui gagneraient à être reconnus et traités comme tels sans recours à une justification pseudo-scientifique.

### En résumé

« L'objectif global » de l'ICIDH-2 – affiché par ses auteurs –, est de « fournir une base scientifique pour la compréhension et l'étude des états fonctionnels associés aux problèmes de santé ».

S'il en était ainsi, l'objectif scientifique aurait dû conduire à concevoir et à construire l'ICIDH comme un système de description de données adapté à la description et à l'analyse des processus par lesquels des personnes sont l'objet de mesures discriminatoires, se trouvent entravées dans l'exercice de leurs droits, mises hors d'état de mener une vie active ou de travailler.

L'objectif pratique de non-discrimination associé à l'objectif scientifique serait de pou-

voir disposer de données suffisantes pour décrire et expliquer ces processus dans le but de trouver des moyens d'éviter qu'ils ne se développent ou de les entraver.

Il semble que, dans les faits, ces objectifs dits « *spécifiques* » n'aient pas bénéficié d'une priorité et qu'en dépit des objectifs scientifiques affirmés, les concepteurs de l'ICIDH-2 aient accordé une priorité à d'autres objectifs. Le style, les stratégies mises en œuvre et la démarche suivie l'attestent. Dans son état actuel, l'« *outil* » présenté sera, au mieux, utilisable pour répartir des personnes dans des groupes en fonction de caractéristiques qui leur seront attribuées sur la base de jugements. Ces répartitions pourront permettre d'attribuer des droits à des prestations, de distribuer des aides, d'orienter les personnes vers des services ou des institutions existantes, de développer et de distribuer les clientèles des professions biomédicales et médico-sociales. Mais, en dépit des objectifs généraux exposés dans le texte, celui-ci constitue, au plein sens du terme, un outil de discrimination. Il n'est pas certain qu'au-delà d'aménagements terminologiques, les personnes concernées pourront y trouver ce qu'elles seraient en droit d'en attendre.

Dans notre précédent rapport concernant la version  $\beta$ -1, nous présentions un ensemble de problèmes qu'il semblait impératif de résoudre avant toute diffusion d'une nouvelle version  $\beta$ , et nous formulions des suggestions susceptibles de permettre de réorienter le projet de façon à le mettre en conformité avec ses objectifs explicites. La rédaction de la version  $\beta$ -2 semble s'être attachée non pas à résoudre les problèmes soulevés et les contradictions mises en évidence mais à les rendre moins apparents pour tenter de parvenir rapidement à un « consensus ». Il en résulte que le travail dont témoigne la nouvelle version n'est pas un travail d'approfondissement conceptuel ou de perfectionnement technique mais un travail de rhétorique.

Le résultat est qu'en cherchant à masquer les problèmes non résolus et les contradictions, la « *révision* » du projet en a dévoilé, voire créé, de nouveaux. Sur la base d'une telle démarche, la qualité technique du projet ne semble pas améliorée. D'un point de vue technique, l'ampleur des problèmes que ne manqueraient pas de poser l'usage de cet « outil » nous conduit à en déconseiller l'usage.