**Repères historiques :**

**«**Il y a eu de tout temps, depuis que l’homme est apparu, des pathologies diverses qui ont touché des personnes de tous âges et des deux sexes et finalement la réaction des membres des communautés humaines a été d’emblée déterminante pour leur donner un statut particulier ou les isoler parce que « hors norme ».

« La Grèce antique reste, compte tenu de sa richesse culturelle, une des premières références. Les infirmes et les malformés à la naissance étaient volontairement isolés du milieu social et laissés pour leur survie éventuelle à la générosité des dieux et à leur bon vouloir. Ceux qui en réchappaient représentaient un symbole particulier qui devait être accepté pour éviter la colère des dieux. Les Hébreux les considéraient comme impurs et les fils de prêtres nés infirmes ne pouvaient pas participer au culte. Néanmoins ils devaient être traités avec compassion et ils étaient tolérés dans les espaces publics. Il est intéressant de constater que cette situation perdure encore actuellement et on retrouve dans presque tous les pays la cohorte des infirmes mendiants : poliomyélitiques non appareillés, aveugles, sourds, phocomèles, amputés de toutes sortes, paralysés se traînant au sol, retardés mentaux… dans les rues, le long des monuments, près des temples ou des églises, sollicitant les touristes dans les restaurants. Ceci démontre que l’infirmité peut être malheureusement toujours un mode de vie et de recherche de ressources.

Ainsi, pendant longtemps, la société a toléré les personnes atteintes de pathologies diverses et vivant comme elles le pouvaient, plus ou moins abandonnées à elles-mêmes. »

Indépendamment de sa signification conceptuelle ultérieure, le mot handicap viendrait de « hand in cap », la main dans le sac, pour y prendre de façon invisible de l’extérieur un indice ou un numéro dans ce qu’on croit avoir été un jeu de hasard pour des paris intéressés. Quoi qu’il en soit, le mot apparaît officiellement en 1827 en Irlande et s’applique aux courses de chevaux sur « turf », c’est-à-dire sur gazon. Les courses de chevaux, très populaires encore de nos jours, mettaient en jeu des sommes importantes et il est apparu très vite la nécessité d’essayer d’égaliser les chances pour que ce ne soit pas joué d’avance compte tenu des inégalités liées aux chevaux et aux jockeys qui les montent. Le poids devint l’ennemi de la performance et le handicap, curieusement, devint un système d’égalisation : plus de poids sur les chevaux plus performants qui ont déjà gagné et moins sur les autres par addition ou soustraction de plaques de fonte de 2,2 kg ou, pour parler comme les Anglais de 5 livres, ce qui était censé correspondre à une longueur de cheval et donc à une victoire possible. Un commissaire handicapeur est chargé d’appliquer les règles et de les vérifier. Un système comparable est utilisé pour le golf où on essaie d’avantager un joueur moins expérimenté. Ce qui est donc étonnant, c’est l’inversion de sens par la suite puisque la personne handicapée n’est pas la plus performante que l’on freine, mais la moins performante à qui l’on a essayé de diminuer les effets du handicap.

**…et plus récemment :**

L’Organisation mondiale de la santé (OMS), a été mandatée en 1948 de concevoir une classification internationale des maladies (CIM) révisée périodiquement : CIM-7 en 1955, CIM-8 en 1965, CIM-9 en 1975 et CIM-10 en 1992.

Cette classification codée constitue l’outil de travail obligatoire des médecins, des épidémiologistes et de tous ceux qui s’occupent de problèmes sanitaires ou de la gestion des politiques de santé publique dans le monde.

Mais cet instrument aussi exhaustif qu’il est, ne procure pas une idée de l’état de santé des populations ni des déviances de celui-ci.

C’est ainsi que l’OMS confie en 1980 à Philip Wood, épaulé par toute un groupe de spécialistes internationaux, la mission de préparer un document au départ expérimental en prévoyant des révisions après une analyse sur le terrain.

Dans ce document on retrouve d’emblée les trois axes qui constituent **la trilogie de Wood** :

**Les déficiences engendrées** par de multiples causes, traumatismes, malformations génétiques, infections, tumeurs… ;

Celles-ci causent **des perturbations fonctionnelles** qui vont jusqu’à **l’incapacité d’accomplir des**

**tâches** dans les divers domaines de la vie, le **tout entraînant un handicap**, considéré comme une **résultante** du **désavantage** subi par la personne.

C’est la naissance donc de la « Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages », en abréviation CIH, en 1983. (Rabischong, 2015).

Celle-ci a permis ainsi de déterminer les effets respectifs de la trilogie (déficience, incapacité, désavantage social) dans la vie de l’individu en identifiant les processus d’invalidité par rapport aux normes environnementales et sociétales :

**– La déficience** se manifeste par « une perte, une altération d’une structure ou d’une fonction psychologique, physiologique ou anatomique » et relève de la santé.

Cette déficience est définie comme étant toute perturbation congénitale ou acquise, permanente ou temporaire de la structure ou des fonctions du corps et de l’individu. Elle altère de façon durable la croissance, le développement et le fonctionnement de la personne.

**– L’incapacité** résulte de la déficience et est définie comme : « une réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d’une façon ou dans les limites considérées normales par un être humain » ; elle se manifeste donc par une limitation d’activités ou de gestes nécessaires à la vie de tous les jours et concerne l’interaction avec l’environnement de la personne. Cette incapacité peut être permanente ou temporaire.

**– Le désavantage social** « résulte d’une déficience ou d’une incapacité qui limite ou interdit l’accomplissement d’un rôle normal (en rapport avec l’âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) » au sein de la société. Ce désavantage se situe aux niveaux d’une limitation des rôles sociaux, de l’intégration au sein de la société, des réseaux sociaux, ainsi que du rapport de rentabilité et de compétitivité. (Grobois, 2015 p.17).

En 1995 a été entamée une série de travaux visant à reformuler la première version de la CIH de façon à mieux définir la notion de handicap mais aussi à percevoir finalement l’état de santé d’une population donnée.(p.57.58)

En 1997 Cela a donné lieu à la production par l’OMS d’un document expérimental diffusé uniquement à son réseau des professionnels chargés de son expertise, intitulé Classification internationale des altérations du corps, des activités et de la participation considéré comme « un manuel des dimensions de l’invalidation et du fonctionnement »,58

 Cette classification devait recouvrir « tout trouble en termes de changements fonctionnels associés aux problèmes de santé aux niveaux du corps, de la personne et de la société. Les problèmes de santé en tant que tels sont principalement classés dans la CIM alors que les conséquences associées à ces problèmes de santé sont classées dans la CIH ».

Dans cette version nous notons l’apparition accordée à l’importance du facteur social ou sociétal directement lié à l’environnement de la personne.

Aussi, il est indiqué que les deux visions médicale et sociale du handicap sont complémentaires l’une à l’autre. (Rabishong, 2015).

**En 2001**, l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a proposé une « Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé » (CIF).

La CIF envisage l’invalidation comme la conséquence de l’interaction entre les potentialités de l’individu et une multitude de facteurs environnementaux.

 Elle permet d’analyser les situations de handicap en quatre composantes qui sont en interaction entre elles :

**–** les fonctions organiques, physiologiques et psychologiques, ou les structures anatomiques (organes ou membres) impliquant le fonctionnement corporel et l’organisation physique ;

**–** les activités et la participation réelle de la personne à travers son fonctionnement ;

**–** les facteurs environnementaux (physiques, sociaux ou attitudes) et externes potentiellement handicapants ou facilitateurs ;

**–** les facteurs personnels ou individuels.

Autrement dit, le handicap est vu par la CIF comme un concept générique incluant les déficiences (altérant les fonctions anatomiques, physiologiques ou psychologiques), les limitations de l’activité que la personne peut opérer et les restrictions de sa participation à des situations de vie réelles.

 **Le handicap se trouve donc dans cette interaction entre la personne atteinte d’une affection et des facteurs personnels et environnementaux.**

Selon Grobois (2015), trois aspects nouveaux se sont dégagés de cette dernière classification : **premièrement**, elle se ne conçois plus une séparation entre le handicap et le non-handicap, car elle ne se présente plus comme une liste de déficiences ou de difficultés.

Elle se traduit désormais, par une description qui se veut neutre et universelle du fonctionnement humain. Une description dans laquelle le handicap n’en n’est qu’une variation identifiable du fonctionnement (p. 1184).

Aussi, les limitations du fonctionnement humain se qualifient dans cette description, à travers les besoins d’assistance et les effets de l’environnement, des effets « facilitateurs » ou « obstacles ».

**Deuxièmement**, la CIF introduit le concept de « participation » dans tous les domaines de la vie quotidienne (p. 1184), ce qui nécessite l’identification et la modification des obstacles sociaux éventuels ou l’activation des « facilitateurs » pour favoriser la participation de tout être humain. **Troisièmement**, une variété très large de facteurs environnementaux est considérée dans la CIF.

Actuellement, l’expression « personne en situation de handicap » (Hamonet, 2010) est utilisée pour se détacher de l’état de la personne et se centrer principalement sur les situations et les environnements qui peuvent induire des conditions handicapantes. Une autre expression usitée est celle des personnes ou élèves « à besoins spécifiques ou spéciaux », expression inspirée de la traduction de l’expression anglophone with

special needs. (Grobois, 2015,p.18.).

Selon Rabishong (2015), on parle désormais d’approche **biopsychosociale** pour souligner la nécessité d’une complémentarité et non d’une opposition du style thèse/antithèse entre les deux visions médicale et sociale du phénomène.

Adoptée en 2001 par la 54e Assemblée mondiale de la santé la version finale du CIF s’intitule « Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé » ou CIF/ CIH-2.