

Le processus de production des handicaps

Patrick Fougeyrollas, Ginette St-Michel, Hélène Bergeron et René Cloutier

Volume 29, numéro 1, août 2023

Archéologie du Handicap
Archaeology of Disability

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1106111ar>
DOI : <https://doi.org/10.7202/1106111ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH)

ISSN

2563-1268 (imprimé)
2563-1276 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Fougeyrollas, P., St-Michel, G., Bergeron, H. & Cloutier, R. (2023). Le processus de production des handicaps. *Aequitas*, 29(1), 102–159.
<https://doi.org/10.7202/1106111ar>

Résumé de l'article

En 1991 la revue du Réseau International de la CIDIH a publié le Volume 4, numéros 1-2 intitulé « Le Processus de production des handicaps ». Il nous fait plaisir de republier ce volume complet dans cet article qui regroupe donc : La présentation du plan de communication de la SCCIDIH (Société canadienne et Comité québécois sur la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps) et du CQCIDIH (Comité Québécois sur la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps) ; L'analyse des commentaires reçus sur la révision du troisième niveau: le handicap ; La proposition d'une nomenclature des habitudes de vie révisée ; La proposition d'une nomenclature des facteurs environnementaux révisée ; L'impact du modèle proposé sur les incapacités.

Le processus de production des handicaps

Savoirs académiques • Academic Knowledge



En 1991 la revue du Réseau International de la CIDIH a publié le Volume 4, numéros 1-2 intitulé « Le Processus de production des handicaps ». Il nous fait plaisir de republier ce volume complet dans cet article qui regroupe donc : La présentation du plan de communication de la SCCIDIH (Société canadienne et Comité québécois sur la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps) et du CQCIDIH (Comité Québécois sur la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps) ; L'analyse des commentaires reçus sur la révision du troisième niveau: le handicap ; La proposition d'une nomenclature des habitudes de vie révisée ; La proposition d'une nomenclature des facteurs environnementaux révisée ; L'impact du modèle proposé sur les incapacités.

PARTIE 1

Présentation du Programme de communication de la SCCIDIH et du CQCIDIH

PATRICK FOUGEYROLLAS

Introduction

Au mois d'octobre 1990, le conseil d'administration de la SCCIDIH et du CQCIDIH confiait au Groupe DBSF le mandat d'élaborer un programme de communication. Le 17 décembre de la même année, le conseil d'administration validait l'essentiel des orientations proposées et adoptait un programme de communication.

Ce programme est particulièrement important pour nous puisqu'il prévoit, pour les trois prochaines années (1991 à 1993), rejoindre différents publics cibles et atteindre des résultats précis pour chacun d'entre eux. Il constitue en fait le cœur et le moteur du développement de notre organisme et vise à mettre en place un réseau international de collaborateurs.

Objectifs visés

Grâce à ce programme notre organisme peut diffuser et expliquer sa proposition de modèle conceptuel ainsi que persuader des publics déjà sensibilisés à la CIDIH, à l'importance pour eux de s'impliquer dans les discussions en cours sur la scène internationale et d'y défendre le modèle proposé par la SCCIDIH.

Par ailleurs, pour consolider son organisation et développer ses activités à l'échelle canadienne, notre organisme veut s'engager dans des activités de promotion, de sensibilisation et de formation visant les utilisateurs potentiels de la Classification des conséquences des maladies et traumatismes.

L'augmentation du rayonnement et du membership de l'organisme se traduira notamment par un soutien financier, technique et matériel accru de la part des membres et collaborateurs, à notre organisme.

Bien que le processus de révision de la CIDIH actuellement en cours, au plan international, soit un processus continu, les orientations de notre organisme sont en bonne partie dictées par l'échéance de révision de la CIDIH actuelle, fixée à 1993 au plus tard par l'OMS. Afin de pouvoir contribuer de façon efficace à cette révision, il nous faut bien diffuser, expliquer et surtout utiliser et valider nos propositions dans divers milieux et champs d'application.

Le plan de communication

Le plan de communication définit trois niveaux de publics cibles et précise des objectifs spécifiques ainsi qu'une série d'activités et de produits à réaliser pour chacun d'entre eux.

Sa mise en œuvre est prévue sur une période de trois ans : 1991, 1992 et 1993. Elle sera axée, pour chacune des années, sur les publics suivants:

- 1991 publics de premier niveau;
- 1992 publics de deuxième niveau;
- 1993 publics de troisième niveau.

À chacune de ces années, certains publics de différents niveaux pourront cependant être touchés pour des raisons pratiques ou parce que la conjoncture le commande.

L'an 1 du plan: 1991

L'axe principal des activités de communication de notre organisme en 1991 sera la préparation de sa participation aux activités de la conférence Autonomie 1992 à Vancouver, qui est considérée comme un événement charnière dans le processus de promotion de la proposition canadienne.

Il s'agira de rejoindre, au courant de cette première année, des associations nationales de personnes handicapées et divers organismes qui peuvent supporter notre développement.

Ainsi nous organiserons un colloque sur la proposition canadienne et l'assemblée générale annuelle de la SCCIDIH et du CQCIDIH à Hull, au mois d'octobre 1991.

De plus, au courant du printemps et de l'automne 1991, nous participerons à divers événements publics comme:

- la conférence sur la définition de personne handicapée organisée par le Secrétariat d'État du Canada ;
- l'assemblée générale d'associations nationales de personnes handicapées ; la réunion annuelle des organismes gouvernementaux de coordination provinciaux concernant les personnes handicapées ;
- différents congrès ;
- des activités de quelques organismes des milieux d'adaptation/réadaptation, de la santé et de la sécurité au travail, de la santé et des services sociaux, des accidents de la route, etc.

Finalement, nous identifierons un correspondant par région de manière à étendre notre réseau de communication à l'échelle du Canada.

L'an 2 du plan: 1992

L'axe principal des activités de communication de notre organisme en 1992 sera sa participation aux activités de la conférence Autonomie 1992 et l'organisation d'un événement sur la proposition canadienne dans le cadre de la conférence.

Il s'agira de rejoindre, au courant de cette deuxième année, les principaux regroupements et intervenants du milieu de la réadaptation et de la santé et des services sociaux, les associations qui interviennent au niveau de la déficience intellectuelle et de la santé mentale, etc. et de tenter une première approche du milieu des personnes âgées.

L'an 3 du plan: 1993

En 1993, les activités publiques de notre organisme seront orientées en priorité vers les publics de troisième niveau, tout en consolidant et en développant les relations avec les publics de premier et de deuxième niveau.

Les publics suivants seront visés : milieux universitaires et de recherche, corporations professionnelles, médias, milieux municipaux, etc.

Les outils de communication

Afin de mener à bien son plan de communication, notre organisme doit se doter d'un certain nombre d'outils qui lui permettront d'étendre sa notoriété à l'échelle canadienne et québécoise et de réaliser des activités de démonstration, de sensibilisation et de formation.

Les outils suivants ont déjà été produits ou sont en voie de production, le présent numéro de la revue « Réseau International CIDIH » étant le premier de ces outils:

- numéro spécial de la revue « Réseau International CIDIH » présentant de façon vulgarisée la proposition canadienne de modèle conceptuel qui sera largement diffusé auprès des publics cibles identifiés;
- outil de formation et de vulgarisation qui prendra la forme de onze modules dont deux généraux (La CIDIH et son histoire, la proposition canadienne), six modules de cas et trois modules « champs d'application »;
- des acétates et des panneaux de présentation du modèle servant de support visuel lors de conférences et d'ateliers;
- un dépliant de présentation de la SCCIDIH et un dépliant de présentation du CQCIDIH;
- un guide d'animation relatif à l'utilisation des outils de communication par les présentateurs lors de conférences, d'ateliers, etc.

PARTIE 2

Analyse des commentaires reçus sur la révision du troisième niveau : le handicap

PATRICK FOUGEYROLLAS

GINETTE ST-MICHEL

Septembre 1990

Cette analyse est présentée selon le plan proposé pour la consultation internationale.

1. Commentaires généraux ¹

De façon générale, la proposition (Réseau International CIDIH - Vol. 2 no 1 – 1989) reçoit un accueil positif en ce qui concerne l'interaction entre les caractéristiques de la personne et celles de l'environnement pour expliquer la production des handicaps. La grande majorité considère que cet aspect de la proposition : modèle conceptuel interactif et nouvelles classifications des habitudes de vie et des facteurs environnementaux constitue une amélioration par rapport à la version du Dr Wood. Les commentateurs suivants l'expriment de façon claire. La Commission de la Santé et Sécurité du Travail du Québec (CSST), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Philippe Pitaud, Paul Lamarche, Anne-Marie Bégué-Simon, Claude Hamonet, Jan Pfeiffer, Olle Sjogren et le groupe suédois, Christa Seidel et U. Tschemer, le groupe hollandais, Georges Tremblay, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) et les participants au colloque de Montréal en 1989. (Réseau International CIDIH - Vol. 3, no 1 - 1990).

Michel Thuriaux de l'OMS de Genève estime que la proposition représente des améliorations sur divers aspects mais que les bouleversements qu'elle implique sont de trop grande portée pour que cela puisse se faire tel quel.

La majorité des textes des commentaires analysés ont été publiés dans Réseau International CIDIH vol.3. n 2 et 3 – 1990.

De leur côté, le groupe hollandais (De Kleijn de Vrankrijker et al.) est réticent à modifier les concepts et souhaite plutôt déplacer les éléments mal classés d'un niveau à l'autre.

Notre travail a justement consisté à préciser la démarcation entre les concepts. Ceci a entraîné de légères modifications aux définitions, dans le but d'en éliminer l'ambiguïté. Nous avons ensuite examiné les trois nomenclatures afin de déplacer les éléments mal classés. Cet exercice nous a amenés à constater la « pauvreté » des catégories d'incapacités devant demeurer au 2^e niveau. De là est apparue la nécessité de procéder à la révision des trois niveaux pour en combler les lacunes et les difficultés. Mentionnons à titre d'exemple, la présence de

¹ La majorité des textes des commentaires analysés ont été publiés dans Réseau International ODIH Vol3. n 2 et 3 - 1990

nombreux « diagnostics » et de mesures de capacités comme pour les déficiences intellectuelles dans la nomenclature des déficiences.

De plus, nous pensons qu'il est urgent de procéder à une classification conceptuelle basée sur des arguments cohérents. Pour les mêmes raisons invoquées par le groupe hollandais, soit la grande diffusion des concepts qui est en cours, mais aussi à cause des réactions de rejet de la part de nombreux utilisateurs potentiels. Ces derniers reconnaissent l'importance d'une telle classification mais la délaissent à cause de l'incohérence fréquente du classement des catégories en fonction des définitions conceptuelles. C'est une des grandes difficultés rencontrées au Québec. De façon générale, ceci explique son utilisation restreinte en Amérique du Nord et spécifiquement son impact quasi inexistant dans les champs de la déficience intellectuelle et de la santé mentale en général. Ceci est également vrai pour la réadaptation dans ses dimensions sociales et professionnelles. Nous ne pouvons considérer l'argument qui consisterait à dire qu'il ne faut pas trop faire de modifications et laisser se généraliser des erreurs conceptuelles sous prétexte que le modèle en soi a eu un impact important. Encore une fois, nous n'avons fait que poursuivre la réflexion enclenchée par la publication expérimentale de l'OMS en précisant ce qui était déjà présent, soit la relation interactive entre l'individu et l'environnement pour la production des situations de handicap. Ceci est d'ailleurs l'apport majeur du modèle de Wood. C'est principalement au niveau des nomenclatures et non des concepts que doit se faire rapidement la révision.

La référence aux associations de personnes handicapées faite dans les commentaires du groupe d'Allemagne de l'est du Dr Radochewski identifie notre proposition à l'idéologie du mouvement des personnes handicapées. C'est un commentaire qui a déjà été formulé par Philip Wood lui-même au colloque de Paris en novembre 1988 suite à la présentation de la proposition de révision. Celui-ci avait alors fait référence à l'idéologie du « mouvement des consommateurs ». Ces commentaires sont à notre avis dus au fait que notre proposition rétablit un certain équilibre entre d'une part, la proposition de l'OMS qui est trop axée sur l'individu et pas assez sur l'environnement, et d'autre part, les éléments les plus radicaux du mouvement des personnes handicapées représentés par la position scandinave qui ne considère plus que l'environnement comme responsable des handicaps des personnes handicapées (voir Olle Sjögren et al). Notre position n'est en aucun cas un compromis mais est issue de l'analyse du processus tel qu'il se produit dans les faits. Elle se situe entre ces deux tendances trop radicales (médicale et professionnelle d'une part et des consommateurs, d'autre part). Selon nous, elle permet la construction de modèles d'intervention autant sur les conséquences individuelles (organes et fonctions) que sur l'environnement, et cela autant pour une personne dans son milieu que pour la population ayant des déficiences et incapacités par rapport aux facteurs éco-sociaux d'une société déterminée.

2. Nouveau cadre conceptuel

Plusieurs commentaires soulignent que le schéma proposé ne fait pas suffisamment ressortir l'interaction entre les déficiences et incapacités et les obstacles éco-sociaux pour produire les handicaps. De plus l'ensemble d'où découle chaque niveau de classification n'apparaît pas dans le schéma, alors que c'est un point essentiel expliqué dans la proposition. Par exemple l'aspect positif de disposer d'une classification des capacités et d'une classification des

habitudes de vie n'apparaît pas dans le schéma (colloque 1989). Nous sommes d'accord avec ces améliorations à apporter au schéma.

La tentative de représentation des caractéristiques de l'environnement comme pouvant amener des obstacles éco-sociaux mais également être des facteurs de risques, des causes d'apparition des maladies et traumatismes, entraîne un certain nombre de questionnements. Nous pensons que tout en étant exacte cette information alourdit le modèle et que ceci peut être résolu dans un schéma plus explicite.

Le modèle illustrant le processus de production des handicaps est un modèle systémique. Ce système trouve son origine dans l'existence de causes aux maladies et traumatismes. Nous pensons qu'une illustration complète du modèle est essentielle à sa bonne compréhension du fait de la confusion existante dans la distinction des niveaux de réalités impliqués dans le processus interactif. En effet, le processus est continu. Fréquemment une incapacité ou une situation de handicap peut réentraîner l'apparition d'une pathologie et ainsi devenir une cause qui réamorçait le processus.

Nous sommes d'accord avec le groupe hollandais, WCC qui envisage les déficiences comme des aspects de la maladie. Selon eux la classification des déficiences diffère de la classification des maladies parce que les classes ou les catégories de chacune reposent sur des caractéristiques différentes. Nous pensons que ces commentaires sont en grande partie pertinents et que nous ne devrions pas identifier simplement au niveau « maladie/traumatisme » le niveau auquel correspond la CIM dont les diagnostics peuvent recouvrir également les « manifestations » au niveau de la structure des organes et des fonctions du corps. En effet l'apparition de déficiences peut être en soi simultanée à l'apparition de la pathologie elle-même. La distinction entre phase aiguë et conséquences durables et significatives nous est pourtant très utile pour notre propos. Elle permet d'identifier les champs d'intervention médicaux de stabilisation d'un événement pathologique ou traumatique aigu que l'on doit distinguer d'un état relativement stabilisé de déficiences et d'incapacités qui vont devenir les cibles des interventions de la réadaptation. Ce que l'on nomme « maladies chroniques » correspond en fait à une évolution lente des déficiences et incapacités liées à une étiologie classée sous un terme diagnostique se retrouvant dans la CIM. Nous sommes donc en accord avec le groupe hollandais qui s'est exprimé sur ce point qui précise les relations entre la CIM et la CIDIH. Ceci signifie que les classifications des déficiences et des incapacités ne peuvent pas être considérées comme le prolongement de la classification des diagnostics médicaux (CIM). Elles sont d'un autre ordre logique. Ce sont des classifications de « parties 11 par rapport au tout », d'où notre position de plutôt parler de classification des systèmes organiques et de classification des capacités. Les profils des organes déficients et des capacités limitées constituent en fait des profils organiques et fonctionnels types caractéristiques d'un diagnostic que l'on serait censé trouver dans la C.I.M. De plus comme le signalent les allemands de l'est (Radochewski) les déficiences et incapacités dépassent le concept de maladie et doivent être considérées comme des relations de cause à effet relativement indépendantes de la maladie et qu'il faut distinguer d'elle. Ce sont des résultats qui n'impliquent pas qu'un processus pathologique (la cause) soit en cours.

Plusieurs commentaires portent sur la clarification de la segmentation entre la déficience et l'incapacité. Selon notre position les fonctions font vraiment référence à la capacité de réalisation et la déficience à l'anomalie ou modification de la structure de l'organe. Qu'est-ce qu'on est capable de faire avec nos organes : penser, bouger, digérer etc... Sur le plan des conséquences des maladies, il est certain que ce qui apparaît le plus important sont les capacités de faire et la réalisation réelle dans des situations de vie (handicaps). Toutefois nous considérons qu'une classification des anomalies structurelles organiques est nécessaire puisqu'elle est la cause des incapacités et un champ d'intervention privilégié de la médecine. Ce qui est très important, c'est que l'incapacité peut être le résultat de plusieurs anomalies organiques. Il est exact que nous n'avons pas donné de nouvelle définition de la déficience de façon explicite dans notre proposition qui était centrée sur le handicap. Nous devons donc le faire pour répondre aux interrogations des commentateurs et défendre la segmentation conceptuelle proposée par nos travaux. Comme l'ont souligné les Allemands de l'est C. Seidel et U. Tchner, il s'avère qu'une proposition complète des trois niveaux est nécessaire afin d'en saisir la portée et l'appliquer en comparaison avec la CIDIH actuelle.

Cette segmentation implique bien comme le contestent les Allemands de l'est (Radochewski) que les troubles mentaux ne puissent plus être classés dans les déficiences mais bien plutôt dans les incapacités ou encore dans les handicaps.

La discussion sur la segmentation entre incapacité et handicap est très similaire. Notre analyse des commentaires nous amène à constater que si l'on ne saisit pas la distinction entre déficience et incapacité, on verra les incapacités et les handicaps comme l'ensemble d'une même réalité soit réaliser des activités que l'on peut classer du plus simple au plus complexe. (G. Grimby, J L A, Van Sonsbeek. le groupe hollandais). Notre segmentation entre incapacité et handicap met en jeu la variable sociale. C'est-à-dire le potentiel à réaliser une activité physique ou mentale de base (incapacité) par rapport à l'utilisation des capacités en fonction d'une activité sociale faisant référence au contexte socio-culturel (handicap). Utiliser un escalier pour accéder au premier étage de sa maison (handicap) implique chez la personne de disposer d'un ensemble de capacités comme celles de se tenir debout, de maintenir son équilibre, de pouvoir bouger les jambes pour monter etc...

Nous sommes d'accord avec la suggestion du groupe hollandais de relier l'incapacité à la capacité de réalisation et le handicap à la réalisation en tant que telle. Nous ne comprenons d'ailleurs pas pourquoi les hollandais le suggèrent, parce que c'est exactement ce que nous avons fait. Il nous apparaît essentiel de distinguer entre les capacités de base résultats de l'état structurel du corps et ce qu'une personne veut ou doit faire pour vivre en société en fonction de son environnement réel. Les habitudes de vie font appel à plusieurs capacités. Cette segmentation nous apparaît très opérationnelle et utile à la proposition de classifications internationales. Utile autant au développement et à la réadaptation des fonctions d'une part et à la réalisation des activités et rôles sociaux d'autre part ce qui correspond à l'adaptation sociale et à l'intégration sociale.

Plusieurs commentateurs dont le groupe suédois ont avancé l'hypothèse que le modèle conceptuel proposé ne s'appliquait pas dans le cas des personnes ayant des limitations intellectuelles et psychiques. Ils posent la question de l'application du modèle causal pour les personnes ne présentant pas d'anomalies organiques

décelables mais dont l'existence de déficiences se manifeste par des limitations intellectuelles ou comportementales entraînant des perturbations des habitudes de vie. Il est tout à fait possible que l'on ne soit pas en mesure d'identifier une anomalie organique sur le plan de la structure alors que l'on peut constater qu'un manque de stimulation lié à l'environnement culturel pendant la période de développement intellectuel de l'enfant a entraîné un niveau de performance inférieur à la moyenne sur le plan de certaines activités intellectuelles classées maintenant dans les capacités. Il demeure que sans être observable le manque de développement intellectuel doit se traduire d'une manière ou d'une autre sur le plan physique au niveau cérébral. C'est aussi le cas avec les fonctions psychiques, de nombreuses manifestations apparaissent sans que l'on soit en mesure de les associer avec une anomalie organique. Sjogren propose un modèle où il situe un niveau troubles intellectuels, sociaux, psychologiques (mentaux/esprit), au même niveau que les maladies et traumatismes mais entraînant directement des incapacités (voir le modèle du groupe suédois). Le schéma proposé est vrai dans une conception où on sépare le corps de l'esprit alors que notre conception, qui a été d'ailleurs insuffisamment expliquée dans notre présentation, est que l'esprit qui fait partie du corps est organique. La confusion est causée par le fait qu'il n'existe que des déficiences physiques. En effet, nous croyons que les fonctions mentales ont une origine organique. Par exemple dans le cas des capacités intellectuelles limitées, il est fréquent que l'on ne sache pas où elle se trouve ou comment mesurer l'anomalie organique qui ne peut qu'être déduite de la manifestation observable au niveau de la fonction.

J.L.A. Van Sonsbeek et G. Grimby qui sont favorables à l'amalgame des incapacités et des handicaps dans un seul et même niveau, s'appuient sur le fait que chacun fait appel à l'environnement pour être évalué. Nous croyons qu'ils confondent comme beaucoup d'autres le fait, une classification avec leurs outils d'évaluation ou des indicateurs d'évaluation.

L'OPHQ expose une hypothèse de considération des facteurs environnementaux à tous les niveaux du processus de production des handicaps. C'est une position que l'on retrouve également chez C. Seidel et U. Tscherner. Ce commentaire appelle certaines clarifications qui peuvent ne pas être apparues clairement dans la proposition centrée sur le 3^e niveau. En ce qui concerne la déficience définie comme anomalie de la structure organique, elle fait appel à une norme structurelle saine de l'organe mais n'implique pas de relation avec l'environnement. Elle se définit de façon objective. Par contre elle est le résultat potentiel d'un processus pathologique traumatique ou développemental qui, lui, est potentiellement issu d'une rencontre entre l'organisme et des facteurs environnementaux. Mais on se situe alors à la phase antérieure de production des déficiences qui est illustrée par notre modèle. L'OPHQ fait plus spécifiquement référence aux questions des déficiences intellectuelles et des déficiences du psychisme. On comprend alors que cette réflexion ne s'applique pas à la nouvelle conception de la déficience dont les aspects fonctionnels sont transférés au 2^e niveau des capacités. Les performances intellectuelles ainsi que les manifestations comportementales caractéristiques de problèmes psychiques se situent maintenant au niveau de la nomenclature des fonctions du corps. Ici la définition d'échelles de performance permettant de déterminer la norme de capacité, c'est-à-dire l'instrument de mesure et la détermination de contexte permettant l'évaluation, fait effectivement appel au contexte éco-social. La performance fonctionnelle est en soi objective et peut-être décrite objectivement.

Ce ne sont que les jugements situant les performances sur une échelle de sévérité définissant une norme fonctionnelle moyenne qui font appel au jugement de l'évaluateur. Donc selon nous, les capacités sont des catégories d'utilisation du corps devant couvrir exhaustivement les potentiels humains. Toutefois le degré de réalisation des capacités peut varier selon les étapes de développement, les caractéristiques biologiques comme les groupes raciaux par exemple et surtout les facteurs stimulant ou inhibant le développement lié aux facteurs environnementaux. Par contre rien n'empêche de mesurer une performance fonctionnelle de façon objective puisque sa valeur réelle ne prendra de sens que dans sa relation avec le 3^e niveau, soit les conséquences d'avoir telles capacités ou incapacités en fonction de tels facteurs environnementaux pour réaliser telles habitudes de vie spécifiques à cet être social particulier. C'est dans les situations de vie que la signification réelle d'une performance fonctionnelle apparaît. Nous pensons donc que l'hypothèse avancée par l'OPHQ ne peut-être retenue. Elle met toutefois en valeur que l'évaluation des incapacités ne peut se faire sans définir un contexte et une norme fonctionnelle. (D'où par exemple les débats classiques sur les tests de mesure du quotient intellectuel et leur interprétations contradictoires).

Quelques experts proposent aussi des schémas conceptuels complets. Comme le suggère Hélène St-Amant, Claude Hamonet fournit un schéma simplifié (Figure 1). Celui-ci est linéaire. Ce schéma ne reflète pas du tout, à notre avis, l'interaction entre les caractéristiques de la personne et l'environnement. C'est un modèle comme celui de Wood, met l'accent sur l'individu et ne fait pas ressortir les obstacles des éco-sociaux, niveau avec lequel Pr Hamonet mentionne toutefois qu'il est d'accord dans son commentaire.

Le modèle d'Elysabeth Badley (figure 2) que nous ne connaissons pas lors des travaux de réaction de notre proposition, se rapproche beaucoup du nôtre. Notre proposition nous apparaît cependant beaucoup plus complète. Mme Badley montre bien l'interaction entre les déficiences et les incapacités avec l'environnement mais ne montre pas le résultat de l'interaction soit les situations de handicap. De plus l'aspect des catégories de handicaps n'est pas abordé. C'est toutefois un modèle très apparenté au nôtre ce qui confirme notre orientation. Ceci d'autant plus qu'Elysabeth Badley a collaboré à la conception de la nomenclature des handicaps adoptée par Philip Wood dans sa proposition.

En ce qui concerne le modèle de Mary Charmie (Figure 3), il est également apparenté à notre proposition du fait de l'interaction entre les variables individuelles et les caractéristiques de la communauté pour révéler l'écart provoqué dans les divers domaines avec la population non handicapée. Toutefois du fait de son application dans le champ des statistiques, les catégories proposées sont en fait des indicateurs. Notre proposition est à notre avis beaucoup plus complète et conforme à des nomenclatures qui pour chaque niveau conceptuel doivent être exhaustive et permettre de classer. Le modèle est correct mais les catégories qui y correspondent relèvent de l'illustration de l'application du modèle dans le domaine des statistiques et enquêtes de population.

Le Dr Radochewski distingue l'adaptation de la personne à la maladie et la réaction de la société. Ces deux déterminent la position de l'individu et sa capacité de participer à la vie sociale qui est le handicap. Cette distinction entre le résultat sur l'individu et la réaction sociale est une idée intéressante. Toutefois

cela nous apparaît difficile à distinguer autrement que dans notre proposition où nous avons identifié la réaction de la société à des facteurs environnementaux et où l'adaptation à la maladie est en fait traduisible en adaptation des habitudes de vie ou encore en incapacités secondaires, conséquences de déficiences et incapacités déjà existantes, comme dans le cas de réactions psychologiques secondaires.

3. Le concept de handicap

Notre définition du concept de handicap est la suivante :

« le handicap est une perturbation pour une personne dans la réalisation d'habitudes de vie compte-tenu de l'âge, du sexe, de l'identité socio-culturelle résultant d'une part de déficiences ou d'incapacités et d'autre part, d'obstacles découlant de facteurs environnementaux. »

S. Campbell Brown souligne le remplacement du terme « désavantage » présent dans la définition de Wood par celui de « perturbation » dans la nôtre. C'est un point très important car comme il le souligne cela signifie que l'on doit autant considérer les situations avantageuses que celles qui sont désavantageuses sur le plan des alternatives offertes à une personne pour réaliser ses habitudes de vie. C'est à notre avis une limite importante du concept de Wood. Ceci répond au commentaire formulé par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec qui suggérait de remplacer « perturbation » par « restriction ». Ceci serait à notre avis une erreur car il peut s'agir d'un « accroissement ».

Les termes « habitudes de vie » proposés entraînent certains commentaires surtout des milieux québécois (colloque 1989). En effet dans le domaine de la santé on a fréquemment associé ces termes à des mauvaises habitudes de vie, notamment celles qui sont néfastes à la santé. L'Ordre des infirmières et infirmiers et l'OPHQ suggèrent de les remplacer par « pratiques de vie ». Cela affaiblit à notre avis le concept d'habitudes de vie qui fait référence à quelque chose d'englobant autant les façons de faire (pratiques) que les modes de vie pratiques de vie est plus restrictif, moins compréhensible. À notre avis, nous utilisons les termes habitudes de vie dans le même sens que pour la prévention mais dans ce dernier cas on le restreint par un jugement de valeur à de « mauvaises » habitudes de vie. Les variables de l'âge, du sexe, de l'identité socio-culturelle viennent modifier les habitudes de vie attendues pour un être humain. Ce sont des caractéristiques de la personne comme être social ou de la population.

J.L.A. Van Sonsbeek souligne avec raison que notre définition conceptuelle ne diffère pas vraiment de celle de Wood. Il remarque que la notion d'interaction précise la signification du handicap.

Les allemands C. Seidel et U. Tscherner ainsi que l'américain S. Campbell Brown posent la question des facteurs personnels. Selon nous, les facteurs personnels comme les valeurs personnelles et les préjugés par rapport à ses propres déficiences et incapacités sont à classer dans les facteurs environnementaux. Pour ce qui est de l'effort personnel d'adaptation (C. Seidel et U Tscherner), à notre avis, c'est une mesure d'évaluation qui n'est pas de l'ordre des nomenclatures. Les outils d'évaluation ne doivent pas être confondus avec

les classifications elles-mêmes. Ils doivent être élaborés en fonction des nomenclatures mais ne font pas partie de celles-ci.

G. Grimby n'est pas d'accord avec notre concept et préférerait réserver le concept de handicap à l'évaluation subjective de la satisfaction à l'égard de différentes activités et habitudes de vie tout en regroupant toutes activités de micro et de macro situations sous le concept d'incapacité. Ce n'est pas faisable à notre avis, sa proposition amène l'élimination du niveau du handicap et à ne plus considérer que deux niveaux conceptuels. Cela aura pour conséquence, de diminuer beaucoup la précision des données recueillies ainsi. Si G. Grimby est d'accord avec nos habitudes de vies, comment les différenciera-t-il de ses micro et macro-situations ? Cela signifie qu'il mesurera deux fois la même chose mais à partir de deux points de vue différents. Ceci nous apparaît très ardu à comprendre et à opérationnaliser sans dédoublements inutiles.

C. Hamonet est d'accord avec le fond des définitions mais les trouvent trop compliquées.

De façon globale, les autres commentaires appuient la définition proposée et les précisions qu'elle ajoute à celle du Dr Philip Wood. En dernier lieu, la proposition d'une échelle de mesure de la perturbation des habitudes de vie variable socialement est soulignée comme une nouveauté par S. Campbell Brown.

Étant donné le caractère expérimental du 3^e niveau tel que renouvelé par notre proposition, l'OPHQ suggère de donner un statut particulier temporaire pour ce niveau afin d'en tester l'opérationnalisation. Nous sommes d'accord avec la nécessité d'expérimentation de la proposition mais il n'est pas possible d'isoler le 3^e niveau du handicap par rapport à ceux des déficiences et des incapacités qui eux seraient « bien rodés ». Il faut procéder à des expérimentations globales d'une classification révisée aux trois niveaux. Dans cette perspective, il est urgent de finaliser les propositions de nomenclatures pour les déficiences et incapacités compatibles avec notre nouvelle segmentation conceptuelle. Ainsi des comparaisons constructives avec la version de l'O.M.S. seront envisageables.

Nous ne sommes pas d'accord avec l'affirmation de Mary Charnie que le concept de handicap devrait être considéré comme un outil d'analyse plutôt qu'un schéma de classification. Tous les niveaux peuvent être classés et peuvent être utilisés comme des outils d'analyse des applications des concepts et de leurs nomenclatures y compris les facteurs environnementaux.

4. Proposition d'une nomenclature des habitudes de vie

De façon globale, la nomenclature des habitudes de vie fait l'objet de commentaires positifs. (C. Hamonet, G. Grimby, J.L.A. Van Sonsbeek, O. Sjögren, W.C.C., J. Pfeiffer etc...). L'extension du concept d'habitudes de vie est reconnue comme une amélioration notable au concept de désavantage avec sa nomenclature très générale et vague. Une première interrogation porte sur l'exhaustivité de la nouvelle nomenclature. Plusieurs experts ont tenté de la vérifier et effectivement l'un des buts premiers de notre consultation est de recevoir des suggestions de modifications concrètes afin d'améliorer notre proposition. Des commentaires précis ont été apportés et nous permettrons d'en vérifier la pertinence afin d'améliorer la formulation des catégories. Certains groupes comme les scandinaves ont fait le tour de la question et conclu à la

quasi-exhaustive de la proposition. Il est curieux également de lire certains commentaires qui d'une part considèrent cette nomenclature comme une innovation, doutent d'autre part de la possibilité d'en arriver à une nomenclature des habitudes de vie correspondant aux exigences d'une classification internationale et finalement n'ont pas véritablement d'exemples pertinents d'omissions majeures.

Malgré la difficulté reliée à cet aspect de notre travail de recherche, nous pensons qu'il est possible de définir des catégories génériques et multiculturelles couvrant toutes les activités de vie quotidienne, les activités de vie domestique et les rôles sociaux. Il est bien entendu que de la même façon que pour les déficiences et les incapacités, l'utilisateur n'en utilisera qu'une portion spécifique à la personne ou à la population dont il aura à définir les habitudes de vie et les situations de handicap.

Plusieurs commentateurs (hollandais, OPHQ, Seidel) soulignent qu'il manque à notre proposition un guide d'utilisation contenant des explications, des exemples détaillés incluant les modes d'évaluation. Nous sommes d'accord avec ce point qui a été largement appuyé lors du colloque de Montréal. Quelques commentaires ont porté spécifiquement sur l'échelle de sévérité. Seidel et Tscherner considèrent qu'elle ne couvre pas ou ne s'applique pas à toutes les catégories d'habitudes de vie. Les hollandais critiquent la distinction entre « partiellement réalisée » et « réalisée complètement avec difficulté ». Nous pensons que cette distinction est au contraire très opérationnelle puisqu'elle a un impact très important sur le degré d'autonomie et les compensations à apporter. Si l'on prend l'exemple de certaines activités exigeant de l'endurance, il est utile de savoir qu'une personne est capable de conduire sa voiture sans difficulté sur de courtes distances ou durant une période de temps limité, mais que pour aller plus loin elle doit recevoir une adaptation technique compensant son incapacité. Une personne peut être capable sans difficulté de préparer des repas simples qui ne demandent pas beaucoup de manipulations ou de se faire réchauffer des plats préparés à l'avance mais incapable de préparer des repas plus compliqués. D'autres exemples concrets de cette distinction apportée par notre échelle de sévérité pourraient être présentés dans un guide d'utilisation afin d'illustrer leur importance dans la définition de plan de services et la prise de décision pour l'attribution de compensations pour la réalisation d'une habitude de vie.

D'autres commentaires suggèrent de faire apparaître des facteurs personnels comme la motivation, l'estime de soi, le sentiment de sécurité dans les habitudes de vie plutôt que dans les incapacités. Selon nous des dimensions doivent demeurer dans les incapacités mais il ne faut pas les confondre avec les valeurs et attitudes que nous classons dans les facteurs environnementaux. Il ne faut pas oublier que nos propres valeurs et nos propres attitudes, de la même façon que les valeurs et attitudes des autres, interagissent avec nos propres incapacités et déficiences et amènent des degrés de réalisation divers de nos habitudes de vie. Il faut donc comprendre ici que nous considérons les valeurs et attitudes personnelles comme partie intégrante et inséparable des facteurs socio-culturels de l'environnement. Ce point de vue est partagé par le Dr G.Grimby. Ces facteurs personnels sont aussi susceptibles de faire impact sur les habitudes de vie que les valeurs des autres. Il n'y a pas de différence d'impact entre le parent qui dit que sa fille ne peut vivre au deuxième étage parce qu'elle se déplace en fauteuil roulant et la croyance de la fille que cette affirmation est vraie. Que ce

soit les parents ou la fille qui le disent, cette croyance sera modifiée lorsqu'on leur proposera d'équiper la maison d'un ascenseur. Les facteurs personnels sont susceptibles de devenir des obstacles ou des facilitateurs à la réalisation des habitudes de vie et doivent être considérés à l'intérieur des facteurs environnementaux.

D'autre part les aspirations et les attentes de la personne sont des catégories qui ne devraient pas apparaître dans nos classifications sauf si elles font obstacles et correspondent aux facteurs personnels dont nous venons de parler. Les aspirations et attentes doivent être prises en considération comme critères d'évaluation lorsque l'on définit les habitudes de vie d'une personne tout comme son âge et son sexe. Ils font partie de ce que nous appelons « identité socio-culturelle » dans notre définition du concept de handicap.

Finalement nous maintenons que les catégories de rôles sociaux doivent demeurer dans les habitudes de vie vues comme des résultats.

5. Proposition d'une nomenclature des facteurs environnementaux

Notre proposition finale devra mieux démontrer que « la manière d'être et de faire en société » sont le produit des règles sociales à documenter dans chaque société utilisatrice. En cela les attentes sociales concernant la réalisation du rôle conjugal ou de travailleur est régie par le système de droit, le système des coutumes et valeurs informelles, les systèmes religieux etc...

Voilà un point crucial qui peut être mieux démontré par la proposition de sous-catégories dans la nomenclature des facteurs éco-sociaux. Il ne sera toutefois jamais possible d'aller très loin dans les détails des systèmes sociaux et écologiques en respectant la diversité des sociétés. Nous répétons comme nous l'avons fait dans la conclusion de notre proposition que la responsabilité de définition des « indicateurs » comme le dit Mary Charnie qui permettent de cartographier l'environnement est une phase préalable à la définition des situations de handicaps pour une personne ou une population. C'est d'ailleurs une grande faiblesse actuelle de l'évaluation des situations de handicaps autant sur le plan individuel que pour les enquêtes de population. La tendance générale est de disposer d'une somme considérable d'informations sur le diagnostic, les déficiences et incapacités par rapport à une pauvreté de documentation des facteurs environnementaux et attentes sociales, ce qui entraîne un déséquilibre dans la définition des interventions à réaliser pour réduire les situations de handicap.

La proposition d'une tentative de classement des facteurs environnementaux est bien reçue mais suscite des questionnements sur son exhaustivité (Grimby, Ordre des infirmières, Tscherner et Seidel, WCC, OPHQ) et sur son opérationnalisation (Van Sonsbeek, Tscherner et Seidel, WCC, OPHQ). Le premier aspect fait l'objet de suggestions d'ajouts ou de modifications aux nomenclatures que nous allons considérer dans notre proposition finale. Pour ce qui est du 2^e aspect, il semble persister une confusion entre la nomenclature proprement dite et le point de vue de l'utilisateur pour mesurer ou évaluer ce qui fait obstacle ou non. Plusieurs commentateurs soulignent le danger de subjectivité pour l'évaluation des obstacles. Nous sommes d'accord avec ce commentaire mais nous pensons que ceci ne relève pas de la classification en

tant que telle et est inhérent à l'idéologie sous-jacente à l'identification des facteurs interagissant avec les différences de la personne pour produire des situations de handicap. L'utilisation opérationnelle entraînera des variations dans la mesure des facteurs environnementaux qui sont identifiés comme responsables de perturbation dans les activités et rôles sociaux des personnes fonctionnellement différentes. Ces questions devront être expliquées, tel que suggéré par plusieurs commentateurs, dans un guide méthodologique.

6. L'impact sur le deuxième niveau : les incapacités

C'est un sujet qui semble provoquer beaucoup de réactions et d'inquiétudes du fait de la diffusion et de l'utilisation actuelle des deux premiers niveaux de la CIDIH et des conséquences de leurs modifications. Plusieurs commentateurs sont d'accord avec la nouvelle définition conceptuelle (O. Pfeiffer, C. Hamonet, OPHQ). Pour sa part, le Pr G. Grimby souhaite l'adoption d'un concept d'incapacité élargi intégrant les activités sociales et rôles sociaux. Il opérerait pour l'inclusion de ce qu'il appelle comme P. Minaire « les micro situations et les macro situations » dans le concept d'incapacité. Le concept de handicap serait alors réduit à une évaluation subjective de la satisfaction à réaliser les habitudes de vie. Cette approche qui évalue deux fois la même chose est incompatible avec celle que nous avons préconisée. Elle fait du concept d'incapacité, un concept fourre-tout, qui ne permet plus de distinguer les variables sociales liées à la réalisation d'activités sociales, de l'aptitude fonctionnelle en tant que telle.

Plusieurs commentateurs (M. Thuriaux, J.L A. Van Sonsbeek) s'interrogent sur la pertinence de transférer les activités de vie quotidienne dans les habitudes de vie et considèrent que c'est un appauvrissement du concept d'incapacité et que cela augmente la confusion à ce niveau. Nous pensons qu'ils n'ont pas bien saisi notre segmentation. Il est très clair pour nous que les activités de vie quotidienne font partie des habitudes de vie puisqu'elles sont variables socialement. Il faut préciser que nos travaux nous ont amené à transférer dans les incapacités toutes les fonctions qui étaient auparavant dans les déficiences, principalement dans le domaine des déficiences intellectuelles et du psychisme ce qui redonne tout son intérêt à ce niveau conceptuel. Cet impact sur le niveau de la déficience qui devient plus spécifiquement l'anomalie structurale de l'organe n'a pratiquement pas été développé dans notre proposition puisque cela n'était pas notre mandat premier mais plutôt une conséquence de nos travaux. Une classification des systèmes organiques et de leurs anomalies doit donc compléter la proposition et en assurer la cohérence à chacun des niveaux conceptuels C'est à cela que nous désirons parvenir dans la proposition finale. Nous comprenons certains questionnements du fait du manque d'explication de notre approche de la déficience dans le 3e niveau. C. Seidel souligne pour sa part avec raison que les incapacités ne correspondent pas simplement à des réductions mais que l'on devrait plutôt parler de modifications ou perturbations.

7. Nouvelle nomenclature des fonctions du corps

J. Pfeiffer souhaiterait que l'on maintienne les fonctions involontaires « réflexes » dans les déficiences. Il en est de même pour les fonctions physiologiques selon C. Hamonet. Ces aspects sont à considérer dans notre proposition de classification des capacités actuellement en préparation où nous expliquerons pourquoi nous ne sommes pas vraiment d'accord pour segmenter en fonction du volontaire et de l'involontaire. Il est également suggéré de respecter l'ordre de la

publication de Wood en commençant avec les fonctions psychiques. Cela ne nous dérange pas, bien que nous soyons habitués à les ordonner autrement. Nous essaierons de le faire dans notre version finale.

Plusieurs commentaires sont dûs au fait que la nomenclature des fonctions du corps publiée était une proposition très préliminaire. Du fait de l'importance de disposer d'une nomenclature des capacités compatible avec celle des habitudes de vie soulignée par les nombreux commentaires reçus, nous avons concentré nos énergies sur ce niveau et proposerons une nomenclature renouvelée avec des définitions.

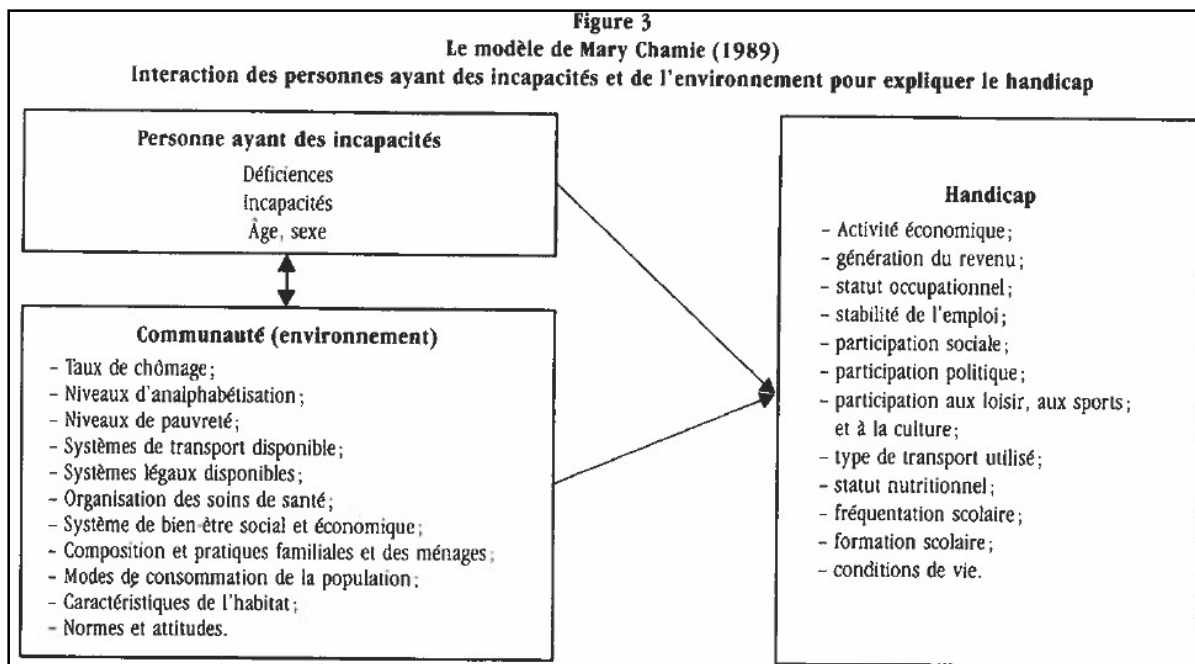
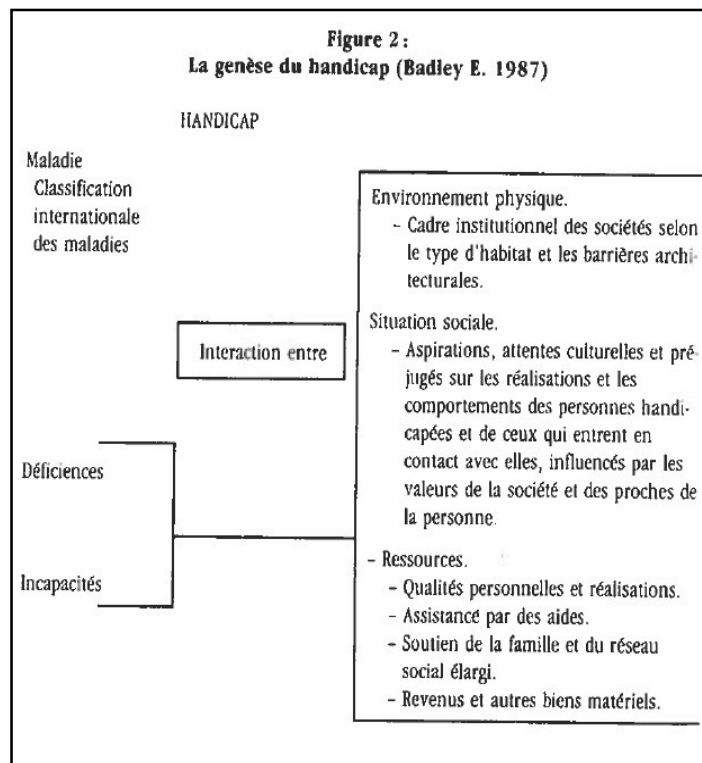
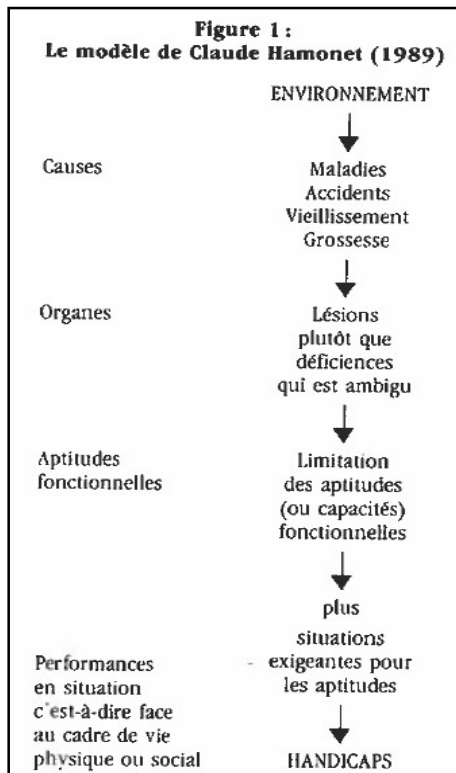
Le groupe hollandais a critiqué notre nomenclature des fonctions du corps comme étant inspirée d'un modèle neurologique. Nous avons tenu compte de cette critique dans nos travaux ultérieurs.

8. Autres remarques

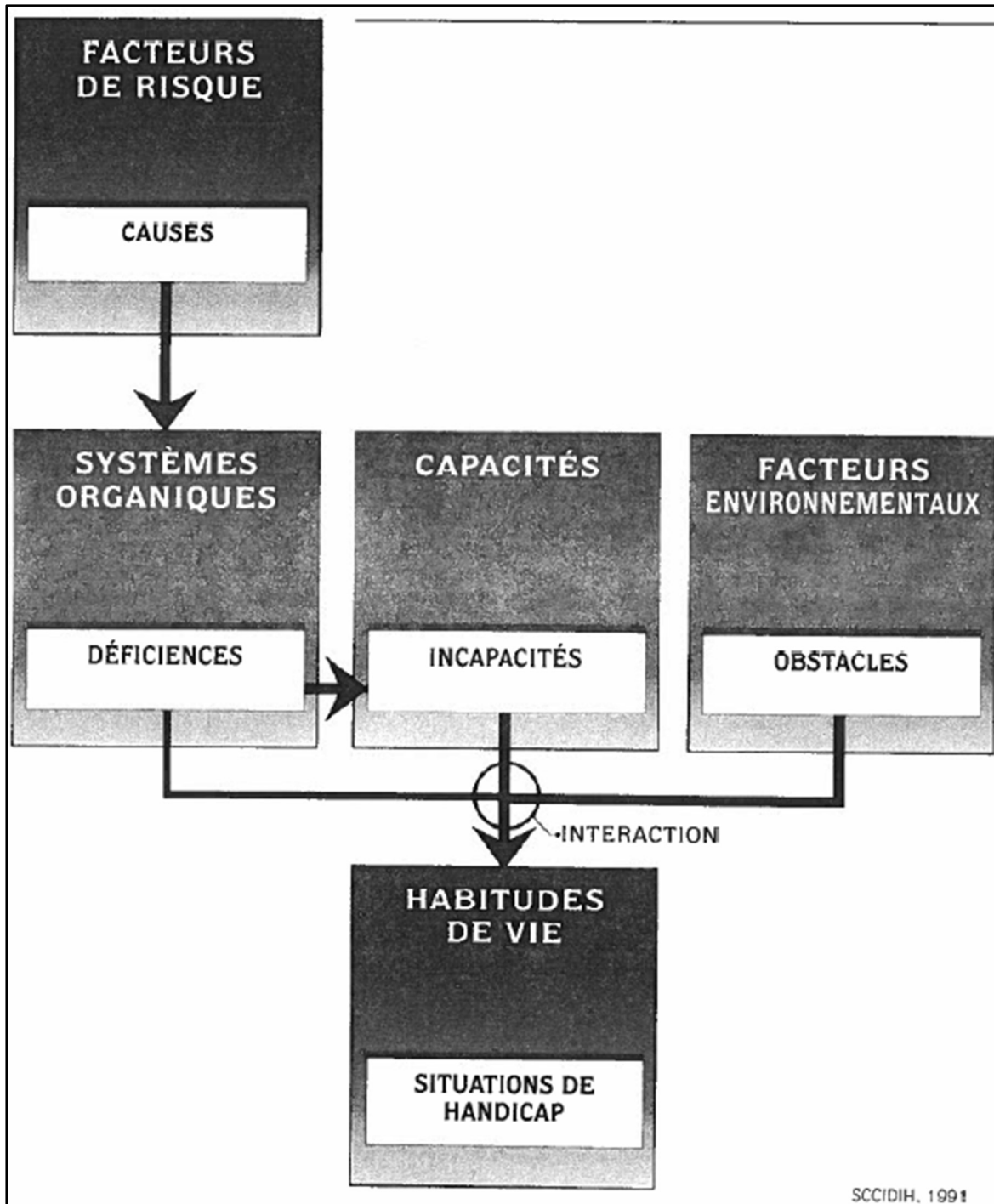
G. Tremblay suggère de faire la vérification de l'exhaustivité des nomenclatures proposées à partir des théories et modèles opérationnels des besoins fondamentaux. C'est une idée intéressante à réaliser. L'OPHQ soulève un point très important soit la possibilité d'utiliser les nomenclatures non seulement dans leurs aspects négatifs mais aussi dans leurs aspects positifs. Nous sommes d'accord avec ce commentaire et nous proposerons une classification des systèmes organiques, des capacités et des habitudes de vie avec à chaque niveau des échelles de sévérité permettant de situer l'existence ou la non-existence d'une modification ou d'une perturbation. Nous sommes également d'accord avec la proposition québécoise d'encourager l'utilisation de l'expression « situation de handicap » plutôt que simplement « handicap ».

Liste des personnes ou organismes ayant répondu à la consultation

- M. Alain Albert
Directeur
Direction programmation réadaptation-indemnisation
Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST),
Québec Canada.
- Dr Anne-Marie Bégue-Simon
Responsable du Laboratoire « Athéna » de Recherche appliquées à l'évaluation des Handicaps
Université de Paris XII
France.
- Mrs Sonja Calais van Stokkom
Department of Sociology
Uppsala University
Suède, Sweden.
- Dr Scott Campbell Brown
Research Scientist
Gallaudet research Institute
Center for Assessment and Demographic Studies
États-Unis USA.
- Dr Mary Chamie
United Nations Statistical Office.
United Nations, New-York,
États-Unis; USA.
- Dr R. Eldar
Loewenstein Hospital Rehabilitation Center
Tel-Aviv University Medical School
Israel.
- Dr. Harry Ferngren
Barnklinikerna, Stockholm,
Suède; Sweden.
- M. Ch. Gallée
Directeur général des services techniques
Ville de Lorient
France.
- Pr Gunnar Grimby
Professor of Rehabilitation Medicine,
Institutionen for Medicinsk Rehabilitering,
Gothenburg University,
Suède, Sweden.
- Prof. Claude Hamonet
Chef du Service de réadaptation médicale,
C.H.U. Henri Mondor — Albert Chenevier, Créteil;
Directeur du Département Santé et Société,
Faculté de communication et insertion dans la société,
Université Paris XII
France.
- Mme Anne Hébert
(Danielle Cornéliet et Suzanne Doré)
Conseillère à la recherche et à l'évaluation des programmes,
Direction de la coordination et de la recherche,
Office des personnes handicapées du Québec,
Québec, Canada.
- Dr W. M. Hirs
Secretary of the W.C.C.
Nationale Raad Voor De Volksgezondheid,
Pays-Bas; Netherlands.
- M. Paul Lamarche
Sous-ministre associé,
Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Canada.
- Dr Michel Marceau
Centre de surdité professionnelle de Montréal,
Québec Canada.
- M. Armand Maron
Equipe d'experts chargé d'assister la Commission des Communautés Européennes. HELIOS,
Belgique
- Mme Jeannine Pelland
Présidente,
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec,
Canada.
- Prof. MUDr. Jan Pfeiffer
Tchécoslovaquie, Tchécoslovaquie
- M. Philippe Pitaud
Docteur en Sociologie et chargé d'Étude et d'Enseignement,
Université Aix-Marseille II,
Centre régional de gérontologie sociale,
France.
- Prof. M. Radoschewski
Medecin Hygiéniste, Medical officer of health,
Institut Fur Sozialhygiene und Organisation Des Gesundheitswesens
« Maxim Zetkin »
Allemagne de l'est; East Germany.
- Mme Hélène St-Amand
Physiothérapeute,
Institut de réadaptation de Montréal, Québec,
Canada.
- Prof. Christa Seidel (and U. Tchnerer)
Director, Rehabilitation — Centre, Berlin,
Allemagne de l'est; East Germany.
- Mr Olle Sjögren (and Dr. Jorgen Diderichsen,
Dr. Harry Ferngren, Dr. Flemming Juul Hansen,
Dr. Tytti Kallio, Dr. Jan Lagergren,
Dr. Carl R. Lindman, Dr. Hans Lou.)
Groupe de classification de la Nordic Neuropediatric Society
Suède, Sweden.
- Mr. J.L.A. Van Sonsbeek
Coordonnator, Department for Health Statistics,
Centraal bureau voor de statistiek,
Pays-Bas; Netherlands.
- Dr. Michel C. Thuriaux
Epidemiologist
Development of Epidemiological and health
Statistical Services
O.M.S. — W.H.O.
Suisse, Switzerland.
- M. Georges Tremblay
Centre François Charon, Québec,
Canada.
- Mme Annie Triomphe
Directeur du C.T.N.E.R.H.I.
France
- M. Claude Viel
Directeur d'études
École des hautes études en sciences sociales
GEPAD, Paris
France
- M.B. Werens
Chef de Division,
Direction générale Emploi, relations industrielles et affaires sociales,
Actions en faveur des personnes handicapées,
Commission des Communautés Européennes,
Belgique, Belgium.



LE PROCESSUS DE PRODUCTION DES HANDICAPS



PARTIE 3

Proposition d'une nomenclature des habitudes de vie révisée

PATRICK FOUGEYROLLAS
GINETTE ST-MICHEL

Aucune modification n'a été faite à la définition du concept de handicap ni à celle d'habitudes de vie telles que publiées dans notre proposition de 1989. (Voir Réseau International CIDIH - Fougeyrollas, P.; St-Michel, G.; Blouin, M.; Vol.2 no 1)

Les modifications proposées à la nomenclature sont issues de l'analyse des commentaires et de son utilisation expérimentale.

1. Nutrition		
Cette catégorie comprend les habitudes liées à la consommation de la nourriture.		
1.1	Régime alimentaire	Comprend les habitudes liées au choix de la nature, de la qualité et de la quantité des aliments constituant l'alimentation.
1.2	Préparation des aliments	Comprend les habitudes liées à la préparation des repas telles que la conservation et la transformation des aliments impliquant l'utilisation d'accessoires reliés à ces activités.
1.3	Prise des repas	Comprend les habitudes liées à la prise des repas telles que l'utilisation des accessoires pour boire et manger (assiettes, verres, couteaux, fourchettes etc.) ainsi que les manières de table en général.
2. Condition corporelle		
Cette catégorie comprend les habitudes liées à la bonne forme du corps et de l'esprit. Exclusion : les soins personnels (3).		
2.1	Sommeil	Comprend les habitudes liées au sommeil telles que l'utilisation d'accessoires pour dormir etc. Exclusion : les soins personnels (3).
2.2	Condition physique	Comprend les habitudes liées à la prévention, au maintien et au recouvrement de la condition

		physique telles que les exercices physiques, la relaxation physique etc. Exclusions : les soins de santé (3.4), d'hygiène corporelle (3.1) et les habitudes sportives (13).
2.3	Condition mentale	Comprend les habitudes liées à la prévention, au maintien et au recouvrement de la condition mentale telles les exercices reliés à la relaxation mentale, la méditation etc.
3. Soins personnels		
Cette catégorie comprend les habitudes liées au bien-être corporel.		
3.1	Hygiène corporelle	Comprend les habitudes liées à la propreté corporelle telles que se laver, se coiffer, se brosser les dents etc.
3.2	Hygiène excrétrice	Comprend les habitudes liées aux fonctions excrétrices telles que l'usage des équipements sanitaires etc.
3.3	Habillement	Comprend les habitudes liées au choix des vêtements, à l'habillement incluant les maquillages, les décorations et les parures.
3.4	Soins de sante	Comprend les habitudes liées à la prévention, au maintien et au recouvrement de la santé personnelle telles que la prise de médicament, les pansements, l'utilisation de matériel thérapeutique etc. Exclusions : les habitudes concernant la condition physique (2.2) et les services de soins de santé compris dans la catégorie communauté (10).
4. Communication		
Cette catégorie comprend les habitudes liées à la transmission de message et à leur réception de la part d'autres individus ainsi que de la société.		
4.1	Expression d'information	Comprend les habitudes de communication liées à l'expression orale et écrite et tout autre moyen d'entrer en communication avec autrui tels que le langage parlé, l'utilisation du téléphone et les autres appareils de communication électronique, l'écriture, les communications non-verbales.

4.2	Réception d'information	Comprend les habitudes de communication liées à la réception de l'information telles que l'utilisation des mass-médias (journaux, télévision, radio), la signalisation routière etc.
5. Habitation		
Cette catégorie comprend les habitudes liées à sa résidence.		
5.1	Domicile	Comprend les habitudes liées à l'acquisition d'un lieu de résidence et à la possibilité d'y demeurer ; tels que la recherche d'un lieu de résidence adéquat (maison, appartement, centre d'hébergement etc.), la bâtisse et ses aménagements etc.
5.2	Entretien ménager	Comprend les habitudes liées à l'entretien du logis et de ses abords tels que le ménage, les travaux lourds, la lessive et les travaux extérieurs etc..
5.3	Ameublement et autres équipements utilitaires	Comprend les habitudes liées à l'utilisation des meubles et des autres équipements de la maison. Exclusions : les habitudes qui sont classées dans d'autres catégories telles que nutrition (1), soins personnels (3), communication (4) ainsi que domicile (5.1) et entretien ménager (5.2) etc.
6. Déplacements		
Cette catégorie comprend les habitudes liées à la mobilité.		
6.1	Déplacements restreints	Comprend les habitudes liées aux déplacements sur de petites distances et aux changements de position du corps (assis, coucher, debout) dans une situation précise.
6.2	Transports	Comprend les habitudes liées à l'utilisation de moyens de transport tels que transport pédestre, bicyclette, automobile, autobus, bateau, avion, train, animaux etc.

7. Responsabilités		
Cette catégorie comprend les habitudes liées à la prise de responsabilités.		
7.1	Responsabilités financières	Comprend les habitudes liées à l'établissement d'un budget et à son respect, ainsi qu'à la responsabilité face aux dettes et aux autres obligations financières.
7.2	Responsabilités civiles	Comprend les habitudes liées au respect d'autrui, à la responsabilité civique (citoyen), à la prise en charge d'une personne par elle-même ou par une autre personne ainsi que la prise en charge d'individus par la personne tels que ses enfants ou un membre de sa famille etc.
8. Relations familiales		
Cette catégorie comprend les habitudes liées aux relations existantes entre les enfants et leurs parents ou ceux considérés socialement comme leurs substituts.		
8.1	Affectivités familiale	Comprend les habitudes liées à l'ensemble des phénomènes de la vie affective entre parents et enfants.
8.2	Relations conjugales	Comprend les habitudes liées aux relations existantes entre les conjoints ou ceux socialement considérés comme leurs équivalents.
8.3	Soins parentaux	Comprend les habitudes liées aux soins et à l'éducation des enfants par les parents. Exclusion : les activités éducatives préscolaires (11.1).
8.4	Autres relations parentales	Comprend les autres habitudes liées aux relations parents-enfants. Exclusions : les habitudes non comprises dans les catégories affectivité familiale (8.1) et soins parentaux (8.3) telles que les soins des parents âgés ou handicapés par les enfants etc..
8.5	Autres relations de parente	Comprend les habitudes liées aux relations avec tout membre de la parenté. Exclusions : les relations autres que celles avec les enfants, les parents et les conjoints.

9. Relations interpersonnelles		
Cette catégorie comprend les habitudes liées aux relations avec les autres. Exclusion : les relations familiales (8).		
9.1	Relations sexuelles	Comprend les habitudes liées aux activités sexuelles. Exclusion : les activités sexuelles conjugales (8.2).
9.2	Relations affectives	Comprend les habitudes liées à l'ensemble des phénomènes de la vie affective tels que les liens amicaux.
9.3	Relations sociales	Comprend les habitudes liées aux relations qu'entretient une personne avec son entourage tels que ses voisins, ses compagnons de travail, ses camarades d'école etc..
10. Communauté		
Cette catégorie comprend les habitudes liées à la consommation de biens et de services de la communauté. Exclusions : les biens et services qui sont d'ordre éducatif, vocationnel et récréatif.		
10.1	Consommation	Comprend les habitudes liées à la consommation de biens et de services tels que institutions bancaires, commerciales, hospitalières, les services sociaux, médicaux et gouvernementaux etc.
10.2	Associations volontaires	Comprend les habitudes liées à la participation d'une personne au sein d'une organisation sociale tels que clubs sociaux, groupes de défense des droits, partis politiques etc.
10.3	Groupes religieux	Comprend les habitudes liées à la pratique religieuse.
11. Éducation		
Cette catégorie comprend les habitudes liées au développement psychomoteur, intellectuel, social et culturel.		
11.1	Préscolaire	Comprend les habitudes liées à l'éducation pendant la petite enfance (0-5ans).
11.2	Scolaire	Comprend les habitudes liées à l'apprentissage

		scolaire de base.
11.3	Professionnel	Comprend les habitudes liées à l'apprentissage d'un métier ou d'une profession tels que les relations maître apprentis, les écoles de métier, les collèges et les universités et les autres enseignements professionnels.
11.4	Autres formations	Comprend les habitudes liées aux cours de formation générale. Exclusions : les cours non classables dans les autres catégories préscolaire (11.1), scolaire (11.2) et professionnel (11.3).
12. Travail		
Cette catégorie comprend les habitudes liées à l'occupation principale d'un individu. Cette occupation est généralement rémunératrice.		
12.1	Orientation professionnelle	Comprend les habitudes liées au choix, à l'orientation ou à la réorientation d'une carrière.
12.2	Recherche d'un emploi	Comprend les habitudes liées la recherche et l'obtention d'une occupation.
12.3	Occupation rémunérée	Comprend les habitudes liées à l'exécution d'un travail rémunéré.
12.4	Occupation non-rémunérée	Comprend les habitudes liées à une occupation principale non-rémunérée.
13. Loisir et autres habitudes		
Cette catégorie comprend les habitudes liées aux activités récréatives ou autres pratiquées durant les temps libres.		
13.1	Sports et jeux	Comprend les habitudes sportives et ludiques.
13.2	Arts et culture	Comprend les habitudes artistiques et culturelles.
13.3	Autres habitudes	Comprend les autres habitudes non classables dans les autres catégories.

Échelle de sévérité des situations de handicaps

3. Habitude réalisée	
3.6	Habitude réalisée sans difficulté et sans compensation.
3.5	Habitude réalisée avec difficulté sans nécessité de compensation.
3.4	Habitude réalisée avec difficulté. Une compensation existe mais n'est pas accessible.
3.3	Habitude réalisée avec difficulté. Une compensation n'existe pas.
3.2	Habitude réalisée avec compensation sans difficulté.
3.1	Habitude réalisée avec compensation avec difficulté.
2. Habitude réalisée partiellement	
2.6	Habitude réalisée partiellement sans difficulté et sans compensation.
2.5	Habitude réalisée partiellement avec difficulté sans nécessité de compensation.
2.4	Habitude réalisée partiellement avec difficulté. Une compensation existe mais n'est pas accessible.
2.3	Habitude réalisée partiellement avec difficulté. Une compensation n'existe pas.
2.2	Habitude réalisée partiellement avec compensation sans difficulté.
2.1	Habitude réalisée partiellement avec compensation avec difficulté.
1. Habitude non réalisée	
1.2	Habitude non réalisée. Une compensation existe mais n'est pas accessible.
1.1	Habitude non réalisée. Une compensation n'existe pas.
0. Situation de handicap non qualifiée	

PARTIE 4

Proposition d'une nomenclature des facteurs environnementaux révisée

**PATRICK FOUGEYROLLAS
GINETTE ST-MICHEL**

Aucune modification n'a été faite à la définition des facteurs environnementaux tels que publiés dans notre proposition de 1989. (Voir Réseau International CIDIH - Fougeyrollas, P. ; St-Michel, G. ; Blouin, M. ; Vol.2 no 1)

Les modifications proposées à la nomenclature sont issues de l'analyse des commentaires et de son utilisation expérimentale.

1. Facteurs sociaux		
Cette catégorie comprend les éléments constituant les structures et systèmes du fonctionnement social et des organisations collectives.		
1.1. Organisations socio-économiques		
Cette catégorie comprend les différents systèmes et structures régissant l'organisation des sociétés humaines.		
1.1.1	Structure familiale	Comprend la composition et le mode de fonctionnement de l'unité familiale incluant l'organisation de la parenté. Exclusion : les relations d'entraide communautaire (1.1.8).
1.1.2	Systèmes politiques et structures gouvernementales	Comprend tout ce qui est relié à l'organisation du pouvoir dans chaque société se traduisant par les institutions, orientations et politiques et des modes de représentation de l'autorité politique.
1.1.3	Services juridiques	Comprend tout ce qui est relié à l'accès et à l'utilisation des institutions exerçant un pouvoir juridictionnel comme les tribunaux d'ordre judiciaire ou administratif. Exclusion : le droit en tant que tel (1.2.1).
1.1.4	Organisation et services économiques	Comprend l'accès et l'organisation des activités relatives à la production, la distribution et l'utilisation de la richesse ; incluant l'accès et l'organisation du marché du travail, l'accès et l'utilisation du revenu provenant de rémunération, programmes d'aide sociale et d'assurances publiques ou privées, placements etc... Exclusion : l'accès et l'organisation des services commerciaux (1.1.7).

1.1.5	Services de santé et de services sociaux	Comprend tout ce qui est relié à l'accès et à l'organisation des services de santé incluant les services de prévention, les services médicaux, services de soins hospitaliers, services de réadaptation, services de soutien ou de protection sociale, services de maintien à domicile, de ressources résidentielles d'accueil et d'hébergement.
1.1.6	Services éducatifs	Comprend tout ce qui est relié à l'accès et à l'organisation des institutions d'enseignement privées ou publiques.
1.1.7	Service des infrastructures publiques	Comprend tout ce qui est relié à l'accès et à l'organisation des services commerciaux, de transport, de communications, des programmes d'habitation et autres services reliés à l'infrastructure locale collective (énergie, voirie, eau, etc.).
1.1.8	Organisations communautaires	Comprend tout ce qui est relié à l'accès et l'organisation des activités communautaires de la collectivité tels que les activités religieuses, les loisirs, les sports, les activités d'entraide et tout regroupement de citoyens reliés à des intérêts communs et non inclus dans les autres systèmes.
1.2. Règles sociales		
Cette catégorie comprend les idéologies, les conceptions, les opinions, les philosophies, les jugements etc.		
1.2.1	Droit	Comprend les législations, les règlements et les statuts sociaux formels tels que lois, conventions collectives, statut d'assisté social etc.
1.2.2	Valeurs et attitudes	Comprend la morale, les philosophies, les coutumes, les croyances et les comportements qui en découlent.
2. Facteurs écologiques		
Cette catégorie comprend les éléments de l'environnement physique d'une personne.		
2.1. Nature		
Cette catégorie comprend les éléments naturels qui ne sont pas, de façon générale, influencés par l'homme.		
2.1.1	Géographie	Comprend les éléments physiques tels que les montagnes, les pentes abruptes, les forêts, les plaines, les déserts, les distances, les cours d'eau, etc.

2.1.2	Climat	Comprend les éléments du climat tels que les saisons, la pluie, la neige, les tempêtes, la chaleur, le froid etc.
2.1.3	Temps	Comprend les éléments du temps en termes de durée.
2.2. AMENAGEMENT		
Cette catégorie comprend les aménagements dus à l'influence directe de l'homme sur son environnement.		
2.2.1	Architecture	Comprend les bâtiments.
2.2.2	Aménagement du territoire	Comprend les aménagements urbains et ruraux.
2.2.3	Technologie	Comprend les autres aménagements de l'homme comme : l'ameublement, les équipements techniques et la technologie en général.

Échelle de sévérité des obstacles engendrés par les facteurs environnementaux.

4.	Pas d'obstacle.
3.	Obstacle entravant légèrement la réalisation des habitudes.
2.	Obstacle entravant sévèrement la réalisation des habitudes.
1.	Obstacle infranchissable.
0.	Obstacle non qualifié.

PARTIE 5

Impact du modèle proposé sur les incapacités : Proposition d'une nomenclature des capacités.

**HÉLÈNE BERGERON
GINETTE ST-MICHEL
RENÉ CLOUTIER
PATRICK FOUGEYROLLAS**

Avertissement

Cette classification des capacités est une proposition de travail compatible avec les classifications des habitudes de vie et des facteurs environnementaux publiées dans « Réseau international CIDIH » (CQCIDIH VOL. 2 N0.1 1989). Cette proposition est diffusée pour expérimentation par les membres du réseau du Comité québécois sur la CIDIH ainsi que de la Société canadienne de la CIDIH. Cette proposition est aussi publiée pour consultation internationale.

Remerciements

Les travaux de recherche nécessaires à la préparation de cette proposition de classification des capacités ont été réalisés par Hélène Bergeron, Ginette St Michel, René Cloutier et Patrick Fougeyrollas de septembre 1989 à octobre 1990. Ce groupe de travail a bénéficié de la collaboration spéciale du Professeur Claude Hamonet de France.

Une version antérieure du document a été soumise à la consultation des membres du conseil d'administration du CQCIDIH/SCCIDIH soit : Mme Louyse Toulouse, Mme Gyslaine Saulnier, Mme Nicole Girard, M. Richard de Courcy, Mme Andrée Paulet, et Mme Anne Hébert. Nous avons également bénéficié de la contribution des membres du groupe-ressource sur la révision de la CIDIH soit ; Mme Sylvie Brisebois, M. Mario Bolduc, Mme Denyse Bilodeau, Mme Jacinthe Valiquette, Mme Mariette Lemieux-Lanthier, Mme Claire Lapointe, Mme Liliane Poteet, Mme Louise Livernois et Mme Claire Poitras.

Nous remercions également tous les cliniciens et spécialistes qui nous ont fait des commentaires ou qui nous ont conseillés sur les points spécifiques. Leur nombre étant impressionnant, nous ne pouvons en dresser une liste exhaustive.

Notre groupe de travail s'est également largement inspiré des commentaires pertinents reçus sur la proposition de révision du concept de handicap dans le cadre de la consultation.

Les établissements et organismes suivants sont remerciés pour leur soutien et leurs contributions très appréciées à nos travaux :

- Le Centre Cardinal Villeneuve;
- Le Centre François Charon;

- Le Centre Louis Hébert;
- Le Centre de réadaptation Constance Lethbridge;
- Le Centre de réadaptation Lucie Bruneau; Le Centre de réadaptation La Ressource; La Commission de la Santé et de la sécurité au travail;
- L'Hôpital Marie-Enfant; l'Institut Raymond Dewar;
- L'Institut de réadaptation de Montréal; L'Institut de recherche en santé et sécurité au travail;
- Le Ministère de la Santé et des services sociaux;
- L'Office des personnes handicapées du Québec;
- La Société de l'Assurance automobile du Québec.

Critères pour l'élaboration de la classification des capacités

1. Approche positive : Capacité / Incapacité

L'incapacité se manifeste comme un degré de modification, par excès ou par défaut, de la CAPACITÉ d'accomplir une activité physique ou mentale, suite à une ou des déficiences. On a donc besoin d'une classification des capacités ainsi que d'une échelle de sévérité.

2. Rigueur de la segmentation

Le concept de capacité exclut les activités socialement déterminées et variables telles les activités de vie domestiques, de vie quotidienne ainsi que des rôles sociaux qui sont inclus dans la nomenclature des habitudes de vie.

Le concept de capacité exclut la structure ou fonction interne de l'organe dont les anomalies constituent des déficiences.

3. Exhaustivité

La classification des capacités doit être composée de l'inventaire de tout ce que le corps humain est capable de faire, grâce à ses organes, de façon volontaire ou involontaire.

4. Objectivité – reproductivité

Les différents stades de développement et d'évolution des capacités des êtres humains incluant les comportements devraient se mesurer en fonction de contextes d'évaluation contrôlés, neutres et reproductibles pour tout individu.

5. Signification univoque

Les définitions des catégories doivent permettre d'identifier la spécificité de chaque item.

6. Choix pratique de la terminologie

Le terme « scientifique » exact est utilisé lorsque celui-ci existe, plutôt que l'utilisation d'un synonyme plus vulgarisé mais généralement moins spécifique.

La définition est toujours présente pour faciliter la compréhension. Les auteurs font ainsi un compromis pratique entre les besoins des utilisateurs experts et ceux des utilisateurs généraux.

Proposition d'une nouvelle définition de l'incapacité :

« L'incapacité correspond à toute perturbation résultant de la déficience, de la capacité de réaliser des activités physiques et mentales considérées comme normale pour un être humain (selon ses caractéristiques biologiques). »

CAPACITES

1. Capacités liées aux activités intellectuelles		
Capacités liées à la conception et à l'organisation des idées, concepts et représentations ainsi qu'à leur utilisation.		
1.1. CONSCIENCE ET ÉTAT DE VEILLE		
Capacités de connaître sa propre activité psychique.		
1.1.1	Vigilance (veille)	Capacité de réagir : les impressions venues soit de l'extérieur ou de l'intérieur du corps sont perçues et contrôlées par les sens et par la pensée et il est possible d'agir volontairement.
1.1.2	Sommeil	Capacité de suspendre temporairement la vigilance.
1.1.3	Attention	Capacité de s'orienter mentalement de façon sélective conduisant à une conscience plus aiguë d'une variété limitée de stimuli.
1.1.4	Concentration	Capacité de fixer son attention avec force sur un seul objet.
1.1.5	Conscience de la réalité	Capacité de comprendre la signification de ses sensations ainsi que les réactions qu'elles suscitent en soi et de prendre connaissance de son existence avec tout ce qu'elle comporte.
<i>1.1.5.1</i>	<i>Somatognosie</i>	Capacité d'être conscient de la structure du corps, d'en reconnaître les parties et leurs relations entre elles.
<i>1.1.5.1.1</i>	<i>Intégration des deux côtés du</i>	Capacité d'intégrer et d'utiliser les

	<i>corps</i>	informations provenant des deux côtés du corps et de l'environnement.
1.1.5.1.2	<i>Croisement de la ligne médiane</i>	Capacité d'utiliser chaque main du côté opposé du corps.
1.1.5.1.3	<i>Discrimination gauche/droite</i>	Capacité de comprendre et d'utiliser les concepts de droite et gauche.
1.1.5.1.4	<i>Autotopognosie</i>	Capacité de s'orienter sur son propre corps et d'en désigner les différentes parties sur demande.
1.1.5.1.5	<i>Gnosie digitale</i>	Capacité de reconnaître les doigts.
1.1.5.1.6	<i>Nosognosie</i>	Capacité de reconnaître ses limitations physiques.
1.1.5.2	<i>Conscience de soi</i>	Capacité d'être conscient de son existence.
1.1.5.3	<i>Conscience de l'espace</i>	Capacité d'évaluer avec précision la relation physique entre le corps et l'environnement et de traiter les modifications de cette relation au cours des déplacements.
1.1.5.4	<i>Conscience du temps</i>	Capacité d'évaluer avec précision la relation chronologique des événements les uns par rapport aux autres et de les situer dans le temps.
1.2. MNESIE		
Capacité de conserver et de se rappeler des états de conscience passés et de ce qui s'y trouve.		
1.2.1	Mémoire propositionnelle	Capacité d'apprendre et d'évoquer des faits, des objets ou des personnes.
1.2.1.1	<i>Mémoire épisodique</i>	Capacité de se rappeler à partir d'indices contextuels spatiaux et temporels.
1.2.1.1.1	<i>Mémoire explicite</i>	Capacité de se rappeler de l'information immédiate accessible à la conscience.
1.2.1.1.1.1	<i>Mémoire sensorielle</i>	Capacité de conserver brièvement une empreinte laissée par un stimuli sensoriel.
1.2.1.1.1.2	<i>Mémoire à court terme</i>	Capacité d'avoir accès à l'information pendant quelques secondes.
1.2.1.1.1.3	<i>Mémoire à long terme</i>	Capacité d'avoir accès à l'information au-delà

		de quelques secondes ou minutes.
1.2.1.1.2	<i>Mémoire implicite</i>	Capacité de se rappeler de l'information présente mais non accessible par une action consciente volontaire.
1.2.1.2	<i>Mémoire sémantique</i>	Capacité de se rappeler en relation avec un système de connaissance.
1.2.2	Mémoire procédurale	Capacité d'apprendre et d'évoquer des habiletés et des procédures.
1.2.2.1	<i>Mémoire des habiletés</i>	Capacités d'apprendre et d'évoquer les stratégies perceptives et motrices nécessaires à l'accomplissement d'une tâche.
1.2.2.2	<i>Mémoire des procédures</i>	Capacité d'apprendre et d'évoquer des stratégies d'apprentissage.
1.3. PENSEES		
Capacité de concevoir et d'organiser des idées, des concepts et représentations ainsi que de les utiliser.		
1.3.1	Pensée logique	Capacité de générer des hypothèses en les testant et d'en tirer des idées hiérarchiquement.
1.3.2	Association	Capacité par laquelle les représentations et les concepts sont susceptibles de s'évoquer mutuellement (ex : associations d'idées).
1.3.3	Analyse	Capacité de décomposer un ensemble en ses éléments essentiels, afin d'en saisir les rapports et de donner un schéma de l'ensemble.
1.3.4	Synthèse	Capacité d'aller des notions simples aux notions composées, de l'élément simple au tout (par opposition à analyse).
1.3.5	Jugement	Capacité d'analyser une situation pour en arriver à une conclusion ou à une décision.
1.3.6	Anticipation	Capacité d'imaginer ou de vivre d'avance un événement.
1.3.7	Calculie	Capacité d'effectuer une ou plusieurs opérations sur des symboles mathématiques.

1.3.8	Créativité	Capacité d'imaginer, d'inventer et d'avoir de l'originalité.
1.3.9	Abstraction	Capacité de former des concepts à partir de qualités et de relations et non à partir du concret.
2. Capacités liées au langage		
Capacités liées à la parole ou l'écriture		
2.1. EXPRESSION		
Capacité d'émettre un message pour exprimer sa pensée.		
2.1.1	Expression non-orale	Capacité de s'exprimer par des moyens autres que la parole.
<i>2.1.1.1</i>	<i>Pré-langage</i>	Capacité chez l'enfant d'émettre des pleurs différenciés, des gazouillis et de babiller.
<i>2.1.1.2</i>	<i>Expression par des mimiques</i>	Capacité de s'exprimer par des jeux de physionomie.
<i>2.1.1.3</i>	<i>Expression gestuelle</i>	Capacité de s'exprimer par des gestes naturels.
<i>2.1.1.4</i>	<i>Pleurs</i>	Capacité d'exprimer une émotion triste par des larmes et des sons plaintifs.
<i>2.1.1.5</i>	<i>Rire</i>	Capacités d'exprimer la gaieté par un mouvement des lèvres accompagné d'expiration saccadées plus ou moins bruyantes.
<i>2.1.1.6</i>	<i>Expression graphique</i>	Capacité de s'exprimer par des dessins et symboles excluant le langage écrit.
2.1.2	Expression du langage oral	Capacité de s'exprimer par code, un système conventionnel utilisé pour la communication dans le but de représenter des idées, des concepts.
<i>2.1.2.1</i>	<i>Contenu</i>	Capacité de représenter linguistiquement des objets, d'événements ou de relations.
<i>2.1.2.2</i>	<i>Forme</i>	Capacité d'associer les sons avec les mots ou les signes avec leur signification ainsi que d'utiliser l'ensemble de ces unités linguistiques et les diverses règles pour les

		combiner.
2.1.2.2.1	<i>Phonographie</i>	Capacité d'utiliser les sons du langage (phonèmes) pour former des unités de signification (mots) ou des morphèmes (suffixes, préfixes, ...)
2.1.2.2.2	<i>Syntaxes</i>	Capacité de combiner les mots les uns aux autres pour en faire des phrases.
2.1.2.2.3	<i>Traits supra-segmentaux</i>	Capacité d'accentuer les syllabes aux bons endroits et de varier la prosodie (hauteur, intensité, intonation, pauses) en fonction du sens.
2.1.2.3	<i>Utilisation du langage</i>	Capacité d'utiliser le langage en fonction d'un but tout en tenant compte du contexte et de l'interlocuteur.
2.1.3	Expression du langage écrit (écriture)	Capacité de s'exprimer par un code écrit.
2.1.4	Expression du langage gestuel	Capacité de s'exprimer par des gestes codés régis par un système conventionnel utilisé pour la communication dans le but de représenter des idées, des concepts.
2.2. Compréhension		
Capacité de comprendre un message.		
2.2.1	Compréhension de l'expression non-orale	Capacité de comprendre des messages exprimés par des moyens autres que le langage parlé.
2.2.1.1	<i>Compréhension des mimiques</i>	Capacité de comprendre les jeux de physionomie d'un interlocuteur.
2.2.1.2	<i>Compréhension des gestes</i>	Capacité de comprendre les gestes naturels d'un interlocuteur.
2.2.1.3	<i>Compréhension graphique</i>	Capacité de comprendre les dessins ou symboles. Exclusion : le langage écrit.
2.2.2	Compréhension du langage	Capacité de comprendre un code, un système conventionnel utilisé pour la communication dans le but de représenter des idées, des concepts.
2.2.2.1	<i>Compréhension du langage oral</i>	Capacité de comprendre le langage parlé.

2.2.2.2	Compréhension du langage écrit (écriture)	Capacité de comprendre un code écrit.
2.2.2.3	Compréhension du langage gestuel	Capacité de comprendre des gestes codés.
3. Capacités liées aux comportements		
Capacités liées à la volition, à l'affectivité et à la manière d'agir.		
3.1. Volition		
Capacité de mobiliser ses forces personnelles pour atteindre un but.		
3.1.1	Motivation	Capacité de l'individu d'être incité à agir en fonction de forces conscientes ou inconscientes.
3.1.2	Décision	Capacité de faire des choix en fonction des informations disponibles.
3.1.3	Initiative	Capacité d'agir, d'entreprendre spontanément ou de son propre chef.
3.1.4	Persévérance	Capacité de l'individu de demeurer ferme, constant et tenace dans ses actions.
3.1.5	Intérêt	Capacité de développer un attrait pour les stimuli de l'environnement (objets, situation, personnes).
3.1.6	Souplesse	Capacité de développer un attrait pour les stimuli de l'environnement (objets, situations, personnes)
3.1.7	Patience	Capacité d'attendre les résultats d'une action ou d'une situation.
3.2. Affectivité		
Capacité d'éprouver des émotions et d'autres sentiments personnels.		
3.2.1	Émotion	Capacité de ressentir ou d'exprimer un sentiment agréable ou désagréable.
3.2.2	Estime de soi	Capacité d'éprouver un sentiment favorable à son endroit, lequel naît de la bonne opinion que la personne a d'elle-même et de la valeur qu'elle se donne.
3.2.3	Empathie	Capacité de se mettre à la place de l'autre et

		de ressentir ses sentiments et émotions.
3.2.4	Indépendance	Capacité d'être autonome au plan des sentiments ce qui réfère à une certaine stabilité émotionnelle.
3.2.5	Sentiment d'appartenance	Capacité de se considérer et de se sentir comme faisant partie intégrante d'un groupe, d'une famille ou d'un ensemble.
3.3. Conduites		
Capacité de se diriger soi-même, de se comporter dans une circonstance déterminée.		
3.3.1	Sens des responsabilités	Capacité de rencontrer ses obligations, de remplir ses devoirs et de porter les conséquences de ses actes.
3.3.2	Imitation	Capacité de reproduire volontairement ou de chercher à reproduire une apparence, un geste ou un acte d'autrui.
3.3.3	Présentation de soi	Capacité de présenter une image de soi favorable dans certaines situations sociales.
3.3.4	Sécurité personnelle	Capacité de se garder à l'abri des risques et du danger.
3.3.5	Adaptation aux situations	Capacité de faire preuve de flexibilité comportementale, de s'ajuster personnellement en fonction de diverses situations.
3.3.6	Sociabilité	Capacité d'entretenir des relations humaines agréables, de rechercher la compagnie de ses semblables.
3.3.7	Intimité	Capacité de développer des liens étroits et affectifs avec quelqu'un.
3.3.8	Affirmation de soi	Capacité de se conformer à ce qui est imposé ou adopté comme lignes directrices de conduite.
3.3.9	Respect des règles	Capacité d'affronter des situations de concurrence, de rivaliser avec autrui.
<i>3.3.10</i>	<i>Compétitivité</i>	Capacité d'affronter des situations de concurrence, de rivaliser avec autrui.
<i>3.3.11</i>	<i>Coopération</i>	Capacité de collaboration et de participation à

		un projet commun.
3.3.12	<i>Contrôle des pulsions</i>	Capacité de se maîtriser et de dominer ses émotions.
3.3.13	<i>Spontanéité</i>	Capacité d'agir naturellement, sans être incité ni contraint par autrui.
3.3.14	<i>Relaxation</i>	Capacité de réduire ou d'éliminer ses tensions.
3.3.15	<i>Discours</i>	Capacité de s'exprimer verbalement et d'entretenir une conversation en termes de qualité d'expression et de quantité.
3.3.16	<i>Écoute</i>	Capacité de prêter attention à des messages.

4. Capacités liées aux sens et à la perception

Capacités liées à la reconnaissance des objets par le sens.

4.1. Fonction intéroceptives

Capacité de sentir les variations qui se produisent à l'intérieur du corps.

4.1.1	Faim	Capacité de sentir le besoin de manger.
4.1.2	Soif	Capacité de sentir le besoin de boire.
4.1.3	Satiété	Capacité de se sentir rassasié.
4.1.4	Douleur interne	Capacité d'éprouver un inconfort ou une sensation pénible, provenant des structures internes de l'organisme comme les viscères abdominales et thoraciques, les muscles et les os.
4.1.5	Besoin d'éliminer	Capacité de ressentir le besoin d'évacuer l'urine et les matières fécales.

4.2. Fonctions proprioceptives

Capacité de sentir la position ou le mouvement des parties du corps.

4.2.1	Sens de la position des membres	Capacité de sentir la position des différentes parties du corps les unes par rapport aux autres.
4.2.2	Kinesthésie	Capacité de sentir les mouvements des

		différentes parties du corps.
4.2.3	Tension musculaire	Capacité de sentir la contraction ou l'étirement musculaire.
4.2.4	Position de la tête	Capacité de sentir la position de la tête dans l'espace.
4.2.5	Déplacement du corps	Capacité de sentir le déplacement du corps.
4.2.6	Équilibre du corps	Capacité d'intégrer les informations provenant de la sensibilité profonde, de l'appareil vestibulaire et de la vision nécessaires au maintien de l'équilibre.
4.3. Fonctions extéroceptives		
Capacité de sentir les stimuli provenant de l'extérieur du corps.		
4.3.1	Vision	Capacité de percevoir la lumière, les couleurs et les formes.
4.3.1.1	<i>Vision des détails</i>	Capacité de distinguer le plus petit détail possible d'un élément physique.
4.3.1.2	<i>Identification des couleurs</i>	Capacité de distinguer et de reconnaître les couleurs.
4.3.1.3	<i>Vision de l'espace et du mouvement</i>	Capacité de percevoir l'étendue de l'espace physique par un œil dans une position donnée alors que les objets sont fixes ou immobiles.
4.3.1.4	<i>Adaptation à l'intensité lumineuse</i>	Capacité de l'œil de s'adapter aux variations de luminosité.
4.3.1.5	<i>Vision photopique</i>	Capacité d'utiliser ses habiletés visuelles lorsque les yeux sont adaptés à des conditions de luminance photopiques (domaine photopique 1×10^7 à 1×10^{-2}).
4.3.1.6	<i>Vision mésopique</i>	Capacité d'utiliser ses habiletés visuelles lorsque les yeux sont adaptés à des conditions de luminance mésopiques (domaine mésopique 1 à 1×10^{-3}).
4.3.1.7	<i>Vision scotopique</i>	Capacité d'utiliser ses habiletés visuelles lorsque les yeux sont adaptés à des conditions de luminance scotopique (domaine scotopique 1×10^{-3} à 1×10^{-7}).

4.3.1.8	<i>Sensibilité au contraste</i>	Capacité de voir les objets de l'environnement au travers de conditions de contraste faibles à élevées.
4.3.1.9	<i>Vision Binoculaire</i>	Capacité d'utiliser ses deux yeux alternativement ou simultanément de manière à ce que chaque image contribue à la perception finale. Elle est reconnue pour avoir trois degrés : la perception monoculaire simultanée, la fusion et la stéréoscopie.
4.3.1.10	<i>Accommodation</i>	Capacité d'ajustement de la puissance oculaire afin de percevoir l'environnement dont les objets et leurs détails à des distances variées.
4.3.1.11	<i>Profondeur</i>	Capacité de percevoir la distance absolue qui sépare l'individu de tel objet ou la distance relative entre les objets.
4.3.1.12	<i>Verticalité</i>	Capacité de percevoir la verticale apparente appréciée à partir des données sensorielles visuelles et labyrinthiques.
4.3.1.13	<i>Grandeur</i>	Capacité d'évaluer différentes grandeurs.
4.3.1.14	<i>Forme</i>	Capacité de reconnaître les formes.
4.3.1.15	<i>Figure-fond</i>	Capacité de discriminer l'avant-plan de l'arrière-plan.
4.3.1.16	<i>Position spatiale</i>	Capacité de distinguer la disposition des objets dans l'espace.
4.3.1.17	<i>Relation spatiale</i>	Capacité de percevoir la position de deux ou plusieurs objets en relation les uns avec les autres et en relation avec soi.
4.3.1.18	<i>Constance dans la perception</i>	Capacité de reconnaître les objets en dépit de changement intervenant dans leurs caractéristiques telles que la forme, la grandeur ou la couleur.
4.3.1.19	<i>Gnosie des objets</i>	Capacité de reconnaître la nature, la signification ou l'usage d'un objet.
4.3.1.20	<i>Gnosie de symboles</i>	Capacité de reconnaître les symboles graphiques.
4.3.1.21	<i>Prosopognosie</i>	Capacité de reconnaître les différences dans les visages ou de reconnaître les visages

		familiers ou connus.
4.3.1.22	<i>Simultanognosie</i>	Capacités d'interpréter un stimulus visuel comme un tout.
4.3.2	Audition	Capacité de percevoir les sons.
4.3.2.1	<i>Clarté auditive</i>	Capacité d'entendre clairement les sons.
4.3.2.2	<i>Champ fréquentiel</i>	Capacité de percevoir une étendue de fréquences intensités.
4.3.2.3	<i>Identification des sons</i>	Capacité de distinguer et reconnaître les sons.
4.3.2.4.1	<i>Bruit</i>	Capacité d'identifier les bruits.
4.3.2.4.2	<i>Musique</i>	Capacité d'identifier la musique.
4.3.2.4.3	<i>Voix</i>	Capacité d'identifier la voix.
4.3.2.5	<i>Localisation des sons</i>	Capacité de situer la provenance des sons.
4.3.2.6	<i>Résolution temporelle</i>	Capacité d'intégrer les sons à une vitesse normale.
4.3.2.7	<i>Écoute dichotique</i>	Capacité d'intégrer les sons entendus simultanément par les deux oreilles.
4.3.2.8	<i>Identification des sons dans le bruit</i>	Capacité de reconnaître les sons en présence de bruits ou de réverbération.
4.3.2.9	<i>Persistance de la sensation sonore</i>	Capacité de maintenir dans le temps la sensation sonore.
4.3.2.10	<i>Suppléance auditive</i>	Capacité de compenser mentalement l'écouter d'un message distorsionné.
4.3.3	Goût	Capacité de percevoir les saveurs.
4.3.3.1	<i>Salé</i>	Capacité de percevoir une saveur de sel.
4.3.3.2	<i>Sucré</i>	Capacité de percevoir une saveur de sucre.
4.3.3.3	<i>Amer</i>	Capacité de percevoir une saveur désagréable.
4.3.3.4	<i>Acide</i>	Capacité de percevoir une saveur aigre.
4.3.4	Odorat	Capacité de percevoir des odeurs.

4.3.5	Toucher	Capacité de percevoir les stimuli sur la peau.
4.3.5.1	<i>Toucher superficiel</i>	Capacité de sentir un effleurement sur la peau sans pression.
4.3.5.2	<i>Pression</i>	Capacité de sentir une pression ferme sur la peau.
4.3.5.3	<i>Topoesthésie</i>	Capacité de localiser un stimulus sur la peau
4.3.5.4	<i>Discrimination de deux points</i>	Capacité de distinguer deux stimuli exercés de façon simultanée sur la peau
4.3.5.5	<i>Pallesthésie</i>	Capacité de sentir les vibrations.
4.3.5.6	<i>Douleur superficielle</i>	Capacité d'éprouver une sensation pénible sur la peau.
4.3.5.7	<i>Température</i>	Capacité de sentir la température ambiante ou celle d'un objet sur la peau.
4.3.5.7.1	<i>Chaleur</i>	Capacité de sentir la chaleur sur la peau.
4.3.5.7.2	<i>Froid</i>	Capacité de sentir le froid sur la peau.
4.3.5.8	<i>Stéréognosie</i>	Capacité de discriminer les formes par le toucher.
4.3.5.9	<i>Hylognosie</i>	Capacité de discriminer les formes par le toucher.
4.3.5.10	<i>Baresthésie</i>	Capacité de discriminer les poids.
4.3.5.11	<i>Graphesthésie</i>	Capacité de reconnaître une figure ou un symbole tracé sur la peau.

5. Capacités liées aux activités motrices

Capacités liées aux mouvements et au maintien de position corporelles.

5.1. Mouvement des parties du corps

Capacité de bouger les parties du corps.

5.1.1	Mouvement des yeux	Capacité de bouger les yeux dans toutes les directions.
5.1.2	Mouvement des paupières	Capacité d'ouvrir et de fermer les paupières.

5.1.3	Mouvement de la bouche et du larynx	Capacité d'effectuer des mouvements avec les structures de la bouche et du larynx.
5.1.3.1	<i>La mâchoire</i>	Capacité d'effectuer des mouvements latéraux, d'abaissement, d'élévation, de propulsion, de rotation et de rétraction de la mâchoire inférieure.
5.1.3.2	<i>Les lèvres</i>	Capacité d'effectuer des mouvements des lèvres tels que la fermeture, le serrement, l'écartement des commissures, la projection vers l'avant, l'arrondissement et la rétraction.
5.1.3.3	<i>La langue</i>	Capacité d'effectuer des mouvements de la langue tels que l'élévation, l'abaissement des différentes parties ainsi que la protrusion, la rétraction et les mouvements latéraux.
5.1.3.4	<i>Le voile du palais</i>	Capacité de contracter (élévation) et de décontracter (abaissement) le voile du palais.
5.1.3.5	<i>Le larynx</i>	Capacité de faire vibrer les cordes vocales.
5.1.4	Mouvements du cou	Capacité d'effectuer les mouvements de flexion, d'extension, de flexion latérale (gauche et droite), de rotation (gauche et droite) et de circumduction du cou.
5.1.5	Mouvements du tronc	Capacité d'effectuer les mouvements de flexion, d'extension, de flexion latérale (gauche et droite), de rotation (gauche et droite) et de circumduction du tronc.
5.1.6	Mouvement du bassin	Capacité d'effectuer les mouvements d'inversion et de rétroversion du bassin.
5.1.7	Mouvement des membres supérieurs	Capacité d'effectuer des mouvements avec les membres supérieurs
5.1.7.1	<i>Mouvement des épaules</i>	Capacité d'effectuer les mouvements de flexion, d'extension, de rotation interne, de rotation externe, d'abduction et d'adduction de l'épaule.
5.1.7.2	<i>Mouvement des coudes</i>	Capacité d'effectuer les mouvements de flexion et d'extension du coude.
5.1.7.3	<i>Mouvement des avant-bras</i>	Capacité d'effectuer les mouvements de

		pronation et de supination de l'avant-bras.
5.1.7.4	<i>Mouvements de la main</i>	Capacité d'effectuer des mouvements avec les mains.
5.1.7.4.1	<i>Mouvement du poignets</i>	Capacité d'effectuer les mouvements de flexion, d'extension, d'abduction, d'adduction et de circumduction du poignet.
5.1.7.1.4.2	<i>Mouvement des doigts</i>	Capacité d'effectuer les mouvements de flexion, d'extension, d'abduction, d'adduction des doigts ainsi que d'opposition pour le pouce.
5.1.8	Mouvement des membres inférieurs	Capacité d'effectuer des mouvements avec les membres inférieurs.
5.1.8.1	<i>Mouvements des hanches</i>	Capacité d'effectuer les mouvements de flexion, d'extension, d'abduction, adduction, de rotation interne, rotation externe et de circumduction de la hanche.
5.1.8.2	<i>Mouvement des genoux</i>	Capacité d'effectuer les mouvements de flexion de d'extension du genou.
5.1.8.3	<i>Mouvements des pieds</i>	Capacité d'effectuer les mouvements avec les pieds.
5.1.8.3.1	<i>Mouvements des chevilles</i>	Capacité d'effectuer les mouvements de flexions plantaires et dorsales, d'éversion, d'inversion et de circumduction de la cheville.
5.1.8.3.2	<i>Mouvement des orteils</i>	Capacité d'effectuer les mouvements de flexion, d'extension, d'abduction et d'adduction des orteils.
5.2. Mouvement réflexes		
Capacité d'avoir une réaction automatique, involontaire et immédiate d'une partie du corps à un stimulus.		
5.2.1	Réflexes primitifs	Capacité d'avoir les réflexes phasiques qui coordonnent les muscles en extension ou flexion totale, normalement intégrés durant les premiers mois de la vie.
5.2.2	Réflexes posturaux	Capacité d'avoir les réflexes statiques provoqués par des changements de la position de la tête et du corps dans l'espace, ou de la tête par rapport au corps,

		normalement présents durant les quatre premiers mois de la vie.
5.2.3	Réactions de redressement	Capacité d'avoir les réflexes permettant à l'enfant de rouler, s'asseoir, se mettre à quatre pattes et ramper, normalement présents jusqu'à l'âge de cinq ans.
5.2.4	Réaction de protection	Capacité de se protéger en réaction à un stimulus nocif ou lors d'un déséquilibre.
5.2.5	Réaction d'équilibre	Capacité d'avoir des réactions d'équilibration servant à maintenir l'équilibre lors de la mise en charge et de la marche.
5.2.6	Réflexes médullaires extéroceptifs	Capacité d'avoir une réaction de retrait après une excitation nociceptive cutanée.
5.2.7	Réflexes médullaires proprioceptifs (ou myotatiques)	Capacité d'avoir une contraction réflexe d'un muscle provoqué par son propre étirement.
5.2.8	Réflexes pupillaires	Capacité du système visuel à réagir aux variations de l'environnement lumineux en termes d'ambiance.
5.3. Position statique posturale		
Capacité de maintenir une position globale.		
5.3.1	Port de la tête	Capacité de maintenir une position donnée.
5.3.2	Position couchée	Capacité de maintenir une position couchée.
5.3.2.1	<i>Ventrale</i>	Capacité de maintenir une position couchée ventrale sans appui, avec appui sur les avant-bras et avec appui sur les mains.
5.3.2.2	<i>Dorsale</i>	Capacité de maintenir une position couchée dorsale.
5.3.2.3	<i>Latérale</i>	Capacité de maintenir un position couchée latérale.
5.3.3	Position assise	Capacité de maintenir une position assise.
5.3.4	Position à genoux	Capacité de maintenir une position sur un ou deux genoux.
5.3.5	Position quadrupède	Capacité de maintenir une position à quatre

		pattes.
5.3.6	Position accroupie	Capacité de maintenir une position accroupie.
5.3.7	Position debout	Capacité de maintenir une position debout.
5.3.7.1	<i>Sur deux jambes</i>	Capacité de maintenir une position debout sur les deux jambes.
5.3.7.2	<i>Sur une jambe</i>	Capacité de maintenir une position debout sur une jambe.
5.4. Déplacements		
Capacité de mouvoir tout le corps dans l'espace		
5.4.1	Changements de position	Capacité de passer d'une position donnée à une autre.
5.4.1.1	<i>Allongée sur le dos à allongée sur le côté</i>	Capacité de passer d'une position allongée sur le dos à allongée sur le côté.
5.4.1.2	<i>Allongée sur le côté à allongée sur le dos</i>	Capacité de passer d'une position allongée sur le côté à allongée sur le dos.
5.4.1.3	<i>Allongée sur le ventre à allongée sur le côté</i>	Capacité de passer d'une position allongée sur le ventre à allongée sur le côté.
5.4.1.4	<i>Allongée sur le côté à allongée sur le ventre</i>	Capacité de passer d'une position allongée sur le côté à allongée sur le ventre.
5.4.1.5	<i>Allongée sur le ventre à allongée sur le dos</i>	Capacité de passer d'une position allongée sur le ventre à allongée sur le dos.
5.4.1.6	<i>Allongée sur le dos à allongée sur le ventre</i>	Capacité de passer d'une position allongée sur le dos à allongée sur le ventre.
5.4.1.7	<i>Allongée sur le dos à assise</i>	Capacité de passer d'une position allongée sur le dos à assise.
5.4.1.8	<i>Assise à allongée sur le dos</i>	Capacité de passer d'une position assise à allongée sur le dos.
5.4.1.9	<i>Allongée sur le côté à assise</i>	Capacité de passer d'une position allongée sur le côté à assise.
5.4.1.10	<i>Assise à allongée sur le côté</i>	Capacité de passer d'une position assise à allongée sur le côté.
5.4.1.11	<i>Allongée sur le ventre à</i>	Capacité de passer d'une position allongée

	<i>quadrupède</i>	sur le ventre à une position à quatre pattes.
5.4.1.12	<i>Quadrupède à allongée sur le ventre</i>	Capacité de passer d'une position à quatre pattes à allongée sur le ventre.
5.4.1.13	<i>Assise à debout</i>	Capacité de passer d'une position assise à debout.
5.4.1.14	<i>Debout à assise</i>	Capacité de passer d'une position debout à assise.
5.4.1.15	<i>Debout; pencher le tronc vers l'avant</i>	Capacité de se pencher le tronc vers l'avant à partir de la position debout.
5.4.1.16	<i>Debout, le tronc penché vers l'avant; se redresser</i>	Capacité de se redresser à partir de la position debout, le tronc penché vers l'avant.
5.4.1.17	<i>S'accroupir</i>	Capacité de s'accroupir.
5.4.1.18	<i>Se relever de la position accroupie</i>	Capacité de se relever d'une position accroupie.
5.4.1.19	<i>De à genoux à genuflexion</i>	Capacité de passer d'une position à genuflexion à une position à genoux.
5.4.1.20	<i>De genuflexion à genoux</i>	Capacité de passer d'une position à genuflexion à une position à genoux.
5.4.1.21	<i>Genuflexion à debout</i>	Capacité de passer d'une position à genuflexion à une position debout.
5.4.1.22	<i>Debout à genuflexion</i>	Capacité de passer d'une position debout à une position à genuflexion.
5.4.2	Locomotion	Capacité de se déplacer d'un lieu à un autre.
5.4.2.1	<i>Rouler</i>	Capacité de se retourner dans la position allongée de façon répétée.
5.4.2.2	<i>Ramper</i>	Capacité de se trainer sur le ventre.
5.4.2.3	<i>Marcher à quatre pattes</i>	Capacité d'avancer par des appuis successifs sur les mains et les genoux.
5.4.2.4	<i>Marcher à genoux</i>	Capacité d'avancer par des appuis successifs sur les genoux.
5.4.2.5	<i>Nager</i>	Capacité de se déplacer en flottant sur l'eau ou dans l'eau par des mouvements

		des bras, des jambes et du tronc.
5.4.2.6	<i>Marcher</i>	Capacité de se déplacer par des mouvements et appuis successifs des jambes sans quitter le sol.
5.4.2.6.1	<i>Marcher vers l'avant</i>	Capacité de se déplacer vers l'avant par des mouvements et appuis successifs des jambes sans quitter le sol.
5.4.2.6.2	<i>Marcher à reculons</i>	Capacité de se déplacer de côté par des mouvements et appuis successifs des jambes sans quitter le sol.
5.4.2.6.3	<i>Marcher sur le côté</i>	Capacité de se déplacer de côté par des mouvements et appuis successifs des jambes sans quitter le sol.
5.4.2.7	<i>Pivoter</i>	Capacité de se tourner en position debout, comme sur un pivot.
5.4.2.8	<i>Sauter</i>	Capacité de quitter le sol pendant un instant en s'élançant en l'air.
5.4.2.8.1	<i>Sauter sur un pied</i>	Capacité de quitter le sol pendant un instant en s'élançant en l'air, à l'aide d'un pied.
5.4.2.8.2	<i>Sauter sur deux pieds</i>	Capacité de quitter le sol pendant un instant en s'élançant en l'air, à l'aide des deux pieds.
5.4.2.9	<i>Courir</i>	Capacité de se déplacer rapidement par suite d'élan, en déposant les jambes alternativement, en quittant le sol.
5.4.2.10	<i>Enjambrer</i>	Capacité de franchir un obstacle en étendant la jambe.
5.4.2.11	<i>Monter</i>	Capacité de se déplacer vers un lieu plus haut avec les jambes.
5.4.2.12	<i>Descendre</i>	Capacité de se déplacer vers un lieu plus bas.
5.4.2.13	<i>Grimper</i>	Capacité de monter en s'aidant des mains et des pieds.
5.4.2.14	<i>Danser</i>	Capacité de se mouvoir avec rythme ou en accord avec une musique.

5.5. Activités manuelles simples		
Capacité d'utiliser ses mains.		
5.5.1	Prendre	Capacité de saisir avec la ou les mains.
5.5.1.1	<i>Prise à une main</i>	Capacité de prendre un objet avec une main.
5.5.1.1.1	<i>Prises digitales</i>	Capacité de prendre un objet par la seule intervention des doigts.
5.5.1.1.2	<i>Prises palmaires</i>	Capacité de prendre un objet par l'intervention combinée des doigts et de la paume.
5.5.1.1.3	<i>Prises centrées directionnelles</i> ou	Capacité de prendre fermement avec le pouce et les trois derniers doigts, l'index servant à orienter l'outil.
5.5.1.2	<i>Prise simultanée</i>	Capacité de prendre un objet avec les deux mains ou de prendre simultanément des objets dans chaque main.
5.5.2	Relâcher	Capacité de relâcher volontairement un objet tenu dans la main.
5.6. Autres activités manuelles		
Capacité d'utiliser ses mains dans un activité complexe.		
5.6.1	Porter à sa bouche	Capacité de prendre un objet et de l'amener jusqu'à sa bouche.
5.6.2	Gratter	Capacité de racler avec les ongles.
5.6.3	Frotter	Capacité d'exercer une pression sur une surface avec la main en y effectuant un mouvement répétitif.
5.6.4	Frapper	Capacité de toucher plus ou moins rudement en portant un ou plusieurs coups.
5.6.5	Agiter de la main	Capacité de remuer vivement la main en plusieurs sens.
5.6.6	Pointer	Capacité de diriger un doigt dans une direction.
5.6.7	Toucher	Capacité de porter sa main sur une surface.

5.6.8	Transférer un objet d'une main à l'autre	Capacité de déplacer un objet d'une main à l'autre.
5.6.9	Pousser	Capacité de déplacer un objet en avant.
5.6.10	<i>Tirer</i>	Capacité d'amener un objet vers soi.
5.6.11	<i>Lancer</i>	Capacité d'envoyer un objet loin de soi et généralement dans une direction déterminée, en lui imprimant une impulsion.
5.6.12	<i>Attraper</i>	Capacité de saisir un objet avec la main au passage.
5.6.13	<i>Soulever</i>	Capacité de lever un objet.
5.6.14	<i>Transporter</i>	Capacité de déplacer un objet d'un endroit à un autre en le portant.
5.6.15	<i>Déposer</i>	Capacité de poser un objet.
5.7. Praxies		
Capacité d'exécuter sur ordre des gestes orientés vers un but déterminé alors que les mécanismes d'exécution sont conservés.		
5.8. Parole		
Capacité de communiquer sa pensée par des sons articulés.		
5.8.1	Articulation	Capacité de prononcer les sons distinctement.
5.8.2	Voix	Capacité de parler avec une intonation, une intensité et une qualité vocale.
5.8.3	Fluidité	Capacité de parler sans interruption du débit et du rythme.

6. Capacités liées à la respiration

Capacités liées à la circulation d'air dans les voies respiratoires.

6.1. Respirer

Capacité d'aspirer l'air dans les poumons puis la rejeter.

6.1.1	Respiration thoracique	Capacités de respirer à l'aide des muscles thoraciques
--------------	-------------------------------	--

6.1.2	Respiration abdominale	Capacité de respirer uniquement à l'aide du diaphragme.
6.1.3	Respiration diaphragmatique	Capacité de respirer uniquement à l'aide du diaphragme.
6.2. Tousser		
Capacité d'expulser brusquement et de façon explosive l'air contenu dans les poumons, le plus souvent dans le but d'éliminer des voies respiratoires toute substance qui irrite ou entrave la respiration.		
6.3. Éternuer		
Capacité de faire une expulsion réflexe, brusque et bruyante d'air par le nez et la bouche, provoquée par une irritation de la muqueuse nasale.		
6.4. Bailler		
Capacité d'ouvrir largement et involontairement la bouche avec une ample inspiration suivie d'une expiration prolongée d'air, avec contraction des muscles de la face.		
6.5. Souffler		
Capacité d'expulser de l'air par la bouche ou par le nez de façon volontaire.		
7. Capacités liées à la digestion		
Capacités liées à l'assimilation d'aliments dans le tube digestif.		
7.1. Sucrer ou téter		
Capacité d'aspirer au moyen des lèvres en faisant le vide dans sa bouche.		
7.2. Lécher		
Capacité de passer la langue sur quelque chose.		
7.3. Mordre		
Capacité de saisir et serrer fortement avec les dents de manière à entamer, à retenir, à découper ou à déchirer.		
7.4. Saliver		
Capacité de sécréter et contrôler la salive.		
7.5. Mâchonner		
Capacité de mordiller de façon répétitive à l'aide des gencives ou des dents.		

7.6. Mastiquer
Capacité de broyer et diviser les aliments solides dans la bouche.
7.7. Avaler
Capacité de faire passer mécaniquement les aliments de la bouche à l'estomac.
7.8. Digérer
Capacité de transformer les aliments dans le tube digestif.
7.9. Vomir
Capacité d'expulser soudainement le contenu de l'estomac.
7.10. Régurgiter
Capacité d'avoir un retour d'aliments de l'estomac ou de l'œsophage dans la bouche sans nausée et sans effort.
7.11. Cracher
Capacité de projeter le contenu de la bouche.
8. Capacités liées à l'excrétion
Capacités liées à l'élimination des déchets de l'organisme.
8.1. Contrôler la miction
Capacité de contrôler l'élimination de l'urine.
8.2. Contrôler la défécation
Capacité de contrôler l'élimination des matières fécales.
8.3. Transpirer
Capacité d'excréter de la sueur.
8.4. Larmoyer
Capacité de sécréter des larmes.
9. Capacités reliées à la reproduction
Capacité liée à la génération d'autres individus.
9.1. Génitalité

Capacité de réaction des organes sexuels aux stimulations.		
9.1.1	Érection	Capacité d'augmenter le volume et durcir les organes génitaux.
9.1.2	Éjaculation	Capacité physiologique réflexe d'expulser le sperme parvenu dans l'urètre hors du pénis.
9.1.3	Lubrification	Capacité d'avoir une lubrification vaginale.
9.1.4	Plaisir sexuel	Capacité de ressentir l'excitation sexuelle dont le point le plus intense est l'orgasme.
9.2. Procréer		
Capacité d'engendrer un enfant.		
9.2.1	Fertilité	Capacité de féconder ou d'être fécondée.
9.2.2	Grossesse	Capacité de mener à terme le développement d'un fœtus.
9.2.3	Accouchement	Capacité de mettre un enfant au monde.
9.2.4	Allaitement	Capacité de nourrir de son lait.
10. Capacités liées à la protection et à la résistance		
Capacités liées à la protection ou à la résistance à une contrainte, un effort ou un facteur de l'environnement.		
10.1. Tolérance		
10.1.1	Tolérance à la température	Capacité de supporter sans dommage significatif une exposition à la température.
<i>10.1.1.1</i>	<i>Tolérance au froid</i>	Capacité de supporter sans dommage significatif une basse température.
<i>10.1.1.2</i>	<i>Tolérance à la chaleur</i>	Capacité de supporter sans dommage significatif une température élevée.
10.1.2	Tolérance aux rayons ultraviolets	Capacité de supporter sans dommage significatif une exposition normale aux rayons ultraviolets.
10.1.3	Tolérance à l'humidité	Capacité de supporter sans dommage significatif l'humidité.
10.1.4	Tolérance aux variations	Capacité de supporter sans dommage

	importantes de la pression barométrique	significatif les variations importantes de la pression barométrique.
10.1.5	Tolérance à d'autres facteurs de l'environnement	Capacité de supporter sans dommage significatif d'autres facteurs de l'environnement tels les virus, les bactéries et les substances allergènes reliées à des aliments, agents chimiques ou radiations ionisantes.
10.2. Résistance		
Capacité de l'organisme de supporter un effort, un choc ou une pression.		
10.2.1	Résistance à l'effort ponctuel	Capacité de supporter un effort physique global de courte durée.
10.2.2	Endurance	Capacité de supporter un effort physique global prolongé.
10.2.3	Résistance aux chocs, à la pression	Capacité de supporter un choc ou une pression.

Échèle de sévérité

6.	Capable au-delà des limites habituelles définies.
5	Capable sans limite.
4	Capable avec compensation, sans limite.
4.3	<i>Capable avec compensation technique et humaine, sans limite.</i>
4.2	<i>Capable avec compensation humaine, sans limite.</i>
4.1	<i>Capable avec compensation technique, sans limite.</i>
3	Capable sans compensation avec limites.
2	Capable avec compensation avec limites.
2.3	<i>Capable avec compensation technique et humaine, avec limites.</i>
2.2	<i>Capable avec compensation humaine, avec limites.</i>
2.1	<i>Capable avec compensation technique, avec limites.</i>
1	Incapable.
0	Incapacité non qualifiée

Bibliographie

Atkinson, R.L. et al., Introduction à la psychologie, 2^e édition, Édition Études Vivantes, Montréal, 1987.

Barbizet, J. & Duizabo Ph., Abrégés :neuropsychologie, 3^e édition, Ed. Masson, 1985.

Basmajan, J.V., Anatomie, Maloine, 1970.

Bee, H.L., Mitchell S.R., Le développement humain, E.R.P.I., Montréal, 1986.

Bergeron, H., Cloutier L., Définition des termes utilisés dans la grille d'évaluation des capacités dans le cadre du projet de la C.E.C.Q. Centre François Charon, Québec, 1989.

Botez, M.I., Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement. Les Presses de l'Université de Montréal, Masson, 1987.

Cady, J., Kyran, B., Anatomie du corps humain, Librairie Maloine S.A. éditeur, Paris, 2^e édition, fascicules 1, 2 et 3, 1975

De Courcy, R et al, Commentaires sur la nomenclature des capacités, Centre Lucie-Bruneau, Montréal, 1990.

Forget, A. & Dutil-Paquette, E., l'Amplitude articulaire, Librairie de l'Université de Montréal, 1977-78.

Garnier, Delamare, Dictionnaire des termes de médecine, Maloine, 1989.

Groupe de travail CSST-IRSST; Lapointe C., Boivin M., Lanthier M., Toulouse L., Consultation sur la proposition d'une nomenclature des capacités, Montréal, 1990.

Groupe de travail espagnol-Insero; Proposition alternative au manuel de l'O.M.S. relatif à la Classification des handicaps : Déficiences, incapacités et désavantages. Document de travail. Madrid, 1989.

Guibert, A. & Guibert, C., Du symptôme à la maladie en neurologie, 2^e édition, Maloine, S.A. Éditeur, Paris, 1974.

Guyton, A.C., Physiologie de l'homme, Édition H.R.W. Ltée, Montréal, 1974.

Hamonet, C., Commentaires sur la nouvelle nomenclature des capacités proposés par la SCCIDIH et le CQCIDIH. Paris, 1991.

Hamonet, C., Begue-Simon, A.M. Essai de taxonomie des handicaps, Université Paris Val-de-Marnes, Créteil, 1989.

Hecaen, H., Introduction à la neuropsychologie, Librairie Larousse, Paris, 1972.

Hôpital Marie-Enfant, Commentaires de l'Hôpital Marie-Enfant sur la proposition d'une nomenclature des capacités, Troisième version, Hôpital Marie-Enfant, Montréal, 1990.

Kapandji, L.A., Physiologie articulaire, Tome I et II, Maloine S.A. Éditeur, Paris, 1980.

Lalonde, P., Grunberg F., Psychiatre clinique : Approche contemporaine, Gaétan Morin éditeur, Chicoutimi, 1981.

Luria, A.R. Les fonctions corticales supérieures de l'homme, Presses Universitaires de France, Paris, 1978.

Manuila, A., Manuila, L., M. Nicole et Lambert H., Dictionnaire français de médecine et de biologie, Masson, Paris, 1970-1982, 4 vols. Et supplément.

McNaught, A.B., Callander R., Nurses' Illustrated Physiology, Churchill Livingstone, Edinburg et London, 2^e édition, 1973.

Nouveau Larousse médical, Librairie Larousse, Paris, 1981.

Organisation mondiale de la santé, Classification internationale des déficiences, incapacités et désavantages, un manuel de classification des conséquences des maladies, INSERM-CTRNRHI, Paris, 1988.

Parkin, A.J., Memory & Amnesia/an Introduction, Basil Blackwell Inc., 1987.

Québec (prov.) Société de l'assurance automobile, Répertoire des atteintes permanentes, Loi sur l'assurance automobile, Québec, 1990.

Québec (prov.) Office des personnes handicapées, À part...égale. L'intégration sociale des personnes handicapées; Un défi pour tous, ministère des Communications, Québec, 1984.

Rigal, R., Motricité humaine, fondements et applications pédagogiques, Tome I, Presse de l'Université du Québec et Vigot, Montréal et Paris, 1987.

Rigal, R., Paoletti R., Portman M., Motricité approche pscho-shysiologique, Les presses de l'Université du Québec, Montréal, 1974.

Robert méthodique : Dictionnaire méthodique du français actuel, Ed. Le Robert, Paris, 1982.

Siev, E., *Perceptual And Cognitive Dysfunction In The Adult Stroke Patient / A Manual For Evaluation And Treatment*, Ed. Slack Inc., 1986.

St-Michel, G, *Lexique de causes, diagnostics de déficiences*, Office des personnes handicapées du Québec, Drummondville, 1984.

St-Michel, G., *Catégories des besoins des personnes handicapées et éléments de plans d'interventions correspondants – Recherche sur la définition de catégories utiles à la classification des données du plan de services – R.P. 417-1*, Office des personnes handicapées du Québec, Drummondville, 1984.

Wilson, B.A., *Rehabilitation Of Memory*, The Guilford Press, 1987.