

La Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé : de la CIH1 à la CIF

MOTS CLES ▽

CIH

**Classification internationale
du fonctionnement**

Environnement

Evaluation en santé

Handicap

ALORS que nous intégrons à peine la CIH 1^{re} version dans nos pratiques en kinésithérapie, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Communauté de santé internationale valident la CIH2. Cette évolution a suivi une période de révision, dont nous aborderons les fondements, pour aboutir à une version finale éditée aujourd'hui auprès de tous les états membres de l'OMS.

Nous déclinerons cette nouvelle version dans ses buts et applications ainsi que ses têtes de chapitres. On évoquera ensuite les éventuelles retombées pratiques et les orientations dans la nouvelle appropriation que nous serions à même de réaliser dès maintenant.

l'établissement d'une classification concernant les séquelles des maladies et les problématiques de santé.

Les progrès de la médecine ont augmenté les "survivants" sans forcément s'interroger à l'époque sur leur devenir. Cela nous renvoie ainsi vers le Moyen-Age, lorsque la nature faisait ces survivants, exclus de la société avec tout ce que cela véhicule comme idées, préjugés et de crainte, moteur de superstitions.

En 1945 (4 octobre pour les puristes), une ordonnance gouvernementale institue "une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternités ou les charges de famille qu'ils supportent".

A partir de ce moment, les barèmes concernant l'invalidité ont commencé à paraître. Leur orientation restait et reste encore en partie axée sur la maladie.

Historique

L'OMS lance, dans les années 76 à 80, une réflexion sur

**Évolution majeure
de la Classification internationale
du fonctionnement, du handicap
et de la santé : de la CIH1 à la CIH2
et de la CIH2 à la CIF
et de la CIF à la CIF2
ainsi que la prise en compte
des facteurs environnementaux
et du contexte social et culturel
dans la CIF2**

* CSSMK. Centre de Coubert, MPR. UGECAMIF - Route de Liverdy, Brie-Comte-Robert (77257 cedex).

La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé :

de la CIH1 à la CIF

L'OMS, par l'intermédiaire du concept de Wood, proposera la Classification internationale des handicaps (CIH). De ce fait, dès les années 80, la déclinaison utilisée sera plutôt linéaire pour les déficiences (pour structures), incapacités (gestion d'un environnement proche) et handicap (gestion de l'environnement habituel) :



Son appropriation a été internationale, et un intérêt accru a été observé surtout en Amérique du nord et au nord de l'Europe.

En France, les régions de Saint-Etienne, Rennes, l'Île-de-France et Strasbourg ont semblé être, depuis plus de vingt ans, les plus actives dans la déclinaison de cette classification, principalement dans l'utilisation du concept.

On trouve, dans un ordre non exhaustif et aléatoire :

- le P3I, ou plan d'intervention, individualisé interdisciplinaire ;
- le handicapomètre ;
- la mifmôme ;
- la grille de gérontologie ;
- Eval'kiné ;
- la nomenclature masso-kinésithérapique sur les bilans (déficiences et incapacités).

Les professionnels de la santé se sont donc mis à utiliser principalement le concept de la CIH1 dans la réflexion sur la prise en charge des patients qui leur sont confiés.

Cependant, pour reprendre le cours de l'histoire, l'OMS a lancé,

en 1995, le processus de révision de la première version de la CIH. Cette révision est réorientée vers une version moins médicale mais beaucoup plus sociale et positive ou moins péjorative.

Cette révision s'est portée sur la séparation entre fonctions et structures anatomiques dont la grille est peu claire dans la CIH1. Elle s'est aussi portée sur le changement de mots comme incapacité, discrimination, repère, normalité, intégration, participation et droits des personnes handicapées.

On notera par ailleurs, parmi les experts chargés de cette révision, la présence du nouveau groupe : celui des personnes handicapées représentées par leurs associations reconnues sur le devant des scènes nationale et internationale.

Pourquoi la CIF ?

Après être passée par les versions α et β transitoires, la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé est mise en validation et entérinée par l'OMS en janvier 2001 au cours de la 54^e Assemblée mondiale de la santé. L'OMS poursuit l'implantation de la CIF en proclamant, en novembre 2001, les nouvelles directives pour tous les Etats membres.

Et cela, tout en insistant sur la rigueur des études scientifiques qui confirment le fait que la CIF s'applique indépendamment des données comme la culture, l'âge, le sexe afin de recueillir des données fiables en dehors de toute discrimination et dans une orientation plutôt sociale et participative de la personne.

La CIF s'envisage alors selon quatre buts et cinq applications.

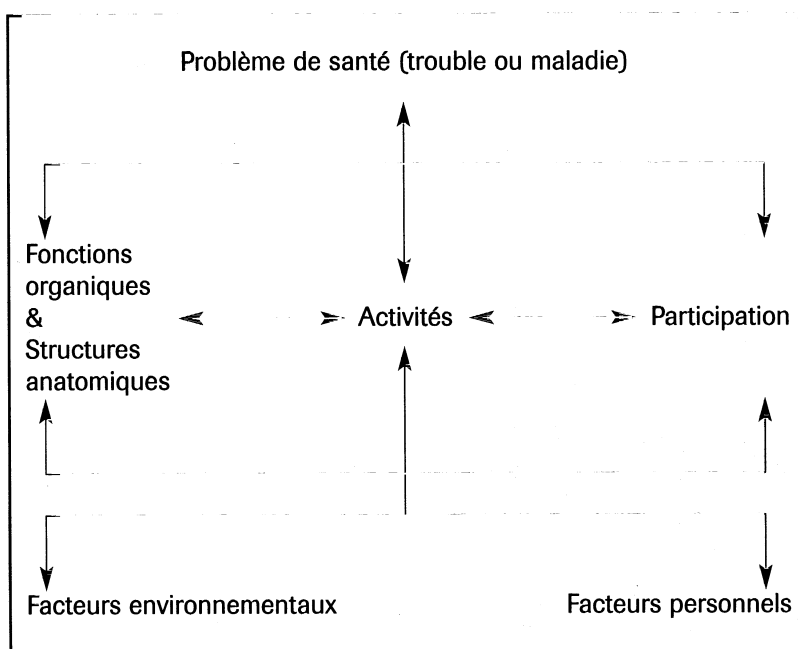
Les buts (définitions OMS)

- Fournir une base scientifique pour comprendre et étudier les états de la santé, les conséquences qui en découlent et leurs déterminants ;
- établir un langage commun pour décrire les états de la santé et les états connexes de la santé afin d'améliorer la communication entre différents utilisateurs, notamment les travailleurs de santé, les chercheurs, les décideurs et le public en général, y compris les personnes handicapées ;
- permettre une comparaison des données entre pays, entre disciplines de santé, entre services de santé et à différents moments ;
- fournir un mécanisme de codage systématique pour les systèmes d'information sanitaire.

Les applications de la CIF

Elles sont calquées sur celles de la CIH1 :

- comme outil statistique pour recueillir et enregistrer des données (par exemple dans les études de populations et enquêtes démographiques ou dans le cadre de systèmes d'information pour la gestion) ;
- comme outil de recherche pour mesurer les conséquences des maladies, la qualité de vie et les facteurs environnementaux ;
- comme outil clinique pour évaluer les besoins, choisir les traitements les plus adaptés aux problèmes de santé spécifiques, évaluer des aptitudes professionnelles, évaluer une réadaptation et ses résultats ;



- Tableau 1 -

- comme outil de politique sociale pour planifier la sécurité sociale, les systèmes de compensation, pour élaborer et mettre en œuvre des politiques ;
- comme outil pédagogique pour concevoir des programmes, pour mener des campagnes de sensibilisation et mettre en œuvre des actions sociales.

In fine, le fait de poser ces buts et applications a permis de définir toutes les orientations et voies de réflexions attenantes à l'établissement des chapitres de classement.

Description de la CIF

La CIF définit la classification des états de santé et des états connexes de la santé. On la représente schématiquement par le tableau 1, largement inspirée de Fougereyrollas et coll. (Canada).

Au travers de ce schéma, l'information s'organise en deux parties : la première traite du fonctionnement et du handicap, la seconde englobe les facteurs contextuels (environnementaux et personnels).

Les définitions de l'OMS

PARTIE I (FONCTIONNEMENT ET HANDICAP)

■ Fonctionnement

1. Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques)
2. Les structures anatomiques désignent les parties anatomiques du corps telles que les organes, les membres et leurs composantes.

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

■ Handicap

1. Une Activité désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action pour une personne.
2. La participation désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle.

Les Limitations d'activités désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution d'activités.

Les Restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle.

PARTIE II (FACTEURS CONTEXTUELS)

■ Facteurs environnementaux

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

Les facteurs sont externes à la personne mais pourraient avoir une incidence sur ses performances.

■ Facteurs personnels

Les facteurs personnels représentent le cadre de vie particulier d'une personne, composé de caractéristiques de la personne qui ne font pas partie d'un problème de santé ou d'un des états de santé.

Pour cette partie, il s'agit d'identifier les facteurs pouvant avoir une influence sur le handicap comme par exemple, et selon la CIF : le sexe, la race, l'âge, les autres problèmes de santé, la condition physique, le mode de vie, les habitudes, l'éducation reçue, le mode d'adaptation, l'origine sociale, la profession, le niveau d'instruction ainsi que l'expérience passée et présente (les événements vécus et les circonstances de vie), les schémas comportementaux et les traits psychologiques ou autres.

La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : de la CIH1 à la CIF

	Valeur	Signification	Précision	%
Code	0	Pas de problème	Aucun	0 à 4
Code	1	Problème léger		5 à 24
Code	2	Problème modéré		25 à 49
Code	3	Problème grave		50 à 95
Code	4	Problème entier		96 à 100
Code	8	Non précisé		
Code	9	Sans objet		

- Tableau 2 -

Table de code qualificatif générique de fonctionnement, de structure, de performance d'Activité et Participation, capacité d'Activité et Participation

Deuxième code qualificatif pour "s" changement affectant une structure anatomique	
0	Aucun changement
1	Absence totale
2	Absence partielle
3	Partie supplémentaire
4	Dimensions anormales
5	Discontinuité
6	Position inhabituelle
7	Changement qualificatif dans la structure, y compris accumulation de liquides
8	Non précisé
9	Sans objet

- Tableau 3 -

+4	Facilitateur total
+3	Facilitateur substantiel
+2	Facilitateur modéré
+1	Facilitateur léger
0	Pas de facilitateur Pas d'obstacle
.1	Obstacle léger
.2	Obstacle modéré
.3	Obstacle substantiel
.4	Obstacle total

- Tableau 4 -

Tous ces éléments **ne sont pas classifiés** dans la CIF. Ils sont principalement identifiés pour leur éventuel retentissement, isolés ou associés entre eux. Ce classement aurait certainement rompu le "politiquement correct" affiché par l'OMS, car cela semblerait discriminatoire de codifier le sexe ou l'âge, ou même la race...

La CIF : mode d'emploi

Même si l'on retrouve des descriptions semblables, la CIF est complètement différente de la CIH1. On retrouvera cependant la même volonté descriptive en plusieurs niveaux, c'est-à-dire un classement en 2, 3 ou 4 niveaux selon le degré de précision que l'on souhaite obtenir.

Dans la version CIF condensée on pourra lire une description sur 2 niveaux et dans la version CIF intégrée la lecture des 4 niveaux sera possible tout en sachant que la précédente y est aussi incluse. Il s'agit là, juste d'une question de détails dans la description. La grille de codage se compose alors :

1. D'une lettre :

b : fonctions organiques

s : structure anatomique
d : ensemble Activités et Participation

e : facteurs environnementaux

2. D'un code numérique d'identifiant :

1 chiffre = numéro de chapitre

2 chiffres = pour le deuxième niveau

1 chiffre = pour le troisième niveau

1 chiffre = pour le quatrième niveau

3. D'un séparateur :

Il s'agit d'un point qui sépare le code identifiant (le fonctionnement, l'activité, la participation) de son évaluation qualitative.

Il s'agit d'un + (plus) ou d'un . (point) qui sépare le code identifiant l'environnement dans sa qualification de facilitateur ou d'obstacle.

4. D'un code numérique de qualifiant :

Un chiffre de 0 à 9 pour le qualifiant générique de fonctionnement (tableau 2).

Un chiffre de 0 à 9 pour le qualifiant générique d'activité et participation précisant le niveau de performance : premier qualificatif (tableau 2).

Un chiffre de 0 à 9 pour le qualifiant générique d'activité et participation précisant le niveau de capacité : deuxième qualificatif (tableau 2) .

Un chiffre de 0 à 9 pour le qualifiant générique de structure(s) (tableau 2).

Un chiffre de 0 à 9 pour le deuxième qualifiant de structure indique le changement affectant la structure (tableau 3).

Un chiffre de (+/plus) 4 à (/point) 4 qualifiant de facilitateur ou d'obstacle pour les codes d'environnement (tableau 4).

Les Activités et Participation sont qualifiées sur deux niveaux :

- le niveau de la performance décrit ce qu'un individu fait réellement dans son environnement ordinaire, y compris avec des aides matérielles ;
- le niveau de la capacité décrit l'aptitude de fonctionnement le plus élevé possible dans un domaine donné à un moment donné.

Pour chacun de ces niveaux, on fera référence à la grille de codage générique.

En résumé, on trouvera la possibilité de qualifier l'ensemble des composantes de la classification pour ce qui est du premier qualificatif. Par contre, on retrouvera un deuxième qualificatif uniquement pour Structures anatomiques en terme de nature des changements (tableau 3) et pour Activités et Participation en terme de capacité (grille générique).

Au final, selon les niveaux de la classification, on pourra identifier plus de 1 400 codes pour évaluer une personne dans toutes ses composantes. Cependant, selon les experts de l'OMS, il suffirait de 3 à 18 codes pour évoquer l'analyse de la problématique d'une personne. L'utilisation de tous les codes servirait davantage aux spécialistes ainsi qu'aux chercheurs dans le secteur de la santé.

On retiendra la déclinaison de l'évaluation :

- Partie I :
Fonctionnement = Déficience de Fonction et/ou de Structure
Handicap = Limitation d'Activité
= Restriction de Participation
- Partie II :
Facteurs Environnementaux = Facilitateur ou Obstacle

Facteurs Personnels = pour information

CIF, modèles et santé

Les experts de l'OMS ont clairement positionné la CIF comme l'intégration de deux paradigmes de prise en charge des personnes : le modèle médical et le modèle social.

Pour le modèle médical, le concept "une cause... un effet" reste prépondérant et la notion de handicap n'est que le reflet de la conséquence des troubles occasionnés initialement. Dans cet esprit, traiter le handicap serait aboutir à la guérison, à l'adaptation ou à la modification radicale du comportement de l'individu.

Ce modèle reste finalement indexé sur les soins, ce qui est validé par l'activité des politiciens qui centrent leurs actions sur la définition des valorisations et fonctionnements des acteurs de santé.

Dans le modèle social, le concept "intégration" sociale est prioritaire, la notion de handicap est traduite par un ensemble de situations ne permettant pas à la personne de participer à la vie sociale.

La responsabilité collective est alors visée pour trouver les solutions et limiter de la sorte le handicap des personnes concernées.

Le handicap se décline comme une politique à lui seul. Il devient, à ce propos, le cheval de bataille des associations de défenses des handicapés, qui font aujourd'hui partie des personnes ou instance ressource ayant participé à

l'élaboration de cette nouvelle classification CIF. Cela devient également un outil pour les administrations et les instances assurant le règlement de la compensation des dommages et souffrances des personnes concernées.

Finalement, en intégrant ces deux modèles, tous les versants de la santé sont considérés, et chacun des acteurs peut trouver matière à l'analyse et à la déclinaison de la personne dans toutes ses composantes.

Conclusion

L'évolution majeure de la Classification internationale des fonctionnements, handicap et santé réside dans l'intégration de facteurs environnementaux et contextuels de l'individu évalué, ainsi que dans la précision qui est faite entre fonctions et structures de l'organisme peu claire dans la CIH1. Cela plaira certainement aux masseurs-kinésithérapeutes, qui ont positionné leurs actes prioritairement sur la personne physique.

Même si l'on utilise simplement le concept CIF, on portera une attention aux termes employés dans les grilles de code qualificatif et de leur valeur chiffrée. Ils donnent une idée sur une description standardisée des niveaux d'atteinte.

Cependant, la vision globaliste de l'évaluation d'une personne présentant un souci de santé, amène à redéfinir clairement les actions de tous les professionnels en relation avec la personne évaluée. De ce fait, la société tout entière se trouve "mêlée" à l'ac-

La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : de la CIH1 à la CIF

tion d'intégration qui devient alors la priorité et l'aboutissement de prise en charge des personnes touchées.

Enfin, dans l'hypothèse de l'intégration politique de la CIF dans nos pratiques, comme le demande l'OMS, nous aurons à nous interroger sur nos pratiques en santé avec tout ce que cela comporte et pourquoi pas intégrer d'emblée l'idée de remplacer une nomenclature d'actes (moyens) par une nomenclature d'objectifs (santé).■

Indexation Internet :
Bilans – Classification
Diagnostic – Evaluation
Handicap

▼ BIBLIOGRAPHIE

1. ABOIRON H. Concrètement la CIH. *Kinésithér. Scient.* 1998;378:17-20.
2. AZEMA B., BARREYERE J.-Y., CHAPIREAU F., JAEGER M. Classification internationale des handicaps et santé mentale, Centre technique nationale d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations (CTNERHI), Paris : Groupe français d'épidémiologie psychiatrique (GFEP) 2000 : 127, CTNERHI Paris.
3. BARRAL C. De l'influence des processus de normalisation internationaux sur les représentations du handicap. *Handicap, Revue de Sciences Humaines et Sociales* 1999;81:20-34.
4. BEDIRHAN U.T., BICKENBACH J., BADLEY E., CHATTERJI S. A reply to David PFEIFFER "The ICIDH and the need for its revision". *Disability and Society* 1998;13:5-829-831.
5. BOULANGER Y.-E., LEDUC B.-E. Evaluation de la qualité de vie en médecine de réadaptation. *Journal de Réadaptation Médicale* 1998;18:3-82-86.
6. BOULANGER Y.-L., GAUDREAU T.-C., GAUTHIER J., TREMBLAY J. Comment optimiser le travail d'équipe en rééducation-réadaptation : approche par Plan interdisciplinaire d'intervention individualisée en réadaptation. *Journal de Réadaptation Médicale* 2000;20:3-4-83-159.
7. CHAPIREAU F. Les enjeux sociaux de la classification internationale des handicaps. *Prévenir* 2000;39:27-34.
8. CHAPIREAU F. Modèle, processus et stratégie en santé selon Philip Wood. Handicaps et inadaptation. Paris : Les Cahiers du CTNERHI 1998;77-92.
9. CHARPENTIER P. Handicap et environnement. *Encycl. Méd. Chir.* (Elsevier Paris), Kinésithérapie-Médecine Physique-Réadaptation, 26-170-B 20, 1998, 6p.
10. CHARPENTIER P., ABOIRON H. Classification internationale des handicaps. *Encycl. Méd. Chir.* (Editions scientifiques et médicales. Elsevier SAS, Paris), Kinésithérapie-Médecine Physique-Réadaptation, 26-006-B 10, 2000, 6p.
11. DAVERAT P., BERGER M. Evaluation du blessé médullaire : principes généraux, choix des outils. *Revue Française du Dommage Corporel* 2000;26:1, 43-50.
12. EBERSOLD S., ROUSSEL P., ROYAL S., BECCARI M. Evolution de l'environnement, évolution des pratiques ? Fédération nationale des instituts de sourds et d'aveugles de France (FISAF). *Réseau Magazine* 1999;7:n° isolé:2-17.
13. FOUGEYROLLAS P., NOREAU L., BERGERON H., CLOUTIER R., SAINT-MICHEL G., DION S.-A. Conséquences sociales des déficiences et incapacités persistantes et significatives : approche conceptuelle et évaluation des situations de handicap. *Handicap, Revue de Sciences Humaines et Sociales, CTNERHI* 1999;84-61-78.
14. GARDENT H., ROUSSEL P., BONAIUTO S., MARCELLINI F., VESPRINI A. *Utilisation de la classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages (CIH) chez les personnes âgées.* Strasbourg : Conseil de l'Europe, 1997 : 91.
15. GRUMBERG M. Eval'kiné : outil d'évaluation en masso-kinésithérapie. *Kinésithér. Scient.* 2001;407:37-42.
16. HAMONET C. Situations handicapantes, désavantage et évaluation du handicap : pour une autre vision du normal et du pathologique. *Journal d'Ergothérapie* 1997;19:3:113-8.
17. HAMONET C., MAGALHAES T. Système d'identification et de mesure des handicaps (SIMH). Manuel pratique. Une proposition quantifiée internationale des éléments constitutifs des handicaps, 2000:151.
18. MARCHAL F., DELONG C., MARTIN M., DASSOULI A., QUENTIN V. Utilisation de la MIF mêmes dans un service de rééducation pour enfant IMOC. *Motricité Cérébrale* 2000;21:3:118-26.
19. MAUDINET M., GARGOLY C. Une "balise" pour l'évolution des politiques sociales : révision de la classification des handicaps. *Actualités Sociales Hebdomadaires* 2001;2218:21-2.
20. PAVILLON G. *Enjeux des classifications internationales en santé.* Paris : INSERM, 1998 : 220.
21. RAVAUD J.-F. Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question sujet. *Handicap, Revue de Sciences Humaines et Sociales* 1999;81:64-75.
22. ROSSIGNOL C. De la pertinence des choix conceptuels adoptés dans la CIH-2 : question de définition ? *Handicap, Revue de Sciences Humaines et Sociales* 1999;81:41-9.
23. ROSSIGNOL C. La classification internationale des altérations corporelles, invalidités et handicaps : approche linguistique d'un débat terminologique. *Prévenir* 2000;39:35-47.
24. ROUSSEL P. CIH-1/CIH-2 : rénovation complète ou ravalement de façade ? *Handicap, Revue de Sciences Humaines et Sociales* 1999;81:7-19.
25. ROUSSEL P. La notion d'activité dans la CIH-2. *CREAI Pays de la Loire* 1999;96:3-7.
26. SERMET C., GRANDJEAN E. *L'incapacité et la dépendance.* Paris : CREDES/INSERM, 1998 : 113-42.
27. VANEY L., WEHRLI P., SIMEONSSON R.-J., HEINZ C., SIMON J.-L., PREPOST R., BARRAL C., MAUDINET M., ROUSSEL P., GOLLIARD M., DUMONT D. Du "handicap" à la participation. CIH, les enjeux de la révision. *INFORUM* 1998;2:2-45.

▼ Références Internet*

<http://www.who.int/classification/>
<http://www.unapei.org/html/Entente/EntenteActualites.html>
http://aisnet.free.fr/formation/clas_hdkp.html
http://www.handicoupe.com/Site/sit_handi.htm
<http://www.handicap-savoir.com/legislation/guide.htm>
<http://pages.infinit.net/ripph/objectifscours1.html>
<http://www.arfe-cursus.com/handicap.htm>
<http://www.thenas.org/euro7012.htm>
http://www.ymica-cepiere.org/acessibnew/documents/la_notion_de_handicap.htm
http://socialunion.gc.ca/pwd/unison/unison_f.html
http://handy.univ-lyon1.fr/loi/recueil/textes_generaux/an9ja89.html
<http://www.hospvd.ch/chuv/bdfm/cdsp/selecion/classif01.htm>
http://www.avipb.be/html/body_conseil_euro.html
<http://nocmed.univ-rennes1.fr/sisrai/cidih.html>
<http://www.france-edition-opti.asso.fr/docs/med357.htm>
<http://www.uncece.org/uncece/stats/documents/ces/ac36/1998/11.f.html>

* Sous réserve de modifications des différentes pages citées.