

# **La Classification Internationale des Handicaps et la Rééducation**

**P.Charpentier  
Juin 95 Dijon**

## **Résumé:**

**La CIH a été introduit en France depuis maintenant plus de 12 ans, et il nous a semblé intéressant de mesurer l'impact de cette dernière dans le cadre de la santé et plus particulièrement en rééducation et réadaptation fonctionnelle. Le concept de la CIH divisé en 3 niveaux a largement dépassé le cadre de notre profession pour être repris par d'autres spécialités mais aussi par les autres acteurs de la rééducation. Il n'est plus de publication qui s'intéresse au Handicap qui n'emploie non seulement les concepts mais aussi le lexique de la CIH.**

**La CIH et la rééducation ont toujours été lié. Dès son introduction en France celle ci a été proposé et utilisé par des médecins de rééducation. Alors que jusqu'à aujourd'hui nous vivons sur le concept Pasteurien Une Cause - Un Effet, ce concept aboutissement de nombreuses années de réflexion a permis de clarifier la notion de handicap et de séquelles. En effet la définition du handicap a beaucoup fluctué à travers le temps passant de la notion péjorative d'infirme, d'incurable, ou d'incapable puis d'invalidé , et actuellement de personne handicapée. Mais sous ces vocables les notions d'atteinte physique ou psychique, de conséquences fonctionnelles ou de situation de handicap, cher à Pierre Minaire étaient souvent amalgamées; aggravées en cela par les difficultés sociales que le sujet dit normal pouvait avoir. Bien que les séquelles de maladie ou d'accident existent depuis la nuit des temps, le concept Pasteurien: "une cause, un effet" avait mis entre parenthèse ces notions. En effet les découvertes de Pasteur et de ses successeurs ont centré notre regard sur la maladie et sur les possibilités de guérison. C'est le mérite de WOOD avec le concours de GROSSIORD après quelques autres comme Naji...d'avoir conceptualisé le handicap à la demande de l'O.M.S. En 1980 sortait la 1ère version de travail, traduite en français en 1982, et il a fallu attendre encore 10 ans pour quelle soit officiellement approuvée par les états membres, permettant depuis 2 ans de mettre en place un processus de révision.**

**Les 3 niveaux conceptuels proposés par la CIH n'ont pas de lien directe, il s'agit plutôt de 3 regards différents selon que l'on se place au niveau de la personne, de l'interface personne environnement immédiat (longueur de bras) ou de l'interaction de l'individu avec ses déficiences et ses incapacités avec son environnement ambiant(culture, social, architectural, familiale, professionnel...)Ces 3 niveaux d'analyse ont bouleversé la vision que nous pouvions avoir du Handicap et de la personne handicapée. Nous avons à traiter une personne handicapée mais suivant le niveau où nous nous trouvons, notre action et les moyens que nous devons utilisé seront bien différent, passant de nos connaissances médicales, à un savoir plus sociale voir à des actions très éloignés de notre profession comme l'architecture, l'électronique, la législation voire le monde du travail..... C'est dire la diversité de notre action et la nécessité de s'entourer de collaborateur voire de partenaire très divers : paramédicaux, assistante sociale, juriste, architecte, politique. Enfin la CIH est traduite tant plus d'une 20taine de langues outre**

les langues européenne, elle a été traduite en Russe, en chinois, en suédois pour ne citer que quelques exemples.

Dans ces conditions, il nous semblait intéressant de faire l'état des lieux de l'utilisation de la CIH en rééducation et réadaptation fonctionnelle.

Notre intervention en tant que rééducateur se situe à tous les niveaux en collaboration avec d'autres acteurs.

- Au niveau des déficiences nous intervenons pour réduire la lésion par l'intermédiaire du kinésithérapeute, du psychotechnicien, de la psychologue en autre mais aussi par la prescription d'appareillage comme substitut de la lésion. La prothèse remplacera l'organe anatomique manquant (amputation d'un membre), l'orthèse remplacera dans sa fonction physiologique l'organe défaillant (paralysie musculaire), la poche de colostomie remplacera les sphincters manquants.

- Au niveau des incapacités, ce sont plutôt les aides techniques qui vont permettre de remplacer ou de faciliter une fonction: la marche par une canne, un robot type Master pour manger, un écran grossissant pour un malvoyant en cela l'ergothérapie est la thérapeutique la plus adaptée à analyser et réduire ces incapacités. L'aide soignant ou l'infirmière qui par sa présence constante va aider au transfert ou à l'habillage a une activité importante qui justifie sa présence en rééducation.

- Au niveau du désavantage l'action thérapeutique se heurte à l'environnement socio culturel et nécessite l'intervention d'autre acteur. L'architecte, ou le designer en sont les prototypes. Pierre Minaire, qui a été en la matière un précurseur, a introduit ce concept de handicap de situation. Le fauteuil roulant caricature de la personne handicapée va permettre à celle-ci de se mobiliser dans un espace dépassant son environnement proche indépendamment de sa déficience voire de l'incapacité qui a engendré ce désavantage de locomotion. L'intervention du politique pour inciter à l'intégration au travail de la personne handicapée en est le prolongement.

On voit à travers ces quelques exemples la place de la rééducation dans la réduction du handicap, mais ce concept tel que défini par l'O.M.S. peut être décliné autrement.

## 1. CIH et O.M.S.

O.M.S. qui avait initié cette classification, la fait approuver par ces membres en 1992 permettant la mise en place d'une révision. Deux centres collaborateurs ont été créés dans la suite. Le centre Hollandais est chargé de recenser la bibliographie dans le domaine: près de 2000 articles traitent ou font référence à la CIH. Les sujets en sont variés allant des aspects sociologiques du handicap, au construction d'outil à partir de la CIH, ou d'étude épidémiologique du handicap. Le centre français, qui n'est autre que le CTNRHI diffuse et collecte les outils utilisant la CIH. Il travaille sur le domaine de l'utilisation de la CIH en psychiatrie, en gériatrie en autre. Il est chargé de la révision du chapitre des déficiences. Ces deux centres sont les correspondants officiels de la CIH pour l'OMS.

## 2. CIH et Europe

C'est le Conseil de l'Europe qui a été le premier à s'intéresser à l'utilisation de la CIH. Il a créé dès 1986 un comité d'expert présidé par Pierre Minaire. Les travaux de ce

comité ont abouti à de nombreux rapports: d'abord sur l'utilisation de la CIH en rééducation, puis en épidémiologie, sur les aides techniques, la psychiatrie, la gérontologie, l'évaluation professionnelle... Tous ces travaux ont abouti à extraire les différents outils qui utilisaient soit les concepts soit le lexique de la CIH. Ce comité a été un véritable creuset pour confronter les expériences et la connaissance de la CIH.

- Au niveau de la CEE et dans le cadre d'Hélios et plus particulièrement dans le programme HANDINET , le chapitre des déficiences de la CIH à été pris comme thesaurus, nous pouvons regretter par contre que le chapitre des incapacités n'y est pas encore été intégré au profit d'un thesaurus « maison ».

### 3. CIH et C.I.M.

Si la CIH est apparu bien après cette classification qui en est à sa 10<sup>ème</sup> révision. Il n'en reste pas moins que l'on peut s'interroger s'il n'existe pas une certaine redondance avec la CIH sur certain chapitre et particulier entre le chapitre des symptômes de la C.I.M. et le niveau des déficiences. En faite une étude comparative fait par les suédois et complété par Morineau montre que sur les 1781 déficiences décrites dans la CIH seules 432 déficiences trouve une correspondance dans la C.I.M.. Ainsi dans 75,74% des cas on note une complémentarité des 2 classifications et répond bien à une différence conceptuelle d'une classification à l'autre.

### 4. CIH et Législation

Au niveau législatif français, ce concept est intervenu sous la forme:

- d'un arrêté du 4 mai 1988 relatif à la nomenclature des déficiences, incapacités et désavantage, qui permet aux administrations concernées Santé et Education Nationale d'avoir une référence conceptuelle et de langage pour l'analyse de leur activité dans le domaine du Handicap. Ce document bien que ne reprenant pas complètement la structure de la CIH a permis de faire diffuser sous l'égide du CTNRHI dans les COTOREP et les DASS, cette nouvelle approche du Handicap. Et surtout il est remarquable qu'il s'agit de la première définition du handicap depuis la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées.

- D'un guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées du 23 décembre 1993. Il remplace celui des Anciens Combattants de 1914. Il s'est appuyé sur les concepts mais aussi sur la terminologie de la CIH.

#### 1. CIH et appareillage et aide technique

- Dans le cadre de l'attribution de certains appareillages, ces notions sont largement utilisées comme pour le fauteuil roulant électrique où les notions de maladie permettant l'attribution de tel fauteuil a été remplacé par des notions de difficulté de mobilité en tenant compte de l'environnement où se situait le patient. En effet un sujet jeune atteint des 2 membres inférieurs peut peut-être circuler en fauteuil manuel en plaine ou à domicile, mais aura de sérieuses difficultés s'il habite en montagne.

- La mise en place de norme ISO dans le cadre de l'harmonisation européenne a amené les experts chargés de la classification des aides techniques à se rapprocher de cette classification. Nous avons nous même fait des propositions qui corroborent celles faite par les canadiens dans lesquelles sont pris en compte la déficience et l'incapacité qui en résulte pour la détermination de la classe d'appareillage ou d'aide technique.

- Au Québec la construction d'une classification des aides techniques est en cours dans laquelle les déficiences ou les incapacités sont prise en compte en association avec la classification ISO.

## **2. CIH et Travail**

Dans le cadre de l'insertion professionnelle différents outils d'évaluation ont été construits directement ou faisant référence à la CIH. Ainsi ERTOMIS système d'évaluation professionnelle allemand a été le 1<sup>er</sup> à être introduit en Europe. Il permet de comparer les capacités d'un individu avec les exigences de l'emploi. D'autres outils ont ensuite vu le jour FERIS en Hollande, ELHAN en France. Ses outils particulièrement performants dans des mains expérimentées font parfois peur du fait du risque d'être utilisés par des utilisateurs mal intentionnés comme outils d'exclusion. C'est une des raisons de la limitation de leur diffusion. Nous restons persuadé qu'il s'agit d'excellents outils d'analyse d'une situation donnée de la personne handicapée et ses possibilités d'employabilité.

## **3. CIH et Rééducation**

- Dans le cadre de l'évaluation en rééducation, les outils découlant de la CIH sont particulièrement intéressants outre qu'ils s'appuient sur un concept où la rééducation peut effectivement se retrouver, l'apport d'un langage commun et standardisé permet une certaine homogénéité des outils. Ainsi Grimby a été le premier à montrer qu'il était possible d'évaluer le gain thérapeutique dans l'hémiplégie par l'étude des 6 axes du désavantage.
- Les ergothérapeutes ont repris à leur compte cette classification et de nombreuses grilles ont été créées. Elle explore le plus souvent l'incapacité en se situant sur le pouvoir faire, parfois elle s'intéresse au désavantage et se situe dans la réalisation effective de cette action et dans ce cadre les facteurs environnementaux sont prédominants.
- Le principal outil utilisant la CIH est la MIF, introduit en France par le Pr. Minaire qui le présentait comme le Bartel de la Rééducation. Les études sur la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) ont montré qu'il s'agissait d'un instrument sensible et fidèle dans certaines conditions d'utilisation. Sa validation en tant qu'instrument de mesure pour le service hospitalier peut être retenue. Sa diffusion en France est en cours d'évaluation. Cette instrument s'appuie essentiellement sur les items du chapitre des incapacités mais il ne prend en compte qu'une seule déficience à la sortie, et le désavantage n'est retenu que par l'interaction sociale. Cet instrument construit autour de l'hospitalisation du sujet mesure "le vouloir faire" du patient. Sa grille de sévérité de 7 à 0 est inversée par rapport à celle proposée par l'OMS.
- Dans le cadre de l'étude du vieillissement de la population de nombreuses études font référence aux travaux de Colvez et Robine sur les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie et en particulier sur la notion de survie sans incapacité. Ainsi il a été récemment montré que .....
- 

## **4. CIH et HOSPITALISATION**

Dans le cadre de la mise en place du PMSI dans les soins de suites et réadaptation, la CIH a été largement introduite. En effet il nous a semblé que le Diagnostic seul, ne pouvait décrire à lui seul la réalité des patients que nous traitons. Nous ne traitons pas une maladie, mais les conséquences de cette dernière. Ceci est directement la conséquence des concepts décrits par WOOD. La CIH a donc servi de fil conducteur pour décrire le patient voir la personne handicapée qui séjournait dans nos lits. La déficience est décrite à partir du thesaurus de la CIH, les incapacités par une liste fermée reprenant une partie des termes de la MIF, le désavantage mesuré par des questions fermées sur l'intégration sociale avant son hospitalisation. Une banque de

**données constitué à partir d'un échantillon représentatif d'établissements devrait nous permettre de mieux connaître la population traité vis à vis de leur Handicap.**

**En conclusion:**

**La CIH est importante à connaître non seulement dans ses concepts mais aussi dans sa classification, en effet la médicalisation des systèmes d'information nécessite la mise en place d'un langage commun en précisant le niveau sur lequel se situe la maladie, la déficience, l'incapacité ou le désavantage. Elle a par ailleurs des répercussions sur les outils d'évaluation, enfin nous avons vu que le personnel de santé s'occupant de près ou de loin de les acteurs de la rééducation ne peuvent se désintéresser de cette classification dont l'utilisation est présente à tous les niveaux.**

**Bibliographie:**

**1. Charpentier P - The benefits of using the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps in rehabilitation : a survey of 950 cases. Disability Studies, 11, IIO-113, 1989**

**3. Classification Internationale des Handicaps: déficiences, incapacités et désavantages CTNERHI - INSERM**

**4. Colvez A. H. Gardent. Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie. Information. validation, Utilisation - CTNERHI - INSERM**

**6. Minaire P - Système Uniforme de données pour la médecine de rééducation et de réadaptation (SUDMERR) - mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF), 1989**

**8. Zucmann E.- Evaluation en gérontologie - Cahiers du CTNERHI - Handicaps et Inadaptations - 1985 - P. 97-104**