
Introduction à la CIF

**Introduction critique à la
Classification internationale
du fonctionnement, du
handicap et de la santé**

Marc Jamouille

janvier 2009



**Centre Académique de médecine générale,
Av E. Mounier 53
1200 Bruxelles**

Introduction critique à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

Marc Jamouille, md, mph

Médecin de famille, spécialiste en traitement de l'information.
Centre Académique de médecine générale, UCL, Belgique

Contact : marc@jamouille.com

Résumé :

La Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) est présentée ici en détail y compris dans ses techniques de codage. La lecture doit permettre à un lecteur non initié de comprendre la genèse et la construction formelle de la CIF ainsi que son utilisation dans de très nombreuses situations et études cliniques. Comme tous les outils de l'OMS, la CIF est soumise à révision périodique et on examine ici, à partir d'une revue relativement extensive de la littérature internationale les principaux problèmes que soulève son utilisation dans l'espoir d'aider à ce processus, bien nécessaire pour un outil de grande ambition mais dont l'analyse détaillée montre des failles conceptuelles importantes.

1. De la CIDHI à la CIF, une évolution culturelle, communautaire et politique

La Classification Internationale des Déficiences (impairments), Incapacités (Handicap)) et Handicaps (Disabilities), publiée en 1980 était un outil de rangement statique et descriptif de la réalité rencontrée par les soignants^{1,2}

Reflétant le modèle médical dominant elle liait l'étiologie, la pathologie et ses manifestations de façon linéaire et statique. Cette façon de voir est illustrée dans la figure suivante :

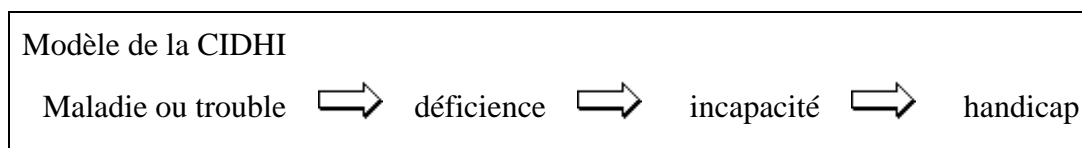


Tableau 1 Modèle de la CIDHI 1980

La CIDHI réunissait trois classifications :

1. Classification des Déficiences (alphanum I pour Impairments)

Perte ou anormalité d'une structure psychologique, physiologique, anatomique ou d'une fonction sensitive 1 Déficience intellectuelle/ 2 psychologique autre/ 3 du langage/ 4 de l'audition / 5 oculaire / 6 viscérale/ 7 squelettique / 8 du visage / 9

généralisée, sensorielle ou autres

Ex :

- I41 : perte profonde de l'audition
- I63 : déficience du système urinaire
- I63.6 : incontinence de stress
- I81 : difformité du nez

2. **Classification des Incapacités** (alphanum D pour Disabilities)

Restriction ou manque d'habileté (résultant d'une déficience) à remplir une fonction de la façon ou dans les normes habituelles pour un être humain 1 Comportementale / 2 Communication / 3 soins personnel / 4 locomoteur / 5 utilisation du corps / 6 dextérité / 7 situationnelle / 8 de qualification particulière / 9 autres restrictions d'activité

Ex :

- D35 : difficulté à s'habiller
- D44 : incapacité à courir
- D50.2 : incapacité à ouvrir une boîte
- D70.2 : dépendant d'un pacemaker

3. **Classification des Handicaps** (alphanum H pour Handicaps)

Un handicap est un désavantage pour un individu donné, résultant d'une déficience ou d'une invalidité qui limite ou empêche l'exécution d'un rôle (selon l'âge, le sexe ou la culture) normal pour cet individu 1 handicap d'orientation / 2 indépendance physique / 3 mobilité / 4 occupation / 5 intégration sociale / 6 auto suffisance économique / 7 autres handicaps (échelle de quantification)

Ex :

- H30 : tout à fait mobile
- H33 : mobilité réduite
- H58 : socialement isolé
- H66 : pauvre

Le recours aux concepts de la CIDHI a permis une gestion plus rationnelle des maladies chroniques et de leurs conséquences. Certaines inquiétudes se sont néanmoins fait jour quant au relief insuffisant accordé par la CIDHI aux facteurs du milieu social et physique dans l'élaboration du processus handicapant, et quant au danger que cette Classification encourage « la médicalisation du handicap ».

Dans les années qui ont suivi, le mouvement de recherche dans le domaine s'est considérablement amplifié. La question de l'environnement comme élément interactif de constitution du handicap et l'approche systémique de la question ont transformé progressivement le cadre d'élaboration de l'outil. Les associations de personnes victimes de déficiences ont aussi joué un grand rôle. La démedicalisation de l'outil est à l'aune de la participation croissante de sociologues, psychologues et anthropologues et de personnes atteintes elles-mêmes de déficiences dans leur processus de production. Un puissant mouvement intellectuel, communautaire et politique est à la base de l'évolution vers la CIF. Les pays anglo-saxons et le Québec ont fourni la trame conceptuelle (Disability studies). Le mouvement international Independent living et le lobbying des organisations internationales des personnes handicapées ont porté cette réflexion. Il y a eu une mobilisation politique des grands organismes mondiaux (ONU, Conseil de l'Europe, EU) en faveur du droit des personnes handicapées.³

Vingt cinq ans de travaux ont donné lieu en 2001 à l'avalisation par l'OMS de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)⁴.

2. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) ; 2001

Evolution conceptuelle

Fruit d'une évolution profonde des concepts de santé en une vingtaine d'années, la CIF s'organise autour du concept bio-médico-psycho-social et de la complexité des interactions sociales et environnementales. L'évolution de la CIDIH en CIF est bien décrite par Patrick Fougeyrollas, président du Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH) dans un article disponible au téléchargement³

Cette nouvelle classification analyse les situations de handicap par quatre composants :

- l'organisme (les structures anatomiques et les fonctions physiologiques qui sont plus ou moins déficientes - personne n'a un corps parfait !)
- la participation (les activités accessibles ou inaccessibles, les actions qui peuvent être accomplies ou non)
- les facteurs environnementaux (ce que la société a prévu ou non pour faciliter l'intégration des personnes en situation de handicap)
- les facteurs personnels (les situations individuelles)

Ainsi, le handicap n'est pas une maladie, ni un problème seulement individuel, mais une situation influencée par différents facteurs, notamment des facteurs corporels et des facteurs sociaux. Une même déficience, un même problème corporel sera vécu de manière très différente selon le regard que la société porte sur lui, selon la manière dont la société est organisée⁵

La santé comme phénomène dynamique

Les éléments de la CIF sont en relation circulaire et interagissent entre eux. C'est cette interactivité qui permet de voir la santé comme un phénomène dynamique résultant d'influence complexe. La figure suivante résume cette situation :

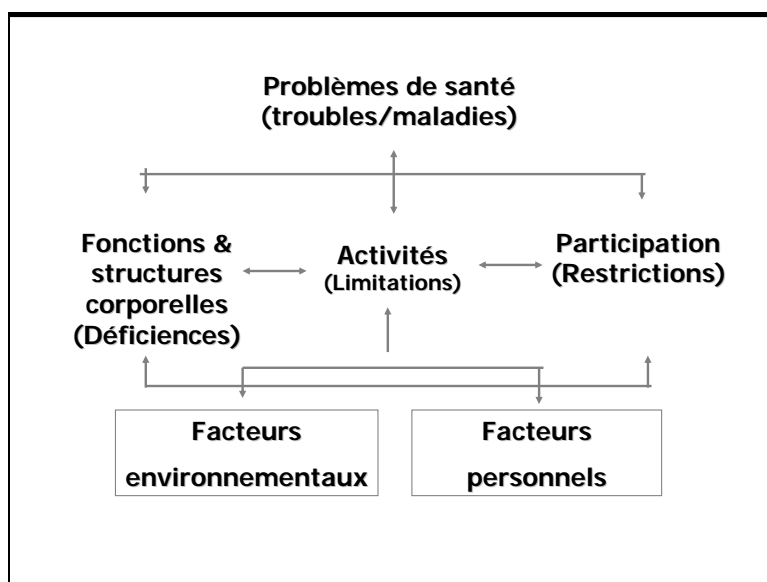


Tableau 2 Modèle conceptuel de la CIF (2001)

La notion de handicap se trouve aujourd'hui modifiée. Le handicap suppose toujours une altération anatomique ou fonctionnelle quelle qu'en soit la cause : anomalie congénitale, trouble de développement de l'enfance, maladie, traumatisme. Mais le regard s'est déplacé

vers les difficultés qui en résultent pour les personnes handicapées quant à leur participation à la vie sociale et le rôle que l'environnement peut jouer dans l'aggravation ou l'atténuation de ces difficultés⁶.

Le handicap est conçu comme une restriction de la participation sociale des personnes résultant de l'interaction entre des caractéristiques personnelles (dont les déficiences et limitations d'activité), et des facteurs environnementaux

Un vocabulaire descriptif

La CIF est appelée classification en référence à son appartenance à la Famille Internationale des Classifications de l'OMS. En fait il s'agit d'un vocabulaire descriptif de la réalité humaine et de ses interactions. Elle établit une liste assez complète mais non exhaustive de domaines pour décrire la structure du vivant, ses fonctions et ses interactions sociales et environnementales. Ces domaines ne sont pas exclusifs et l'imprécision de certains items crée un certain recouvrement. La CIF tente d'objectiver comment les gens font face à leurs problèmes de santé.

C'est par l'introduction de « Qualificatifs » (qualifiers) sorte d'indicateurs de gravité accolés aux différents domaines qu'elle touche au concept de classification dans la mesure où les indicateurs introduisent une hiérarchisation des problèmes rencontrés.

Une classification et non une simple liste

Dans la classification CIDHI (1980) la relation entre déficience et limitation d'activité était vécue comme causale ce qui n'est pas le cas dans la CIF (2001). Celle-ci décrit la déficience mais la limitation d'activité n'en n'est pas forcément le fruit. Dans la CIF le terme déficience est utilisé exclusivement pour décrire les limitations des structures ou fonctions corporelles. La limitation d'activité réfère aux difficultés rencontrées par la personne

La rupture avec la CIDHI est quasi complète. Cette dernière listait les déficits, la CIF veut décrire le vivant de façon neutre et systémique et y accole d'éventuels problèmes interactifs.

La CIF se veut donc un instrument utilisable à des fins de description, de recherche, de statistique par toute institution qui prétend se préoccuper de l'existence des humains et de leur santé avec ou sans connotation d'altération, de déficience ou d'invalidité.

Le fonctionnement et le handicap s'insérant dans un contexte, la CIF comprend également une liste de facteurs environnementaux. On a voulu insister sur le terme fonction car elle insiste sur la santé et le fonctionnement plutôt que sur l'invalidité⁷

Ainsi, la CIF complète la CIM (Classification internationale des Maladies) et va bien au-delà de la mortalité et des maladies.

Un autre point de vue

La CIF a un intérêt en tant que nomenclature ne relevant d'aucune discipline particulière, ne s'appuyant sur aucun corpus en particulier. Elle offre au contraire un autre point de vue sur les situations de vie, à distance de l'analyse clinique puisqu'elle ne vise pas les mêmes objectifs. Il s'agit de connaître les possibilités et les obstacles à l'intégration des personnes aux milieux et institutions ordinaires de la société et non d'établir un diagnostic sur leur fonctionnement intellectuel ou psychique⁸

On verra plus loin comment la CIF a réussi à s'imposer comme standard international.

3. Structure de la CIF

Les auteurs utilisent les termes suivants pour décrire la structure de la CIF : parties, composants, chapitres, blocs, catégories, niveaux, schémas et qualificatifs. Chapitre et catégories sont distribués en niveaux. Le terme schéma est utilisé pour décrire la hiérarchisation par les qualificatifs

Parties

La CIF est structurée selon un mode hiérarchique, selon des principes taxinomiques standards*. Elle est organisée en deux parties :

La Partie 1 comprend les composants suivants :

- fonctions organiques et structures anatomiques
- activités et participation

La Partie 2 comprend les composants suivantes :

- facteurs environnementaux,
- facteurs personnels (qui ne sont pas classifiés dans la CIF).

On peut explorer la classification en français sur le site sur le site de l'OMS consacré à la CIF†

Composants

Les composants sont au nombre de quatre, chacun identifié par une lettre :

- **b** pour les fonctions organiques
- **s** pour les structures anatomiques
- **d** pour l'activité et la participation
- **e** pour les facteurs environnementaux

Les composants Fonctions organiques et Structures anatomiques, Activités et Participation, et Facteurs environnementaux, ont été classifiés de façon indépendante les unes des autres. En conséquence, les termes repris dans un de ces composants ne sont pas repris sous les autres. S'il le désire‡, l'utilisateur pourra remplacer le préfixe **d** par **a** (activité) ou **p**(participation), afin d'indiquer un renvoi à Activité ou à Participation.

Chapitres

Chaque composant de la classification est organisé en chapitres ou domaines sous lesquels figurent des catégories communes ou des éléments spécifiques.

- **Fonctions de l'organisme** : 8 chapitres
Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques).
- **Structure corporelle** : 8 chapitres

* « principes taxinomiques standards » : expression telle qu'utilisée par les auteurs de ICF

† On trouvera toutes références Internet utiles avec la reproduction de cet article sur <http://docpatient.net/cif/>

‡ « S'il le désire » expression telle qu'utilisée par les auteurs de ICF

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

- **Activités et participation** : 9 chapitres
Une activité signifie l'exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose.
La participation signifie le fait de prendre part à une situation de la vie réelle.
- **Facteurs environnementaux** : 5 chapitres
Ils constituent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie. Les facteurs sont externes à la personne et peuvent avoir une influence positive ou négative sur la performance de la personne en tant que membre de la société, sur la capacité de la personne, ou sur une fonction organique ou une structure anatomique de cette personne.

Catégories

Ce sont les classes et sous-classes au sein d'un chapitre donné d'un composant, c.-à-d. des unités de classification. Au sein de chaque chapitre, il y a des catégories distinctes à deux, trois ou quatre niveaux, comportant chacune une courte définition de la catégorie, avec des inclusions et des exclusions afin d'aider à choisir le code qui convient.

Pour chaque composant, les catégories ont été articulées selon une structure hiérarchisée en arbre décrite comme un schéma tronc-branche-feuille[§] de telle sorte qu'une catégorie de niveau inférieur partage les attributs des catégories de niveau supérieur dont elle fait partie.

Les catégories sont conçues de manière à s'exclure mutuellement, c'est-à-dire que deux catégories de même niveau ne partagent pas exactement^{**} les mêmes attributs. Toutefois, cela ne veut pas dire qu'on ne puisse utiliser plus d'une catégorie pour classer le fonctionnement de tel ou tel individu. Une telle pratique est autorisée, voire recommandée, si besoin est.

Les blocs

Les chapitres se subdivisent souvent en « blocs » de catégories.

Par exemple, au chapitre 3 de la classification Activité et Participation (Communication), il y a trois blocs

- Recevoir des messages (d310-a329)
- Produire des messages (d330-a349)
- Conversation et utilisation des appareils et des techniques de communication (d250- d289)

Les blocs sont là pour faciliter la tâche de l'utilisateur et ne servent normalement pas pour le codage.

Niveaux

Ils définissent la disposition hiérarchique qui fournit des indications détaillées des catégories (c'est à dire la granularité des domaines et des catégories). Le premier niveau comprend tous les éléments du deuxième niveau, et ainsi de suite.

[§] « Schéma tronc-branche-feuille » : expression utilisée par les auteurs de la CIF

^{**} « Pas exactement » : expression telle qu'utilisée par les auteurs de ICF

Tandis que les chapitres occupent le niveau 1 de la classification, les catégories occupent les niveaux 2 à 4

Les lettres b, s, d et e sont suivies d'un code numérique qui commence par le numéro du chapitre (1 chiffre), suivi par le deuxième niveau (2 chiffres) et les troisième et quatrième niveaux (seulement pour les fonctions organiques) (1 chiffre chacun).

Par exemple, on trouve dans la classification des fonctions organiques:

- b2 Fonctions sensorielles et douleurs (élément de niveau 1)
- b210 Fonctions visuelles (élément de niveau 2)
- b2102 Qualité de la vision (élément de niveau 3)
- b21022 Sensibilité au contraste (élément de niveau 4)
-

On trouvera ci-dessous quelques exemples de catégories avec les niveaux successifs.

b160 Fonctions de la pensée

fonctions mentales spécifiques associées au composant idéatoire de l'esprit

Inclusions: fonctions du rythme, de la forme, de la maîtrise et de contenu de la pensée; fonctions de la pensée orientée vers un but; fonctions de la pensée non orientée vers un but; fonctions de la pensée logique; fonctions relevant de la pression de la pensée, évanescence des idées, blocage de la pensée, incohérence de la pensée, pensée tangentielle, prolixité circonlocutoire, délire, obsessions et compulsions

Exclusions: fonctions intellectuelles (b118); fonctions de la mémoire (b144); fonctions psychomotrices (b148); fonctions perceptuelles (b156); fonctions cognitives de niveau supérieur (b164); fonctions mentales spécifiques du langage (b168); fonctions de calcul (b172)

b1600 Rythme de la pensée

fonctions mentales qui produisent la rapidité du processus mental

b1601 Forme de la pensée

fonctions mentales qui organisent le processus mental en ce qui concerne sa cohérence et sa logique

Inclusions: déficiences de persévération idéatoire, de la pensée tangentielle et de prolixité circonlocutoire

b1602 Contenu de la pensée

fonctions mentales constituées des idées présentes dans le processus mental et ce qui est conceptualisé

Inclusions: déficiences de délire, d'idées surinvesties et de somatisation

b1603 Contrôle de la pensée

fonctions mentales qui fournissent la maîtrise volontaire de la pensée et sont reconnu comme tel par la personne **Inclusions:** déficiences de rumination, d'obsessions, de diffusion de pensée et d'insertion de pensée

b1608 Autres fonctions précisées de la pensée

b1609 Fonctions non précisées de la pensée

**Tableau 3 Exemple d'une catégorie dans la composant fonction corporelle (b),
Chapitre 1 fonctionnement mental, catégorie 60**

Schémas

Les schémas sont définis par l'utilisation de qualificatifs. C'est l'application de ces qualificatifs qui permet d'utiliser la CIF pour évaluer l'état de santé. Les qualificatifs désignent, par exemple l'importance du niveau de santé ou la gravité du problème dont il est question. Les qualificatifs sont codés sous la forme d'un, deux ou trois chiffres après le point séparateur. La description d'un item de la CIF s'exprime par un code spécifique additionné d'au moins un code qualificatif. Faute de quoi, les codes spécifiques n'ont pas de signification.

Il y a quatre schémas pour la Partie 1 et deux pour la Partie 2.

- Pour la Partie 1, ce sont :
 - les schémas concernant les structures corporelles
 - **1. les qualificatifs de changements de structure anatomique (s)**
 - les schémas concernant les fonctions organiques
 - **2. les qualificatifs de changements de fonctions organiques (b)**
 - les schémas concernant les activités et participations (d) ou (a & p)
 - **3. les qualificatifs de capacité**
 - **4. les qualificatifs de performance**
- Pour la Partie 2, il s'agit:
 - schémas concernant les facteurs environnementaux (e)
 - **5. les qualificatifs facilitateurs**
 - **6. les qualificatifs barrières**

Qualificatif générique

Pour tous les composants (s, b, d et e) on utilisera le qualificatif générique uniforme dont l'échelle est graduée de 0 à 4. Avoir une difficulté peut vouloir dire une déficience, une limitation, une restriction ou se heurter à un obstacle, selon le schéma dont il s'agit. Les adjectifs qui conviennent, figurant entre parenthèses ci-dessous, devront être choisis selon le domaine de classification correspondant.

xxx.0	AUCUN problème	aucun, absent, négligeable	0-4%
xxx.1	Problème LEGER	léger, faible	5-24%
xxx.2	Problème MODERE	moyen, passable	25-49%
xxx.3	Problème GRAVE	élevé, extrême	50-95%
xxx.4	Problème ABSOLU	total	96-100%
xxx.8	non précisé		
xxx.9	sans objet		

Tableau 4 Les 5 graduations du Qualificateur générique

4. Technique de codage

Un code CIF est formé d'un indicateur alphanumérique de composant (s, b, d, a, p ou e), d'une succession de variables réservées au code numérique de catégorie, d'un point et d'une succession de variable réservées aux codes qualificatifs qui changent selon le type de composant sauf le premier d'entre eux qui indique la gravité d'un problème et est dénommé Qualificatif générique. La forme générale du code est donc n000.000

une LETTRE	n	n
suivie d'un CODE DE CHAPITRE	0	n0
suivie d'un CODE DE CATEGORIE de niveau 1	00	n00
suivie d'un CODE DE CATEGORIE de niveau 2 (max 4)	0	n000
puis d'un point	.	n000.
suivi d'un ou plusieurs CODES QUALIFICATIFS	00	n000.00

Tableau 5 Principe de construction d'un code de la CIF

Codage des catégories

La caractéristique de la CIF est donc que chaque item est décrit par un code alphanumérique modifié par un deuxième code numérique qui qualifie le premier. Dans le code alphanumérique, la position des caractères est spécifique d'un composant, d'un chapitre, d'une catégorie et d'un niveau de catégorie. La trame générale d'un code alphanumérique de catégorie de la CIF est **n000** ou **n** est un des caractères alphanumériques **s, e, d, a, p,** ou **e** et **x** un nombre spécifique au classement des items. On retrouvera les codes associés aux catégories sur le site sur le site de l'OMS consacré à la CIF⁷. Le site en anglais www.icfillustration.com fournit des illustrations pour chaque catégorie.

Exemples:

- Fonctions (b)
b2101 désigne les fonctions du champs visuel. **d** pour activité et participation dans le quel **2** est le chapitre des fonctions sensorielles et de la douleur, **10** se rapporte aux fonctions visuelles et **1** spécifie le champ visuel
- Structures (s)
s73001 désigne l'**articulation du coude**. Dans cet exemple **s** se rapporte à la **Structure corporelle**, **7** indique le chapitre 7 : structures liées au mouvement, **30** indique la structure du membre supérieur, **0** le bras et **1** spécifie le coude.
- Activités et Participation (d)
d5201 signifie **prendre soin de ses dent**. Dans cet exemple, **d** se rapporte à la composant **Activité et participation**, **5** réfère au chapitre 5 de ce composant, **20** est la catégorie **prendre soin de son corps** et **1** indique les dents
- Environnement (e)
e5401 se rapporte aux **Systèmes relatifs aux transports**. Dans cet exemple, **e** désigne les facteurs environnementaux, **5** se rapporte au chapitre 5 Services, systèmes et politiques, **40** aux Services, systèmes et politiques en matière de transport **1** aux systèmes relatifs aux transports.

Codes Qualificatif Fonctions organiques

Le composant Fonctions organiques comprend [8 chapitres](#) et utilise le [Qualificatif Générique](#) en première position après le point.

b 0 0 0. _

Le code a droite du point sera choisi parmi les 5 niveaux du Qualificatif générique. De cette façon, on marquera l'altération éventuelle et son niveau d'importance.

b 0 0 0. 0	aucun problème
b 0 0 0. 1	problème léger
b 0 0 0. 2	problème modéré
b 0 0 0. 3	problème grave
b 0 0 0. 4	problème total
b 0 0 0. 8	non précisé
b 0 0 0. 9	sans objet

Exemple:

La déficience d'une personne souffrant d'hémiplégie peut être décrite avec le code b7302 «Puissance des muscles d'un côté du corps » Voir à ce sujet le processus de [codage de catégorie](#)

Une fois la déficience présente, on peut en graduer la gravité à l'aide du code qualificatif générique. Par exemple :

b.7302.1 Déficience LÉGÈRE de la puissance des muscles d'un côté du corps (5 à 24%)
 b.7302.2 Déficience MODÉRÉE de la puissance des muscles d'un côté du corps (25 à 49%)
 b.7302.3 Déficience GRAVE de la puissance des muscles d'un côté du corps (50 à 95%)
 b.7302.4 Déficience ABSOLUE de la puissance des muscles d'un côté du corps (96 à 100%)

L'absence d'une déficience (en fonction d'un seuil prédéfini) est pointée d'un «0» pour le code qualificatif générique. Par exemple :

b7302.0 PAS de déficience de la puissance des muscles d'un côté du corps

Si l'on manque d'informations pour graduer la gravité de la déficience, on utilisera le chiffre 8. Par exemple, si le dossier médical d'un individu indique qu'il souffre d'une faiblesse du côté droit du corps, sans donner plus de détails, on pourra alors appliquer le code suivant :

b7302.8 Déficience non précisée de la puissance des muscles d'un côté du corps

Qualificatif Système corporel

Le composant Structures corporelles comprend 8 chapitres. Le Qualificatif Générique code en première position après le point la gravité, en deuxième la nature et en troisième le siège de la déficience

s 0 0 0. _ _ _

Le premier code à droite du point, marquant la **gravité**, sera choisi parmi les 5 niveaux du Qualificatif générique. De cette façon, on marquera l'altération éventuelle et son niveau d'importance.

s 0 0 0. 0 _ _	aucun problème
s 0 0 0. 1 _ _	problème léger
s 0 0 0. 2 _ _	problème modéré
s 0 0 0. 3 _ _	problème grave
s 0 0 0. 4 _ _	problème total
s 0 0 0. 8 _ _	non précisé
s 0 0 0. 9 _ _	sans objet

Le deuxième code à droite du point, marquant la **nature** de la déficience de la structure anatomique sera noté selon l'échelle suivante ;

s 0 0 0. _ 0 _	aucun changement de structure
s 0 0 0. _ 1 _	absence totale
s 0 0 0. _ 2 _	absence partielle
s 0 0 0. _ 3 _	partie supplémentaire
s 0 0 0. _ 4 _	dimensions anormales
s 0 0 0. _ 5 _	discontinuité
s 0 0 0. _ 6 _	position déviante
s 0 0 0. _ 7 _	changements qualitatifs de structure
s 0 0 0. _ 8 _	non précisé
s 0 0 0. _ 8 _	sans objet

Le troisième code à droite du point indiquera le **siège** de la déficience affectant une structure anatomique selon les codes suivants.

s 0 0 0. _ _ 0	plus d'un siège
s 0 0 0. _ _ 1	droite
s 0 0 0. _ _ 2	gauche
s 0 0 0. _ _ 3	des deux côtés
s 0 0 0. _ _ 4	avant
s 0 0 0. _ _ 5	arrière
s 0 0 0. _ _ 6	proximale
s 0 0 0. _ _ 7	distale
s 0 0 0. _ _ 8	non précisé
s 0 0 0. _ _ 9	sans objet

Exemples:

- Un patient souffre d'une altération sévère de la surface de la cornée qui présente une taie (changement quantitatif de structure) du côté droit.

code de catégorie	cornée	s2201	code complet : s2201.371
premier digit à droite du point	déficiência sévère	. 3 _ _	
deuxième digit à droite du point	changement de structure	. _ 7 _	
troisième digit à droite du point	à droite	. _ _ 1	

- Un patient est gravement atteint dans son intégrité par une absence totale de l'articulation du genou droit remplacée temporairement par un spacer.

code de catégorie	articulation du genou	s75011	code complet : s75011.311
premier digit à droite du point	déficiência sévère	. 3 _ _	
deuxième digit à droite du point	absence totale	. _ 1 _	
troisième digit à droite du point	à droite	. _ _ 1	

- Une patiente est modérément atteinte dans son intégrité par des lésions cérébrales multiples de sclérose en plaque

code de catégorie	structure du cortex cérébral	s1100	code complet : s1100.270
premier digit à droite du point	déficiência modérée	. 2 _ _	
deuxième digit à droite du point	changements qualitatifs de structure	. _ 7 _	
troisième digit à droite du point	plus d'un siège	. _ _ 0	

Qualificatif Activités et Participation

Le composant Activités et Participation comprend 9 chapitres et utilise le [Qualificatif Générique](#) en première position après le point pour estimer la Capacité et en deuxième position après le point pour estimer la Performance

Exemple : **d4500**: code de la catégorie : marcher sur de courtes distances

Epreuve de graves difficultés pour marcher sur de courtes distances d 4 5 0 0 . 3 _ capacité		Assisté (béquilles), pas de difficulté pour marcher sur de courtes distances d 4 5 0 0 . _ 0 performance	→	N'arrive pas à marcher seul mais bien avec béquilles sur de courtes distances d 4 5 0 0 . 3 0
---	--	---	---	---

Rappel des définitions publiées par les auteurs de ICF dont on remarquera le caractère synonymique et tautologique: Une **activité** signifie l'exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose.

- La **participation** signifie le fait de prendre part à une situation de la vie réelle.
- Les **limitations d'activité** désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité.
- Les **restrictions de participation** désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation réelle.

Code qualificatif de :

- **Capacité** : aptitude qu'a une personne à effectuer une tâche ou une action dans un environnement standard et sans aucune assistance.
Ce code définit le niveau de fonctionnement le plus élevé qu'une personne est susceptible d'atteindre dans un domaine donné à un moment donné.
Il faut une réponse à la question : *“La personne peut-elle effectuer telle tâche ?” : elle peut le faire!* L'aptitude intrinsèque d'une personne à exécuter une tâche ou entreprendre une action est à évaluer dans un environnement « standard ».
- **Performance** : ce que la personne fait dans son cadre de vie habituel (assistances comprises). Il faut une réponse à la question : *“ La personne fait-elle telle tâche ?” : il la fait !* Il faut évaluer ce qu'une personne fait dans son environnement réel et habituel (avec assistance) Cette notion est dépendante de l'environnement (se reporter au codage de qualificatifs dans le composant environnement) :

Exemples:

- Un patient est alexique et même si on l'aide, il n'y arrive pas.

code de catégorie	Lire	d166	code complet : s166.44
premier digit a droite du point : capacité	déficiência totale	. 4 _	
deuxième digit a droite du point : performance	déficiência totale	. _ 4	

- Un patient atteint de polyarthrite éprouve de grosses difficultés à se laver

code de catégorie	se laver des parties du corps	d5100	code complet : d5100.31
premier digit à droite du point : capacité	ne peut le faire sans gros efforts	. 3 _	
deuxième digit à droite du point : performance	après adaptation de la douche (siège, barres, etc.)	. _ 1	

- Un chef de service est infernal avec ses subordonnés

code de catégorie	Relations avec des subordonnés	d7501	code complet : d7501.41
premier digit à droite du point : capacité	déficiência totale; harcèlement, plainte, etc.	. 4 _	
deuxième digit à droite du point : performance	nette amélioration après intervention psychologue de l'usine	. _ 1	

Qualificatif Environnement

Le composant Environnement comprend 5 chapitres et utilise la gradation du [Qualificatif Générique](#) d'une façon particulière selon que l'effet soit facilitateur ou barrière.

Les codes génériques seront donc présentés de deux façons pour le composant Environnement :

Qualificatif Facilitateur (signe+)

e000. +0	AUCUN facilitateur
e000. +1	Facilitateur LEGER
e000. +2	Facilitateur MODERE
e000. +3	Facilitateur IMPORTANT
e000. +4	Facilitateur ABSOLU
e000. +8	Facilitateur non précisé
e000. +9	sans objet

Qualificatif Barrière (signe -)

e000.-0	AUCUN Obstacle
e000.-1	Obstacle LEGER
e000.-2	Obstacle MODERE
e000.-3	Obstacle GRAVE
e000.-4	Obstacle ABSOLU
e000.-8	Obstacle non précisé
e000.-9	sans objet

- Personne tétraplégique mais qui peut conduire un véhicule adapté

code de catégorie	Produits et systèmes techniques destinés à faciliter la mobilité et le transport à l'intérieur et à l'extérieur	e1201	code complet : e1201. +4
qualificatif Environnement	effet facilitateur complet (signe +)	+ 4	

- Patient présentant des troubles du langage en amélioration après séances d'orthophonie (logopédie)

code de catégorie	Services, systèmes et politiques relatifs à la santé	e580	code complet : e580. +3
qualificatif Environnement	Facilitateur important (signe +3)	+ 3	

- L'humidité dans la maison est un gros problème

code de catégorie	Humidité	e2251	code complet : e2251.-3
qualificatif Environnement	Obstacle important (signe -3)	- 3	

5. Techniques d'acquisition d'information

Bien qu'elle implique une modification importante de la perception du patient, la CIF a été utilisée par de nombreux auteurs dans le monde entier mais le plus souvent sous forme parcellaire ou expérimentale.

ICF Check list

Contrairement à d'autres outils catégoriels comme ICD ou ICPC, les auteurs n'utilisent en général pas la CIF en entier sous forme imprimée ni même sous forme électronique. Les situations qu'elle décrit sont trop nombreuses et trop complexes (1400 items) pour favoriser une utilisation globale. L'OMS a d'ailleurs publié un questionnaire standardisé, appelé en anglais « ICF check list » disponible en version française⁹. Ce questionnaire comporte les principales catégories de la Classification. Long de 15 pages, c'est un outil peu pratique pour enregistrer des informations sur le fonctionnement et le handicap d'une personne.

ICF Core sets

Une autre méthode est la création de liste spécifique par les chercheurs eux-mêmes. Les chercheurs font un tri et choisissent dans les 1400 items de la CIF ceux qui paraissent pertinents à la recherche proposée. Ce choix procède le plus souvent d'une évaluation par un panel d'expert, souvent suivant une méthode Delphi¹⁰. Ce processus donne naissance à une liste d'item couramment appelée « ICF Core Set » dans la littérature. Des « ICF Core Sets » ont été proposés dans de nombreux tableaux cliniques. Comme attendu, ce sont les professionnels du handicap et de la réhabilitation¹¹, rhumatologues et physiothérapeutes qui ont d'abord mis l'outil en oeuvre. Ils ont été rapidement suivis par des chercheurs de toutes branches et des situations cliniques très différentes ont été étudiées de cette façon tels par exemple la Sclérose en plaque¹², la migraine¹³ ou le mal de dos¹⁴. Une revue très complète des usages de la CIF entre 2001 et 2005 a été publiée par Bruyère et al¹⁵ complétée en 2007 par Stamm et Machold¹⁶

La CIF et la médecine du travail

La CIF se montre attractive dans un domaine particulier qui est la relation entre l'invalidité et le travail. L'analyse de la structure et des fonctions corporelles ainsi que de l'activité et de la participation permet de fournir une évaluation, mais le choix des qualificatifs reste un problème de jugement très relatif de même que la question de l'environnement qui n'est bien sur jamais standardisable dans les conditions du réel¹⁷. Une échelle du fonctionnement basée sur la CIF a été mise au point en Norvège pour examiner une auto évaluation par les patients de leur capacité de travail. L'analyse de 383 cas d'incapacité de travail a permis de valider cette échelle¹⁸. Une autre étude norvégienne permet d'approcher, toujours grâce à la CIF, la difficile question de l'incapacité par lombalgies et sa dépendances des facteurs contextuel¹⁹. Un Mini-ICF-P soit mini CIF psychiatrique a même été mis au point en Allemagne permettant d'évaluer, avec un taux de corrélation acceptable, la capacité de travail de patients²⁰

6. Discussion

On voit que la CIF est un outil dynamique, réputée applicable tant en recherche qu'en management. Dans l'ensemble on sent une différence fondamentale entre la CIF et les

autres outils de l’OMS. La CIF est le fruit d’un travail multidisciplinaire non médicalisé stricto sensu. Les médecins coauteurs ont largement suivi les psychologues, anthropologues et sociologues dont certains étaient aussi des personnes subissant des déficiences dans leur vie personnelle. Le réseau Québécois et aux USA le mouvement « independent living » ont largement déterminé l’évolution paradigmatique qui a voulu transformer la CIF en outil holistique³.

L’utilisation de la CIF a permis de prendre en compte non seulement la sévérité de la maladie mais aussi l’importance des facteurs environnementaux et les facteurs personnels pour favoriser le retour au travail²¹. La remarquable étude ethnographique qualitative de Meershoek et coll.²² a toutefois bien montré que l’évaluation d’une incapacité implique bien plus qu’une prise de décision formelle et rationnelle. Le raisonnement des médecins est contextuel et délibératif en soi et donc leur évaluation de l’incapacité du patient est bien moins technique que normative.

On a déjà constaté que coder avec la CIF est difficile et long. Un entraînement est indispensable. La CIF devrait fournir un vocabulaire standardisé à l’usage des professionnels²³.

La CIF est un outil complexe Elle requiert un apprentissage de fond dans trois domaines. Celui des classifications est ardu dans le cas de la CIF avec ses 1400 concepts et sa structure hiérarchique et codées. Le design de formulaires de recueil d’information et leur codage demande aussi beaucoup de temps. Mais le plus exigeant est d’apprendre à penser selon le modèle bio-psycho-social dans lequel la personne, son environnement et son fonctionnement est au centre des préoccupations²⁴.

La CIF concerne seulement les dimensions objectives du fonctionnement et du handicap mais ne reconnaît ni ne classe la dimension subjective (satisfaction, qualité de vie, expérience subjective, etc.)²⁵.

La CIF utilise le concept d’environnement « standard » qui n’est pas opératoire, dont l’effet est impossible à quantifier et ne peut s’apprécier hors de situation globale. Le concept d’environnement standard est bien évidemment variable selon les ressources culturelles ou économiques⁸.

Les facteurs environnementaux ne sont pas en eux-mêmes des barrières ou des facilitateurs. . Leurs aspects négatifs ou positifs prennent naissance à l’interaction des structures et fonctions corporelles avec l’environnement²⁶.

La diversité des indicateurs du fonctionnement de l’enfant utilisés dans les enquêtes interdisciplinaires et multicentriques rend difficiles les estimations de la nature et de la gravité des handicaps dans l’enfance. La Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé pour l’Enfance et l’Adolescence (CIF-EA) peut contribuer à standardiser l’information relative aux états chroniques et au handicap dans l’enfance²⁷

LA CIF : un vocabulaire plus qu’une classification ?

Peu avant la publication officielle, la CIF fait l’objet d’une critique sévère par un taxinomiste français. Christian Rossignol²⁸ expertisant la CIF pour le compte du centre collaborateur français de l’OMS lui dénie l’appellation de classification et lui accorde

tout au plus le titre de vocabulaire assemblé à des fins plus politiques que scientifiques. Il se base sur l'absence de définitions claires des classes et sous-classes et sur le manque d'exhaustivité et d'exclusivité des catégories. Selon lui, l'absence de définitions conceptuelles précises rend la traduction très aléatoire.

Sa collègue C. Barral, du centre collaborateur français de l'OMS publie en 2002 un article très documenté²⁹ qui montre à l'évidence l'impact des décisions économiques et politiques au détriment des groupes de scientifiques dans l'avalisation quasi à marche forcée de la CIF par l'OMS.

Ces mises au point n'ont pourtant eu que peu d'impact sur la diffusion de la CIF. Huit ans plus tard, d'innombrables travaux réalisés dans quasi toutes les branches de la médecine ont fait de la CIF un instrument international incontournable. Son succès est tel qu'elle est endossée par l'Institute of Medicine des Etats-Unis³⁰ et que l'Europe sponsorise son développement notamment au travers du programme Murinet³¹.

Le projet Murinet est afférent au sixième programme de recherche européen. Il est destiné à changer l'approche du handicap et à promouvoir un nouveau modèle de politique sociale et de la santé en Europe. Murinet est aussi un outil pédagogique pour des chercheurs tant seniors que juniors qui pourront bénéficier de bourses de formation. Treize partenaires de six pays et l'Organisation Mondiale de la Santé sont engagés dans ce projet qui a débuté en février 2007.

Ce succès doit aussi être imputé à la création d'un réseau mondial de centres collaborateurs de l'Oms pour la CIF, animés par des chercheurs de tout premier plan.

La CIF ; des questions éthiques en suspend ?

Le projet annoncé de la CIF est de rencontrer l'être humain dans son agir, quelles que soient les circonstances qui puissent l'avoir affecté.

Ce projet d'apparence humaniste est pourtant gravement amputé par la non prise en compte d'au moins deux dimensions fondamentales de l'humain, je veux dire l'angoisse et le temps. La CIF examine les structures et le fonctionnement du corps, elle analyse les activités et la participation et veut prendre en compte l'environnement. Mais elle le fait de façon quasi mécanique, provoquant, pour les besoins de la cause une réification de l'humain dont l'angoisse existentielle est évaluée au titre des émotions (b152 Fonctions émotionnelles) et la subjectivité oubliée.

Le plaidoyer d'un chercheur japonais²⁵ pour une prise en compte des éléments subjectifs dans la CIF n'a pas été suivi et c'est une approche cadavérique de l'être que l'outil nous propose. L'évaluation des déficiences et des réactions à celles-ci ne s'embarrasse pas de connaître la colère ou le désespoir du patient qui devient l'objet de l'étude et non son sujet.

Que dire alors, dans le composant environnementale d'items tels que l'économique, le politique et le spirituel ? Va-t-on assister à la constitution de macro bases de données qui sous prétexte d'évaluer le fonctionnement vont pouvoir en toute impunité stocker des informations sensibles sur les humains ? Le prétexte des conséquences du terrorisme est déjà à la base d'étude au moyen de la CIF³². Bientôt des études par la CIF sur ses causes ?

Vers une globalisation conceptuelle ?

Les interprétations conceptuelles qui sous-tendent l'action thérapeutique sont nombreuses et battent en brèche le modèle universel proposés par la CIF.

Alors qu'une étude allemande³³ reprend le modèle du sommeil comme une fonction corporelle (b134), des collègues norvégiens³⁴ rappellent que les patients y voient une

activité dont l'interruption par la douleur a des conséquences sévères. Ainsi ce qui est classé en fonction corporelle d'un côté devient activité de l'autre, source de confusion que Rossignol avait déjà pointée de même que l'absence de limite claire entre activités et participations.²⁸

Dans la même étude allemande, la spiritualité (d930 et sous catégories) est classée selon la CIF comme une activité, soit quelque chose dans laquelle une personne s'engage, alors que dans le modèle choisi par les chercheurs norvégiens, la spiritualité est conçue comme l'élément central de la personne, comme l'essence du soi.

Les auteurs norvégiens rappellent que la diversité des modèles est parallèle à la complexité des humains. Dans sa volonté de tout englober dans un seul modèle, la CIF rabote et homogénéise, proposant une pauvre représentation de la richesse des réponses humaines à l'adversité.

Les auteurs norvégiens regrettent aussi la non prise en compte par la CIF des facteurs subjectifs et avancent que cette dernière utilise un concept de normalité indéfini. Patients et personnel de santé peuvent alors avoir des visions toute différentes de la même réalité.

Par ailleurs, même si la CIF a des items consacrés au temps (b180 Expérience de soi-même et fonctions du temps - b1140 Orientation par rapport au temps), la dimension du temps, celui qui coule et qui passe est insuffisamment prise en compte. Et pourtant le temps de l'handicapé est bien différent de celui qui ne l'est pas. Malgré toutes les adaptations environnementales, malgré tous les discours normalisateurs, le temps s'écoule avec une lenteur désespérante pour celui qui n'a qu'une jambe, une main ou qui est atteint d'alexie. Il obtiendra, grâce à l'aide qu'on lui apporte le but recherché, mais en combien de temps ? Cet aspect de la lenteur obligée liée au handicap est pourtant déterminant dans la vie quotidienne des personnes invalides et doit rentrer dans le modèle d'étude de leur « fonctionnement »

Et enfin, la CIF organise le « jugement » de l'observateur sur une base annoncée scientifique. La prise de décision sur le handicap ou la déficience perçue serait-elle plus objective pour autant ? La distanciation entre l'observateur et l'observé, la multiplication des items de type quantitatifs introduiraient-ils vraiment de l'objectivité dans la prise de décision ? Celle-ci en devient-elle plus scientifique alors qu'on sait par la recherche qualitative que les tendances normatives interviennent de façon déterminante chez les médecins arbitres lorsqu'il s'agit d'évaluer le déficit fonctionnel d'un patient³⁵

7. Conclusion

Si la CIF s'est imposée comme un outil consensuel international, c'est plutôt une imposition comme un plus petit commun dénominateur, qui bien qu'il souffre de carences conceptuelles et pêche par défaut de rigueur du point de vue taxonomique, permet aux chercheurs de croire qu'ils partagent un langage commun, un outil scientifique et un modèle annoncé systémique interactif.

Un outil dont le psychisme est absent comme le souligne l'historien H.J. Stikker³⁶. On donnera raison à ce dernier auteur pour qui la CIF traite « *du citoyen industriel, industriel, évaluable, voire informatisable, qui n'a pas d'intériorité, pas de passions, pas de révolte, pas de conflits, bref très peu d'état d'âme.* »

On ne peut que recommander aux scientifiques et planificateur de résister de poursuivre leur quête de l'outil idéal. Les classifications de l'OMS sont généralement soumises à révision et on peut espérer que la révision de la CIF sera profonde et systématique.

8. Références

N.B. On trouvera à l'adresse Internet <http://docpatient.net/cif/links-cif.html> une présentation des principaux sites Internet qui ont permis l'écriture de ce texte et qui devraient permettre aux lecteurs d'approfondir la connaissance de la CIF.

-
- ¹ World Health Organization. The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). 1980.
 - ² OMS, INSERM, CNTERHI. Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classifications des conséquences des maladies. PUF; 1988.
 - ³ Fougeyrollas P. L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap :Enjeux socio-politiques et contributions québécoises. PISTES © 2002;Vol. 4(No. 2).
 - ⁴ World Health Organization. International classification of functioning, disability and health. Geneva; 2001.
 - ⁵ Editorial, Centre d'information sur la surdité.DRASS/ CIS Aquitaine Available from: URL: <http://cis.gouv.fr/>.
 - ⁶ Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Exposé des motifs. . France; 2005.
 - ⁷ World Health Organization. WHO web site ICF beginners guide. Available from: URL: <http://www3.who.int/icf>.
 - ⁸ Peintre C, Barreyre JY. Evaluation d'une population d'enfants handicapés Objectifs, méthodologie, résultats et discussion sur l'utilisation de la CIF. 2005,]. Available from: URL: http://www.creai-idf.org/File/rekjavic_fr.pdf.
 - ⁹ OMS, CNTERHI. Questionnaire CIF Version 2.1a, Formulaire pour cliniciens de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé 2003. Available from: URL: http://www.ctnerhi.com.fr/images_v1/CCOMS/ICF_Checklist_French.pdf.
 - ¹⁰ Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustun BT, Stucki G. Identification of candidate categories of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for a Generic ICF Core Set based on regression modelling. BMC Med Res Methodol 2006;6:36.
 - ¹¹ Coenen M, Cieza A, Stamm TA, Amann E, Kollerits B, Stucki G. Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for rheumatoid arthritis from the patient perspective using focus groups. Arthritis Res Ther 2006;8(4):R84.
 - ¹² Khan F, Pallant JF. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to identify preliminary comprehensive and brief core sets for multiple sclerosis. Disabil Rehabil 2007;29(3):205-13
 - ¹³ Pathak DS, Chisolm DJ, Weis KA. Functional Assessment in Migraine (FAIM) questionnaire: development of an instrument based upon the WHO's International Classification of Functioning, Disability, and Health. Value Health 2005;8(5):591-600.
 - ¹⁴ Mullis R, Barber J, Lewis M, Hay E. ICF core sets for low back pain: Do they include what matters to patients? J Rehabil Med 2007;39(5):353-7.
 - ¹⁵ Bruyère S, VanLooy, S., & Peterson, D. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Contemporary literature overview. Rehabilitation Psychology 2005;50(2).
 - ¹⁶ Stamm T, Machold K. The International Classification of Functioning, Disability and Health in Practice in Rheumatological Care and Research 2007 Available from: URL: http://www.medscape.com/viewarticle/551886_1.
 - ¹⁷ De Boer W, Bruls G, Falez F. ICF and evaluation of work disability in social insurance. What are they about? What is their relationship? What is the use of ICF in disability evaluation? UEMASS, Lille, 2004. url <http://www.uemass.com/media/lille2004/bruls.PDF>
 - ¹⁸ Brage S, Fleten N, Knudsr d OG, Reiso H, Ryen A [Norwegian Functional Scale--a new instrument in sickness certification and disability assessments] [Article in Norwegian] [Tidsskr Nor Laegeforen. 2004 Oct 7;124\(19\):2472-4](http://www.tidsskr-nor-laegeforen.no/2004/Oct7;124(19):2472-4).

-
- ¹⁹ Wormgoor ME, Indahl A, van Tulder MW, Kemper HC. Functioning description according to the icf model in chronic back pain: disablement appears even more complex with decreasing symptom-specificity. [J Rehabil Med. 2006 Mar;38\(2\):93-9.](#)
- ²⁰ Linden M, Baron S. [The "Mini-ICF-Rating for Mental Disorders (Mini-ICF-P)". A short instrument for the assessment of disabilities in mental disorders] [Article in German] [Rehabilitation \(Stuttg\). 2005 Jun;44\(3\):144-51.](#)
- ²¹ Verbeek JH (2006) How Can Doctors Help Their Patients to Return to Work? [PLoS Med 3\(3\): e88 doi:10.1371/journal.pmed.0030088](#) (open access)
- ²² Meershoek A, Krumeich A, Vos R. Judging without criteria? Sickness certification in Dutch disability schemes. *Sociology of Health & Illness* 29 (4), 497–514 2007.
- ²³ Schuntermann MF. The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Germany: experiences and problems. *Int J Rehabil Res* 2005;28(2):93-102.
- ²⁴ Leonardi M, Bickenbach J, Raggi A, Sala M, Guzzon P, Valsecchi MR et al. Training on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): the ICF-DIN Basic and the ICF-DIN Advanced Course developed by the Disability Italian Network. *J Headache Pain* 2005;6(3):159-64.
- ²⁵ Ueda S, Okawa Y. The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for? *Disabil Rehabil* 2003;25(11-12):596-601.
- ²⁶ Sanford JA, Bruce C. The Physical Environment as an Independent Measure: A Framework for Understanding the Role of Environmental Attributes in Activity and Performance Outcomes. . Proceedings of the 12th annual NACCC conference on ICF; Vancouver 2006.
- ²⁷ Simeonsson R. La Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé pour Enfants et Adolescents (CIF-EA) : pour la comparabilité de données sur le handicap dans l'enfance Proceedings of the Handicap et classifications : des concepts à l'action; Tunis; 2006.
- ²⁸ Rossignol C. ICIDH-2 : projet b-2. Analyse textuelle conceptuelle et formelle. Rapport d'expertise. Centre national de la recherche scientifique, Laboratoire parole et langage -CNRS, Aix-en-Provence, France; 2000.
- ²⁹ Barral C, Roussel P. De la CIH à la CIF. Le processus de révision. *Handicap – Revue de Sciences Humaines et Sociales* 2002;94-95
- ³⁰ Institute of Medicine. "Patient Safety: Achieving a New Standard for Care." November 20, 2003. Available online at www.iom.edu/reports.asp.
- ³¹ Murinet ; Multidisciplinary Research Network on Health and Disability in Europe <http://www.headnetgroup.it/murinet.asp>
- ³² Seltser R, Dicowden MA, Hendershot GE. Terrorism and the international classification of functioning, disability and health: a speculative case study based on the terrorist attacks on New York and Washington. *Disabil Rehabil* 2003;25(11-12):635-43.
- ³³ Stamm TA, Cieza A, Machold K, Smolen JS, Stucki G. Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Australian Occupational Therapy Journal* 2005;53(1):9-17.
- ³⁴ Kjekken I, Lillemo S. Exploration of the link between occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health: A response from colleagues in Norway. *Australian Occupational Therapy Journal* 2006;53(2):142-3.
- ³⁵ Meershoek A, Krumeich A, Vos R. Judging without criteria? Sickness certification in Dutch disability schemes. *Sociology of Health & Illness* 29 (4), 497–514 2007.
- ³⁶ Stiker Henri-Jacques. Analyse anthropologique comparée de deux classifications : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS) et Classification québécoise dite de production du handicap (Société canadienne pour la CIDIH) . *Handicap – Revue de Sciences Humaines et Sociales* 2002;94-95 ; pp 95-109