

# Quand l'autonomie devient un score: Les angles morts de l'évaluation du handicap en Belgique

Marc Jamouille, MD, PhD  
Médecin généraliste — chercheur, Belgique  
HEC Liège Research, Université de Liège, Belgique  
marc.jamouille@uliege.be

Preprint — 24 septembre 2026

## Résumé

**Introduction.** L'allocation d'intégration belge repose sur une évaluation du degré d'autonomie selon six domaines fonctionnels cotés de 0 à 3. L'instrument, consacré réglementairement en 1987, conditionne l'accès à des droits sociaux importants. L'émergence du Long Covid, maladie fluctuante où l'effort physique, cognitif ou émotionnel peut entraîner une exacerbation retardée des symptômes, met particulièrement à l'épreuve une évaluation fonctionnelle ponctuelle.

**Méthodes.** Nous avons réalisé une analyse documentaire des textes réglementaires, des travaux préparatoires et d'archives communiquées en 2026 par l'administration, complétée par l'examen de documents contemporains de la DG Personnes handicapées (DG HAN), du Conseil supérieur national des personnes handicapées (CSNPH), de l'AVIQ et de la littérature relative à la CIF. Les observations sur l'application actuelle proviennent d'une pratique de médecine générale suivant une importante cohorte de patients atteints de Long Covid et sont présentées comme observations cliniques génératrices d'hypothèses, non comme mesure représentative de l'ensemble de la DG HAN.

**Résultats.** Trois constats se dégagent. Premièrement, l'échelle actuelle dérive de travaux administratifs menés entre 1979 et 1980; des essais pratiques avaient été demandés, mais aucun résultat de validation métrologique de l'instrument réglementaire de 1987 n'a été retrouvé dans le corpus examiné. Deuxièmement, l'instrument laisse une large place à l'interprétation de l'évaluateur; le CSNPH a lui-même signalé son caractère général, sa faible transparence et des interprétations diverses. Dans notre cohorte, des discordances importantes sont observées entre l'évaluation fonctionnelle documentée par le médecin traitant et le score administratif, parfois établi sur dossier sans rencontre avec le patient. Troisièmement, ce dispositif contraste avec l'évolution vers la Classification internationale du fonctionnement (CIF), explicitement utilisée comme cadre par l'AVIQ et ayant déjà servi de base à un nouvel instrument fédéral expérimental.

**Discussion.** Ces résultats plaident pour distinguer la légalité de l'instrument de sa validité métrologique et de la qualité de son application. Avant même une réforme du barème, le respect de l'esprit fonctionnel du guide de 1987 implique d'apprécier la personne dans sa vie réelle, en tenant compte du temps, de l'effort, de la douleur, des aides, de la variabilité et du recours à autrui. Pour le Long Covid, la formation des évaluateurs au malaise post-effort, aux fluctuations et aux troubles neurocognitifs apparaît indispensable. Une évaluation moderne devrait être standardisée, transparente, reproductible et articulée à la CIF et à l'expérience vécue de la personne.

**Mots-clés:** Handicap; Autonomie fonctionnelle; Allocation d'intégration; Service public fédéral Sécurité sociale – Direction générale Personnes handicapées (SPF DG HAN); Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ); Classification internationale du fonctionnement (CIF); Reproductibilité inter-évaluateurs; Long Covid; Belgique

---

## Pour comprendre ce dont parle cet article

En Belgique, certaines aides financières destinées aux personnes en situation de handicap dépendent notamment de leur degré d'autonomie dans la vie quotidienne. Pour l'allocation d'intégration, l'administration examine six domaines de la vie courante : se déplacer, préparer et prendre ses repas, assurer son hygiène et s'habiller, entretenir son logement, vivre de manière autonome et sans danger, et communiquer avec les autres.

Chaque domaine reçoit un nombre de points selon l'importance des difficultés rencontrées. Le total peut donc avoir des conséquences directes sur la reconnaissance administrative du handicap et sur les droits sociaux de la personne.

Cette évaluation ne devrait pas seulement demander si une personne *peut* accomplir une activité. Il faut aussi considérer **comment** elle l'accomplit : avec quelle fatigue, quelle douleur, quelle lenteur, quelle aide, quel risque et quelles conséquences après l'effort. Cette distinction devient particulièrement importante dans des maladies fluctuantes comme le Long Covid.

Cet article cherche à comprendre d'où vient cette méthode d'évaluation, comment elle est utilisée aujourd'hui et comment son fonctionnement pourrait être mieux documenté, rendu plus reproductible et rapproché des méthodes contemporaines de description du handicap.

---

## 1 Introduction

En Belgique, l'allocation d'intégration (AI) vise à compenser les conséquences d'une réduction d'autonomie. Son attribution dépend d'une évaluation dans six domaines : déplacement ; préparation et prise de nourriture ; hygiène et habillement ; entretien du logement ; capacité à vivre sans surveillance et à éviter les dangers ; communication et contacts sociaux. Chaque domaine est coté de 0 à 3 et le total détermine l'accès et la catégorie de l'allocation [4].

Cet instrument est juridiquement ancien mais toujours opérant. Or l'évaluation du handicap a profondément évolué depuis 1987, notamment avec la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), adoptée par l'OMS en 2001, qui articule fonctions corporelles, activités, participation et facteurs environnementaux [23, 18].

La question prend une acuité particulière avec le Long Covid. L'OMS reconnaît que cette affection peut limiter le travail, les activités quotidiennes et la participation sociale, et que l'exacerbation des symptômes après l'effort fait partie des tableaux désormais mieux caractérisés [26, 25]. Une personne peut ainsi être capable d'accomplir ponctuellement une tâche tout en étant incapable de la répéter, de la soutenir dans le temps ou de l'accomplir sans conséquence fonctionnelle importante.

L'objectif de cet article est de dresser un état des lieux de l'instrument fédéral d'évaluation de l'autonomie en reliant trois dimensions : son histoire et ses bases métrologiques ; son application actuelle et l'expérience rapportée par des patients ; sa place par rapport à l'évolution contemporaine vers des instruments fondés sur la CIF.

## 2 Méthodes

### 2.1 Analyse historique et documentaire

Ont été examinés la loi du 27 février 1987, ses arrêtés d'exécution, les travaux parlementaires 448/1 et 448/4, ainsi que quatre ensembles documentaires communiqués en septembre 2026 par le ministère et constituant le dossier historique de l'avis du Conseil supérieur des handicapés du 2 octobre 1980 [7, 6, 4, 10, 11, 13]. Ces archives comprennent notamment le rapport du groupe

de travail administratif du 13 juillet 1979, une proposition du Conseil supérieur du 16 juin 1979 et une note ministérielle du 31 juillet 1979 [19, 12, 8].

## 2.2 Analyse de l'application contemporaine

Les documents publics récents de la DG HAN, du CSNPH et les études commanditées par l'administration ont été examinés afin d'identifier les critiques institutionnelles, les projets de modernisation et les modalités de l'évaluation contemporaine [14, 15, 9, 20].

En parallèle, les observations cliniques proviennent de dossiers de patients atteints de Long Covid suivis en médecine générale. Elles portent notamment sur la concordance entre cotations fonctionnelles proposées par le médecin traitant et décisions administratives, le mode d'évaluation (sur dossier ou avec entretien), la prise en compte des documents, la motivation de la décision et l'expérience rapportée par le patient. Il ne s'agit pas, à ce stade, d'une étude quantitative représentative de l'ensemble des évaluations de la DG HAN ; ces données constituent un signal clinique et une base pour une étude ultérieure systématique.

## 2.3 Comparaison avec la CIF et l'AVIQ

La structure de l'échelle fédérale a été confrontée au cadre de la CIF et à son utilisation documentée dans les dispositifs wallons de l'AVIQ [23, 1, 2]. Les travaux fédéraux récents visant à développer un instrument modernisé fondé sur la CIF ont également été examinés [14].

# 3 Résultats

## 3.1 Histoire d'un instrument administratif dont la validation métrologique reste non documentée

L'échelle de 1987 n'est pas née ex nihilo. Un groupe de travail créé au sein de l'administration en 1979, composé de responsables administratifs et de médecins du service médico-social, a comparé plusieurs méthodes belges et étrangères. Il a notamment examiné une *Classification of handicaps (H code)* de l'OMS, une échelle médico-sociale néerlandaise et plusieurs instruments administratifs belges [19].

Le rapport du 13 juillet 1979 proposait une première échelle comportant 15 questions regroupées en indépendance, communication, socialisation et occupation, chacune cotée de 0 à 3. Une proposition parallèle du Conseil supérieur du 16 juin 1979 distinguait sept fonctions vitales et sociales et discutait même la possibilité de doubler le poids de certaines rubriques [19, 12]. Ces documents montrent que le choix des domaines, leur regroupement et leur pondération étaient encore en construction.

La note ministérielle du 31 juillet 1979 demandait que la nouvelle classification fasse l'objet d'essais pratiques par quelques médecins. Le rapport recommandait lui-même une période de test avant généralisation [8, 19]. Le dossier de 1980 fait ensuite apparaître pratiquement les six domaines qui seront consacrés en 1987 [13].

Ces archives documentent donc une construction progressive et une intention de pilotage. En revanche, dans le corpus actuellement retrouvé, nous n'avons identifié ni résultats chiffrés des essais de 1979, ni étude de reproductibilité inter-évaluateurs, ni test-retest, ni validation de construit ou de critère, ni justification statistique de l'addition des six scores ordinaux ou des seuils administratifs. Cette absence documentaire ne prouve pas qu'aucune étude n'ait jamais existé ; elle signifie que la validation métrologique de l'instrument réglementaire n'est pas démontrée par les sources actuellement disponibles.

Il est important de rappeler que le texte de 1987 possède pourtant une conception fonctionnelle plus riche que ne le suggère une lecture mécanique du score. Il demande de considérer non seulement la possibilité d'accomplir l'acte, mais aussi la rapidité, les efforts, la peine, les

aides techniques, l'aide d'autrui et la situation moyenne de la personne [4]. L'instrument historique contient donc, dans son esprit, des éléments particulièrement pertinents pour les maladies fluctuantes.

### **3.2 Application actuelle : une évaluation fonctionnelle largement dissociée du médecin traitant**

L'analyse historique montre que l'échelle de 1987 avait pour objectif de déplacer l'évaluation du diagnostic et de la lésion vers leurs conséquences concrètes sur l'autonomie. Son application actuelle pose cependant une autre question : *comment l'information fonctionnelle nécessaire à cette cotation est-elle recueillie, transmise et transformée en un score de 0 à 18 ?*

L'observation du circuit actuel fait apparaître plusieurs étapes distinctes : la transmission d'informations médicales par le médecin traitant, leur interprétation par la DG Personnes handicapées (DG HAN), l'évaluation des six domaines d'autonomie, puis la communication d'une décision administrative. Cette organisation tend à séparer celui qui dispose d'une connaissance longitudinale du fonctionnement du patient de celui qui attribue finalement les points déterminant l'accès à l'allocation d'intégration.

#### **3.2.1 Le médecin traitant transmet les données médicales, mais pas nécessairement l'évaluation fonctionnelle**

Le médecin traitant est sollicité pour transmettre à la DG HAN les informations médicales concernant son patient. Le formulaire médical F3 recueille notamment les diagnostics, les antécédents, les traitements et les éléments cliniques utiles à l'évaluation.

La transmission électronique de ces informations est aujourd'hui institutionnellement encouragée. L'utilisation de l'e-formulaire « Évaluation du handicap – SPF Sécurité sociale » intégré au dossier médical électronique constitue notamment l'un des critères de la prime de pratique intégrée en médecine générale [17].

Cette évolution facilite la transmission des données médicales mais introduit une particularité importante : dans le flux électronique utilisé en médecine générale, le médecin transmet le F3, tandis que la grille fonctionnelle F4 reprenant les six domaines d'autonomie et leur cotation de 0 à 3 n'est pas présentée comme une grille à compléter systématiquement par le médecin traitant.

Il en résulte une asymétrie documentaire. Le médecin qui connaît parfois le patient depuis plusieurs années transmet les données médicales nécessaires à l'évaluation, mais n'est pas systématiquement invité, dans le canal électronique promu, à documenter domaine par domaine les conséquences fonctionnelles de ces maladies ni à proposer une cotation selon l'instrument qui déterminera pourtant l'accès à l'allocation d'intégration.

Cette situation contribue probablement à la faible connaissance du F4 par les médecins traitants. Dans notre pratique, nous avons donc progressivement intégré explicitement les six domaines dans les rapports adressés à la DG HAN, en décrivant pour chacun les limitations observées, les aides nécessaires et une proposition de cotation. Cette démarche ne prétend évidemment pas se substituer à l'évaluation réglementaire de la DG HAN ; elle vise à rendre accessible à l'évaluateur une information fonctionnelle longitudinale qui risquerait autrement de rester implicite dans le dossier médical.

#### **3.2.2 La cotation finale relève de l'évaluation administrative**

La décision et la cotation retenues pour l'allocation d'intégration relèvent de la DG HAN. Le score du médecin traitant, lorsqu'il en propose un, ne constitue donc pas une cotation administrative et ne lie pas l'évaluateur.

Cette distinction est légitime : le médecin traitant et le médecin évaluateur n'occupent pas la même fonction. Elle pose cependant une question méthodologique lorsque leurs appréciations divergent fortement. Pour pouvoir comprendre une telle divergence, il faudrait pouvoir déterminer,

pour chacun des six domaines, quels éléments fonctionnels ont été retenus, écartés ou interprétés différemment.

Or l'information communiquée au patient est généralement centrée sur le résultat de l'évaluation. Dans les dossiers observés dans notre pratique, nous ne disposons pas systématiquement d'une motivation fonctionnelle détaillée permettant de reconstruire, domaine par domaine, le passage des informations médicales et fonctionnelles au score final.

Le problème n'est donc pas que deux médecins puissent aboutir à des évaluations différentes. Une telle variabilité est possible avec tout instrument clinique. La question est de savoir si cette variabilité peut être *mesurée, expliquée et discutée*.

### 3.2.3 Des modalités d'évaluation hétérogènes

L'évaluation peut comporter une rencontre avec la personne concernée. Les témoignages recueillis dans notre pratique décrivent cependant des modalités variables : entretiens parfois très courts, difficulté à exposer une situation complexe ou fluctuante, incertitude quant à la prise en compte des documents apportés et, dans certains cas, difficulté à être accompagné par un proche.

Certaines décisions sont également prises sur la base du dossier disponible, sans rencontre avec la personne. Une évaluation sur pièces peut présenter un avantage évident chez une personne sévèrement malade : elle évite un déplacement, une attente et une consultation susceptibles d'entraîner un coût physique important. Elle devient en revanche problématique lorsque le dossier ne permet pas de restituer correctement le fonctionnement quotidien ou lorsque la décision défavorable qui en résulte ne permet pas au patient et à son médecin de comprendre quels éléments fonctionnels ont déterminé la cotation.

Ces observations issues de la pratique ne permettent pas d'estimer la fréquence de ces différentes modalités au sein de la DG HAN. Elles constituent en revanche des variables mesurables qui devraient être intégrées à toute étude de reproductibilité de l'instrument : évaluation sur dossier ou en présence du patient, durée de l'entretien, présence d'un accompagnant, documents disponibles, documents effectivement considérés et information fonctionnelle transmise par le médecin traitant.

### 3.2.4 Le Long Covid comme situation révélatrice

Ces difficultés deviennent particulièrement visibles dans le Long Covid. L'évaluation de l'autonomie ne peut alors être déduite d'un examen ponctuel ni de la seule capacité à accomplir un geste au moment de la consultation.

Les patients peuvent présenter une combinaison variable de fatigabilité, intolérance à l'effort, aggravation post-effort, troubles cognitifs, dysautonomie, dyspnée, vertiges, douleurs, troubles sensoriels et difficultés de communication. La capacité observée à un instant donné peut ainsi différer considérablement de la capacité à accomplir une activité de manière répétée, sûre et durable dans la vie quotidienne.

Cette difficulté n'est pourtant pas étrangère à la logique du guide de 1987. Celui-ci demande déjà de considérer les conséquences fonctionnelles réelles, notamment l'effort nécessaire, la rapidité d'exécution, la douleur, le recours à des moyens auxiliaires ou à l'aide d'autrui, et de se référer à la situation moyenne plutôt qu'au seul état observé lors de l'examen [5].

Le Long Covid ne met donc pas seulement en évidence les limites éventuelles de l'instrument. Il interroge également les *conditions de son application*. Une personne peut être capable de marcher, de se laver, de préparer un repas ou de soutenir une conversation, tout en ne pouvant réaliser ces activités qu'au prix d'une lenteur majeure, d'une aide, d'une réduction des autres activités de la journée ou d'une aggravation différée des symptômes. Une évaluation qui assimilerait la possibilité ponctuelle de réaliser l'acte à une autonomie normale s'écarterait de la logique fonctionnelle même du guide.

Cette situation justifie une formation spécifique des évaluateurs aux maladies fluctuantes et, en particulier, à l'aggravation post-effort. Elle justifie également que l'entretien fonctionnel documente non seulement « *pouvez-vous le faire ?* », mais à *quelle fréquence, avec quel effort, avec quelle aide, en combien de temps et avec quelles conséquences ultérieures ?*

### 3.2.5 Discordances de cotation : un problème mesurable

Depuis que nous documentons systématiquement les six domaines dans nos rapports, plusieurs dossiers de patients atteints de Long Covid sévère ont montré des écarts importants entre la cotation proposée par le médecin traitant et celle retenue dans la décision administrative. Des propositions médicales situées, dans plusieurs cas, entre 9 et 13 points sur 18 ont ainsi été suivies de cotations administratives de 0, 3 ou 5 points.

Ces observations ne permettent pas de conclure que la cotation du médecin traitant serait correcte et celle de l'administration erronée. Elles mettent en évidence une question différente : *quelle est la concordance inter-évaluateurs de cette échelle et quels éléments expliquent les écarts observés ?*

Un cas récent illustre l'ampleur possible de cette discordance. Chez une patiente de 57 ans atteinte de Long Covid avec atteinte neurologique et aide familiale, l'évaluation fonctionnelle réalisée en médecine générale aboutissait à 13/18 : 2 points pour les déplacements, 2 pour les courses et la préparation des repas, 3 pour l'entretien du logement, 2 pour les soins corporels, 2 pour la communication et 2 pour la capacité à vivre en sécurité. La décision administrative communiquée à la patiente retenait 2/18. Selon les informations disponibles dans ce dossier, la décision avait été prise sans rencontre avec la patiente.

| <b>Évaluation fonctionnelle par le médecin traitant</b><br>Patiente, 57 ans – Long Covid (encéphalite)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Décision de la DG Personnes handicapées (SPF Sécurité sociale)</b><br>Même patiente – Décision reçue par courrier                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Déplacements – 2 points</b><br/>La patiente ne peut plus parcourir 300 m à pied sans s'arrêter. Essoufflement majeur, ralentissement idéatoire et fatigabilité extrême. Marche possible uniquement à vitesse très réduite, avec incapacité à parler en cas d'effort.</li> <li><b>Alimentation / Courses – 2 points</b><br/>Courses alimentaires et préparation des repas entravées par les troubles mnésiques (usage constant de rappels). Ne connaît plus la séquence des étapes pour cuisiner. Port de charges impossible. Assistance indispensable.</li> <li><b>Entretien de l'habitat – 3 points</b><br/>Incapacité à réaliser même les petites tâches ménagères. Aide extérieure permanente nécessaire.</li> <li><b>Soins corporels – 2 points</b><br/>Réalisation des soins corporels fortement ralentie, oublis fréquents. Besoin d'un tiers pour rappel et assistance.</li> <li><b>Communication – 2 points</b><br/>Perte du mot, troubles mnésiques affectant le langage, perturbations majeures dans les échanges avec autrui.</li> <li><b>Vivre en sécurité – 2 points</b><br/>Incapacité à réagir de manière adaptée à une situation imprévue ou dangereuse. Blocage décisionnel et désorganisation en cas de choc émotionnel.</li> </ol> <p><b>Total : 13 points / 18</b></p> | <p>Il a décidé que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vous <b>ne</b> remplissez <b>pas</b> les conditions médicales pour l'octroi de l'allocation de remplacement de revenus (ARR).</li> <li>- vous <b>ne</b> remplissez <b>pas</b> les conditions médicales pour l'octroi de l'Allocation d'Intégration (AI) sur la base de <b>2 points</b> sur 18.</li> </ul> <p><b>Total retenu par l'administration : 2 points / 18</b></p> <p><i>Décision prise sur dossier, sans que la patiente ait été rencontrée (selon les informations disponibles dans ce dossier).</i></p> |

FIGURE 1 – Exemple de discordance entre l'évaluation fonctionnelle du médecin traitant et la décision administrative. Chez une patiente de 57 ans atteinte de Long Covid avec atteinte neurologique, l'évaluation des six domaines par le médecin traitant aboutit à 13/18, contre 2/18 dans la décision de la DG Personnes handicapées. Selon les informations disponibles, cette dernière a été prise sur dossier, sans rencontre avec la patiente.

L'intérêt scientifique de ce cas n'est pas de déterminer, à partir d'une observation isolée, lequel des deux scores est le « bon ». L'écart de 11 points montre surtout la nécessité de pouvoir reconstruire les deux évaluations domaine par domaine. Lorsque cette information n'est pas disponible, il devient impossible de distinguer une différence d'information disponible, une diffé-

rence d'interprétation du barème, un effet des modalités d'entretien ou une faible reproductibilité intrinsèque de l'instrument.

### 3.2.6 Discordance entre l'évaluation fédérale et une décision de l'AVIQ

Un second cas illustre une discordance d'une autre nature, puisqu'il permet de confronter, chez une même patiente atteinte d'un Long Covid sévère et en invalidité depuis quatre ans, trois appréciations réalisées à quelques mois d'intervalle.

Le 26 janvier 2026, l'évaluation fonctionnelle réalisée par le médecin traitant selon les six domaines utilisés pour l'allocation d'intégration aboutit à un score proposé de 12/18 : déplacements 2 points, courses et alimentation 3, soins corporels 1, entretien de l'habitat 3, communication 2 et capacité à vivre sans surveillance et à faire face au danger 1.

Le 24 avril 2026, la DG Personnes handicapées retient, pour ces mêmes six domaines, respectivement 1, 1, 0, 2, 2 et 0 points, soit un total de 6/18. Ce résultat reste inférieur au seuil de 7 points ouvrant le droit à l'allocation d'intégration. La carte de stationnement pour personnes à mobilité réduite est également refusée.

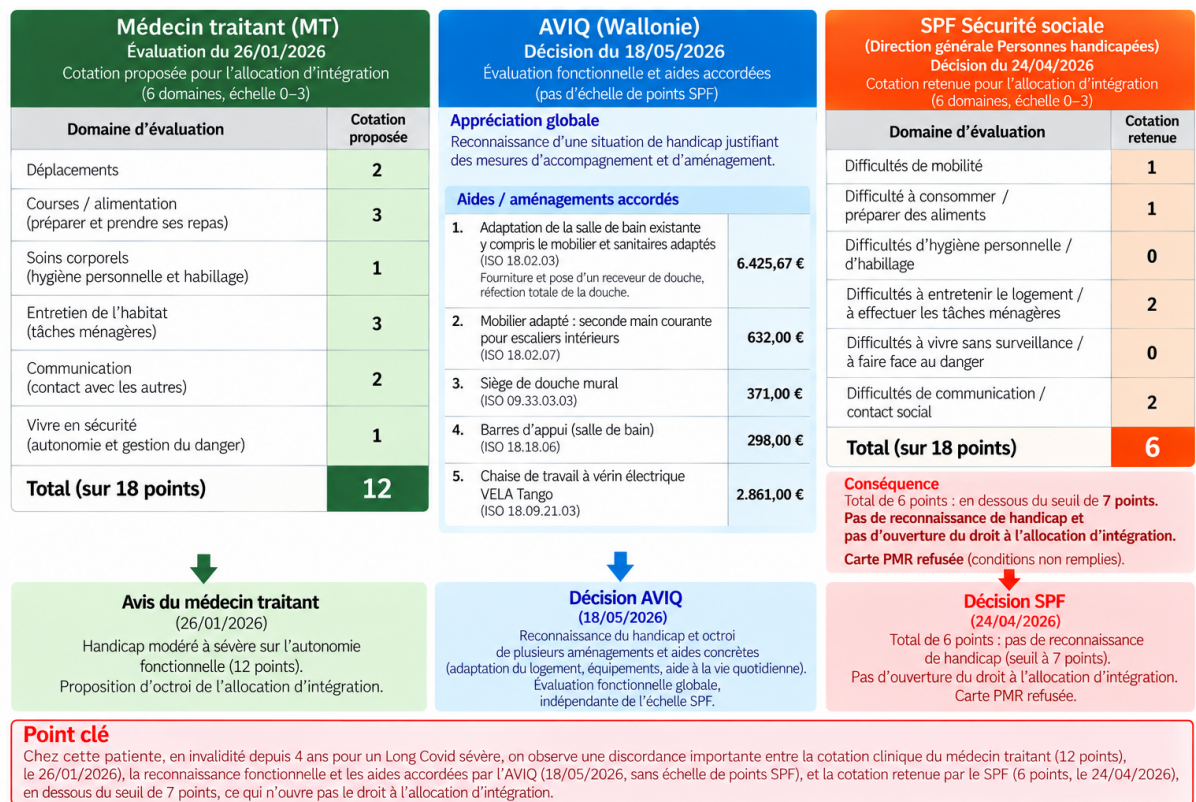


FIGURE 2 – **Discordance entre trois appréciations du handicap chez une même patiente.** Le médecin traitant propose, le 26 janvier 2026, une cotation de 12/18 selon les six domaines de l'allocation d'intégration. Le 24 avril 2026, le SPF retient 6/18, soit un score inférieur au seuil de 7 points ouvrant le droit à l'allocation d'intégration. Le 18 mai 2026, l'AVIQ, selon une procédure distincte ne reposant pas sur l'échelle fédérale à 18 points, reconnaît des limitations fonctionnelles justifiant plusieurs aides et adaptations matérielles.

L'AVIQ adopte une démarche différente. Elle ne transpose pas l'évaluation de la personne sur l'échelle fédérale à 18 points. Dans le cadre de l'aide individuelle à l'intégration, son intervention porte sur les frais rendus nécessaires, en raison du handicap, pour permettre les activités et la participation à la vie en société. Les limitations fonctionnelles prises en considération peuvent être définitives, d'une durée prévisible d'au moins un an ou présenter un caractère évolutif. Les conditions réglementaires applicables aux aides individuelles à l'intégration sont établies dans le cadre de référence de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la

santé (CIF), tandis que les prestations et leurs montants d'intervention sont encadrés notamment par l'annexe 82 du Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé [3].

Dans cette situation, la décision de l'AVIQ du 18 mai 2026 reconnaît des limitations fonctionnelles justifiant plusieurs interventions concrètes : adaptation de la salle de bain et des sanitaires (ISO 18.02.03), seconde main courante pour l'escalier (ISO 18.02.07), siège de douche mural (ISO 09.33.03.03), barres d'appui (ISO 18.18.06) et chaise de travail à vérin électrique VELA Tango (ISO 18.09.21.03).

La Figure 2 ne doit donc pas être interprétée comme la comparaison de trois scores. Il n'existe pas, dans cette procédure, de "score AVIQ" équivalent au score fédéral. Elle met plutôt en évidence la coexistence de trois lectures d'une même situation fonctionnelle : une évaluation clinique longitudinale par le médecin traitant, une appréciation fonctionnelle conduisant l'AVIQ à financer des aides concrètes, et une cotation administrative fédérale sur six domaines conditionnant l'ouverture d'un droit social.

Chez cette patiente, le contraste est particulièrement apparent : l'AVIQ reconnaît des limitations suffisamment importantes pour justifier l'adaptation de la salle de bain, des dispositifs d'appui et une chaise de travail électrique, alors que, quelques semaines auparavant, l'évaluation fédérale de 6/18 n'avait pas atteint le seuil de reconnaissance ouvrant le droit à l'allocation d'intégration.

Cette observation ne permet pas de conclure qu'une évaluation est "correcte" et l'autre "incorrecte", puisque leurs finalités, leurs critères réglementaires et leurs instruments diffèrent. Elle montre en revanche l'intérêt d'étudier la concordance entre les descriptions fonctionnelles produites par différents dispositifs publics et la manière dont celles-ci conduisent, ou non, à une reconnaissance administrative du handicap. Elle constitue ainsi une transition directe vers l'examen de la CIF et de son utilisation dans le dispositif wallon présenté à la section suivante.

### 3.2.7 De la discordance au vécu de la décision

La question métrologique a également une dimension humaine. Plusieurs patients suivis dans notre pratique rapportent avoir vécu l'évaluation au SPF DGHAN comme une expérience éprouvante : brièveté de l'entretien, sentiment de ne pas pouvoir décrire la fluctuation de leurs capacités, impression que les documents apportés n'ont pas été examinés ou difficulté à faire entendre les conséquences réelles de la maladie.

Lorsqu'une personne auparavant active et autonome connaît une rupture biographique majeure, puis reçoit une cotation très faible sans pouvoir comprendre comment celle-ci a été construite, la décision peut être vécue comme un déni de son expérience et de sa souffrance, voire comme une forme de mépris. Il s'agit ici du *vécu rapporté par les patients*, et non d'une attribution d'intention à l'administration ou aux médecins évaluateurs.

Cette distinction est essentielle. Une étude de l'instrument ne devrait pas se limiter à comparer des scores ; elle devrait également étudier les conditions dans lesquelles ils sont produits et compris.

### 3.2.8 Motivation de la décision et possibilité de contradiction

La communication d'un score global ou d'une décision d'octroi ou de refus ne permet pas nécessairement au patient ou à son médecin de comprendre les divergences avec l'évaluation fonctionnelle transmise. Une motivation domaine par domaine présenterait à cet égard un double intérêt : améliorer la transparence de la décision et permettre une contradiction médicalement argumentée portant sur des faits fonctionnels précis.

Les courriers de la DG HAN indiquent la possibilité d'introduire un recours devant le tribunal du travail compétent dans les trois mois suivant la réception de la décision. Cette voie de recours est indispensable à la protection juridique de la personne. Elle intervient cependant à un niveau

déjà juridictionnel, particulièrement exigeant pour des personnes souffrant de fatigue sévère, de troubles cognitifs ou d'intolérance à l'effort.

La question de la traçabilité de la cotation précède donc celle du recours : avant de contester une décision, encore faut-il pouvoir comprendre précisément ce qui est contesté.

### 3.2.9 Une question de recherche distincte de la critique institutionnelle

Ces observations conduisent à une question empirique qui peut être étudiée sans présupposer que l'une des parties évalue mieux que l'autre. Il serait possible de comparer prospectivement, chez les mêmes personnes, une cotation des six domaines réalisée par le médecin traitant et celle réalisée par la DG HAN.

Pour chaque dossier devraient être recueillis : le score de chaque domaine et le score total, les informations dont disposait chaque évaluateur, le mode d'évaluation (dossier ou entretien), la durée de l'entretien, la présence d'un accompagnant, les aides humaines effectivement utilisées, les documents disponibles et pris en considération, ainsi que la motivation communiquée au patient. L'expérience du patient devrait être recueillie séparément au moyen d'un dispositif standardisé.

Une telle étude permettrait de distinguer trois questions actuellement souvent confondues : *la validité de contenu de l'instrument*, c'est-à-dire sa capacité à représenter l'autonomie contemporaine ; *sa reproductibilité inter-évaluateurs* ; et *les conditions organisationnelles et humaines de son application*. Ces trois dimensions appellent des méthodes d'étude différentes.

C'est précisément à la première de ces questions — la manière de décrire plus finement le fonctionnement — que peut contribuer la comparaison avec la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), examinée dans la section suivante.

### 3.3 Une évolution divergente : la CIF, l'AVIQ et l'échelle fédérale

La persistance de l'échelle fédérale élaborée entre 1979 et 1987 doit être mise en perspective avec l'évolution internationale de la conceptualisation du handicap. En 2001, l'Organisation mondiale de la Santé a adopté la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), qui propose un langage standardisé pour décrire le fonctionnement humain et le handicap [24]. Le handicap n'y est pas réduit à la présence d'une maladie ou d'une déficience : il est envisagé à travers les fonctions et structures corporelles, les activités, la participation et leurs interactions avec les facteurs environnementaux.

Cette approche a profondément modifié la manière de décrire les conséquences fonctionnelles d'un problème de santé. Elle permet de distinguer le diagnostic de ses conséquences sur le fonctionnement et d'exprimer celles-ci à l'aide de catégories et de qualificatifs standardisés. Cette évolution et ses implications pour la pratique clinique ont notamment été discutées dans une introduction critique à la CIF destinée aux professionnels de santé [18].

#### 3.3.1 Utilisation de la CIF dans les dispositifs belges

La CIF n'est pas restée, en Belgique, un cadre exclusivement académique. L'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) s'y réfère dans le champ du handicap, notamment pour l'organisation et la définition des aides individuelles à l'intégration [1, 3].

Il existe ainsi, au sein d'un même pays, des dispositifs publics d'évaluation du handicap ayant évolué vers un cadre inspiré de la CIF, tandis que l'allocation d'intégration fédérale continue à reposer réglementairement sur les six domaines et la cotation 0-3 issus de l'arrêté ministériel du 30 juillet 1987 [5, 21].

Cette différence ne signifie pas que l'échelle fédérale et la CIF poursuivent exactement le même objectif ni qu'un instrument peut être substitué mécaniquement à l'autre. Elle interroge néanmoins le maintien, pendant près de quatre décennies, d'un instrument synthétique dont la validation métrologique initiale n'a pas pu être documentée dans les sources retrouvées, alors

qu'un langage international standardisé du fonctionnement est disponible depuis 2001 et est utilisé dans d'autres dispositifs belges.

Cette interrogation n'est d'ailleurs pas étrangère à la DG Personnes handicapées elle-même. Des travaux réalisés à sa demande ont examiné l'utilisation de la CIF comme cadre possible pour renouveler l'évaluation du handicap [22]. Des travaux ultérieurs consacrés à la réforme du système fédéral ont également discuté le recours à des instruments plus structurés, notamment la CIF et BelRAI [16].

La question n'est donc plus seulement de savoir pourquoi la CIF n'a pas été adoptée par la DG HAN, mais de comprendre pourquoi l'instrument historique continue à constituer le support réglementaire de l'allocation d'intégration alors que la nécessité d'une évaluation plus structurée du fonctionnement est identifiée depuis plusieurs années.

### 3.3.2 La CIF comme possibilité d'*ouvrir* les six domaines historiques

Une évolution vers la CIF n'impose cependant pas nécessairement d'abandonner les six domaines historiques du F4. Une autre piste consiste à les *ouvrir*, c'est-à-dire à expliciter ce que recouvre une catégorie très large telle que « se déplacer », « communiquer » ou « vivre de manière autonome » au moyen de catégories fonctionnelles standardisées.

Nous avons exploré cette possibilité à partir du domaine « déplacement ». Il s'agit d'un essai personnel et exploratoire, sans prétention de validation métrologique. L'objectif était de déterminer si les catégories de la CIF pouvaient servir de niveau descriptif intermédiaire entre le récit du patient et la cotation globale de 0 à 3 demandée par le F4.

Dans l'exemple présenté à la Figure 3, le domaine général « déplacement » est décomposé en catégories CIF pertinentes : changer la position corporelle (d410), maintenir une position (d415), se transférer (d420), soulever et porter des objets (d430), utiliser les bras et les mains (d445), marcher (d450), se déplacer avec un équipement (d465), utiliser un moyen de transport (d470), conduire (d475), auxquelles s'ajoutent les fonctions d'orientation pertinentes pour la mobilité.

Ces catégories sont renseignées à partir de l'entretien avec le patient et peuvent recevoir les qualificatifs de sévérité prévus par la CIF. Elles permettent ainsi de conserver le verbatim et la situation fonctionnelle concrète tout en les rattachant à une terminologie internationale structurée.

Dans cet exemple, la démarche fait apparaître des limitations qui seraient difficilement restituées par le seul intitulé « déplacement » : nécessité de prendre appui lors des changements de position, vertiges et pertes d'équilibre, limitation de la marche par l'essoufflement et la fatigabilité, difficultés d'utilisation des transports ou de conduite et troubles de l'orientation. L'ensemble de ces éléments conduit le médecin traitant à proposer 3/3 pour ce domaine.

Il ne s'agit surtout pas de proposer une équivalence arithmétique entre les qualificatifs CIF et les quatre niveaux du F4. Une telle correspondance devrait faire l'objet d'un développement méthodologique et d'une validation propres. L'intérêt de l'exercice se situe ailleurs : il introduit entre la situation clinique complexe et le chiffre final un *niveau descriptif intermédiaire explicite, standardisé et partageable*.

Cette propriété pourrait répondre à l'une des difficultés mises en évidence dans la section précédente. Lorsque deux évaluateurs attribuent des scores très différents au même domaine, une description structurée des fonctions et activités concernées permettrait de localiser la divergence : porte-t-elle sur la distance de marche, les transferts, la nécessité d'une aide, l'utilisation des transports, l'orientation, la fréquence de la limitation ou son degré de sévérité ? La discussion ne porterait alors plus seulement sur deux chiffres différents, mais sur les éléments fonctionnels qui les fondent.

Cette démarche rejoint finalement l'intention initiale du guide de 1987 plus qu'elle ne s'y oppose. Celui-ci demandait déjà de ne pas réduire l'évaluation à la lésion ou au diagnostic, mais de considérer les conséquences concrètes sur l'autonomie, en tenant compte notamment de l'effort, de la lenteur, de la douleur, du recours à des aides et à des tiers. La CIF pourrait

| CONTENU SELON LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT<br><a href="https://apps.who.int/classifications/icfbrowser/">https://apps.who.int/classifications/icfbrowser/</a><br>0 : Pas de problème (0-4 %)<br>1 : Problème léger (5-24 %)<br>2 : Problème modéré (25-49 %)<br>3 : Problème sévère (50-95 %)<br>4 : Problème complet (96-100 %) | a remplir avec le patient<br>COTE CIF | CATEGORIES<br><a href="#">SPF DG HAN</a><br>1, 2 ou 3 points | Points SPF selon médecin traitant |                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| d410 : Changer de position corporelle de base<br>Inclut s'asseoir, se lever, se coucher, ou se retourner.                                                                                                                                                                                                                                              | 3                                     | DEPLACEMENT                                                  |                                   | long covid avec encephalopathie; et multimorbidité                       |
| d415 : Maintenir une position corporelle<br>Inclut rester assis, debout ou couché pendant une période prolongée.                                                                                                                                                                                                                                       | 2                                     |                                                              |                                   | ai besoin appuis (mur,meuble de chevet                                   |
| d420 : Se transférer soi-même<br>difficulté du passage d'une position à une autre (ex : du lit à une chaise).                                                                                                                                                                                                                                          | 2                                     |                                                              |                                   | oppression / sentiment d'étouffer                                        |
| d430 : Soulever et porter des objets _ Inclut toutes les activités nécessitant de manipuler des charges.                                                                                                                                                                                                                                               | 3                                     |                                                              |                                   | vertiges / pertes équilibre                                              |
| d445 : Utilisation des bras et des mains. Inclut combinaisons complexes d'activités impliquant les membres supérieurs.                                                                                                                                                                                                                                 | 3                                     |                                                              |                                   | perte objets "maladresse"+en+ fréquentes                                 |
| d465 : Se déplacer avec un équipement<br>Inclut l'utilisation de fauteuils roulants (inscrire 4), cannes (inscrire 3)                                                                                                                                                                                                                                  | 0                                     |                                                              |                                   | "crampes" de l'écrivain                                                  |
| d450 – Marcher, caractérisée par une réduction d'au moins 50% de la capacité de marcher par rapport à sa condition habituelle ou attendue, mesurée en termes de distance, de durée ou de vitesse.                                                                                                                                                      | 3                                     |                                                              |                                   | essoufflement ++ / Fatigue+                                              |
| d470 : Utiliser des moyens de transport<br>Inclut les activités comme monter dans une voiture, un bus ou un train.                                                                                                                                                                                                                                     | 3                                     |                                                              |                                   | difficile de me placer en passager                                       |
| d475 : Conduire<br>Inclut conduire un véhicule à moteur (voiture, moto)                                                                                                                                                                                                                                                                                | 3                                     |                                                              |                                   | anxiété accrue                                                           |
| b1142 – Fonctions d'orientation. Orientation spatiale : se repérer dans un environnement, comme trouver son chemin dans une ville ou un bâtiment.                                                                                                                                                                                                      | 3                                     |                                                              | 3                                 | besoin de GPS même pour rentrer maison selon moments , nuit : impossible |

FIGURE 3 – Essai exploratoire d'ouverture du domaine « déplacement » de l'échelle SPF par la CIF. Des catégories CIF sont renseignées avec le patient afin d'expliciter les limitations fonctionnelles conduisant le médecin traitant à proposer une cotation de 3/3. Cette démarche exploratoire ne constitue pas une table de conversion validée entre CIF et cotation SPF.

ainsi être envisagée non seulement comme une alternative à l'ancien instrument, mais également comme un moyen contemporain d'en retrouver et d'en opérationnaliser l'ambition fonctionnelle.

## 4 Discussion

### 4.1 Mettre à jour l'instrument sans attendre pour mieux appliquer le texte existant

La nécessité d'une modernisation ne dispense pas d'appliquer correctement le cadre réglementaire actuel. Le guide de 1987 demande déjà une appréciation fonctionnelle et non une simple constatation diagnostique ou anatomique. Il impose de tenir compte de l'effort, du temps, de la douleur, des aides et de la situation moyenne [4]. Une application qui se limiterait à constater qu'une personne peut accomplir un acte à un instant donné trahirait donc l'esprit même de l'instrument.

La première exigence est la standardisation : mêmes questions fonctionnelles, mêmes critères d'interprétation, même attention à la variabilité, justification explicite domaine par domaine et possibilité de comprendre une divergence. La seconde est la traçabilité. Une décision qui conditionne des droits sociaux devrait permettre au demandeur et, avec son accord, à son médecin, de comprendre quels faits fonctionnels ont conduit à chaque cotation. Les recommandations contemporaines du CSNPH vont également dans le sens de grilles standardisées, d'une meilleure motivation des décisions, d'une approche multidisciplinaire et de standards de qualité [15].

### 4.2 Réintroduire la personne dans l'évaluation

Une évaluation sur dossier peut être pertinente lorsque l'information est suffisante et cohérente. Elle ne peut cependant être considérée comme équivalente en toutes circonstances à l'exploration de la fonction vécue. Les maladies fluctuantes, les limitations cognitives, les troubles

sensoriels complexes ou la dépendance à l'effort sont précisément des situations où une lecture exclusivement documentaire peut manquer des éléments déterminants.

L'enjeu n'est pas d'opposer la parole du patient à l'expertise médicale. Il est de considérer l'expérience vécue comme une source de données fonctionnelles à confronter au dossier, aux observations cliniques et, lorsque cela est utile, à des instruments standardisés. La participation d'un proche ou d'un aidant peut également être informative lorsque les troubles cognitifs ou la fatigabilité limitent la capacité de la personne à décrire sa situation pendant l'entretien.

### 4.3 Le Long Covid impose une formation spécifique des évaluateurs

Le Long Covid illustre particulièrement les limites d'une évaluation ponctuelle. L'OMS décrit des limitations des activités quotidiennes et de la participation, et reconnaît l'exacerbation post-effort parmi les tableaux caractéristiques [26, 25]. Le malaise post-effort peut être déclenché par une activité physique ou mentale mineure et l'aggravation peut être retardée ; l'observation d'une personne capable de se déplacer, converser ou se concentrer pendant un bref entretien ne permet donc pas, à elle seule, d'estimer sa capacité fonctionnelle soutenable.

La formation des médecins et autres évaluateurs devrait couvrir au minimum le malaise post-effort, la dysautonomie, la fatigabilité cognitive, les fluctuations, les troubles neurocognitifs et sensoriels, ainsi que la différence entre *pouvoir faire une fois* et *pouvoir faire de manière répétée, fiable et soutenable*. Cette formation ne suppose pas d'accorder automatiquement un score élevé à toute personne atteinte de Long Covid ; elle vise au contraire à rendre l'évaluation plus pertinente et reproductible.

### 4.4 Vers une évaluation fondée sur le fonctionnement et la participation

La CIF ne constitue pas à elle seule un barème d'attribution de droits. Elle fournit cependant un cadre explicite permettant de distinguer déficiences, activités, participation et facteurs environnementaux. L'expérience de l'AVIQ et les recherches déjà financées par la DG HAN montrent qu'une transition vers un cadre contemporain est possible [2, 14].

Une réforme devrait être évaluée comme tout instrument de mesure : validité de contenu, fiabilité inter- et intra-évaluateurs, sensibilité aux différents profils de handicap, transparence des règles de cotation et analyse des conséquences des seuils. Elle devrait également associer les personnes concernées, car un instrument destiné à mesurer l'autonomie qui ne capte pas correctement les conditions réelles de réalisation des activités risque de produire une mesure administrativement précise mais fonctionnellement inadéquate.

### 4.5 Limites et programme de recherche

Le volet contemporain de cet état des lieux repose en partie sur l'expérience d'une cohorte clinique de Long Covid et ne permet pas d'estimer la fréquence des pratiques décrites dans l'ensemble de la DG HAN. Une étude prospective devrait comparer, domaine par domaine, la cotation du médecin traitant, celle de l'administration et une évaluation fonctionnelle standardisée indépendante ; documenter le mode d'évaluation, la durée de l'entretien, les documents considérés, la présence d'un accompagnant, la motivation de la décision et l'expérience du patient ; et mesurer l'accord inter-évaluateurs.

Une telle recherche devrait être conduite par une équipe universitaire indépendante, avec des compétences en métrologie, médecine sociale, droit de la sécurité sociale, sciences du handicap et méthodes qualitatives. L'auteur peut contribuer aux observations cliniques, au corpus historique et à la conception, mais n'a pas vocation à coordonner un programme de cette ampleur.

## 5 Conclusion

L'histoire de l'échelle belge d'autonomie est désormais mieux documentée. Elle résulte d'un travail administratif et médico-social élaboré entre 1979 et 1980, puis consacré en 1987. Des essais pratiques avaient été envisagés, mais les sources actuellement retrouvées ne démontrent pas une validation métrologique de l'instrument réglementaire. Plusieurs décennies plus tard, des institutions belges elles-mêmes ont relevé son caractère général, sa faible transparence et la variabilité de son interprétation, tandis que des instruments fondés sur la CIF ont été développés ou utilisés dans d'autres contextes.

Le problème n'est donc pas seulement celui d'une vieille échelle. Il concerne la manière dont une mesure de l'autonomie est construite, appliquée, expliquée et confrontée à la réalité vécue. Dans l'attente d'une modernisation, le guide actuel devrait être appliqué dans toute sa portée fonctionnelle. Pour le Long Covid, cela implique une connaissance spécifique des fluctuations et du malaise post-effort. À terme, une évaluation standardisée, validée, transparente et compatible avec le cadre de la CIF apparaît comme une orientation cohérente pour rapprocher mesure administrative, fonctionnement réel et droits sociaux.

### 5.1 Utilisation de l'intelligence artificielle

Une intelligence artificielle générative (ChatGPT, OpenAI) a été utilisée comme outil d'assistance au cours de la préparation de ce travail. Son usage a porté principalement sur la structuration du manuscrit, la reformulation linguistique, la mise en forme en  $\text{\LaTeX}$ , l'organisation de données documentaires et réglementaires, ainsi que l'aide à la préparation de certaines figures. Elle a également été utilisée pour faciliter la recherche et la confrontation de sources historiques, scientifiques et médico-administratives.

L'intelligence artificielle n'a pas été considérée comme une source scientifique ou juridique. Les affirmations factuelles destinées au manuscrit ont été rapportées aux documents originaux ou aux références citées. L'interprétation des documents, la sélection des observations cliniques, l'analyse des discordances entre évaluations, ainsi que les conclusions et la responsabilité du contenu restent celles de l'auteur. Les données cliniques utilisées dans le manuscrit ont été anonymisées ou pseudonymisées avant leur utilisation à des fins d'analyse et de rédaction.

### 5.2 Considérations éthiques

Les informations cliniques utilisées dans ce travail ont été recueillies dans le cadre de la relation thérapeutique habituelle entre le médecin traitant et ses patients. Les patients dont des informations individuelles ou des situations cliniques sont présentées dans cet article ont donné leur consentement explicite à l'utilisation de ces informations à des fins de recherche et de publication. Les données présentées ont été anonymisées afin de préserver la confidentialité des personnes concernées.

Le programme de recherche consacré au Long Covid dans lequel s'inscrit ce travail a reçu un avis favorable du Comité d'éthique hospitalo-facultaire des hôpitaux de Liège, sous la référence 2021/23. Les analyses et illustrations présentées ici s'inscrivent dans ce cadre général de recherche.

### 5.3 Conflits d'intérêts et financement

L'auteur déclare ne présenter aucun conflit d'intérêts en relation avec ce travail. Cette recherche est autofinancée et n'a bénéficié d'aucun financement commercial. Aucun organisme financeur n'est intervenu dans la collecte ou l'interprétation des données, la rédaction du manuscrit ou la décision de le soumettre pour publication.

## Références

- [1] AGENCE POUR UNE VIE DE QUALITÉ. *Aides individuelles à l'intégration*. Les conditions d'intervention sont établies à partir du cadre de référence de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). 2026. URL : <https://www.aviq.be/fr/vie-quotidienne/aides-la-vie-quotidienne/aides-materielles/aides-individuelles-lintegration> (visité le 23/09/2026).
- [2] AGENCE POUR UNE VIE DE QUALITÉ (AVIQ). *Aides individuelles à l'intégration*. Les conditions d'intervention sont établies à partir du cadre de référence de la CIF. URL : <https://www.aviq.be/fr/vie-quotidienne/aides-la-vie-quotidienne/aides-materielles/aides-individuelles-lintegration> (visité le 22/09/2026).
- [3] AVIQ – AGENCE POUR UNE VIE DE QUALITÉ. *Aides individuelles à l'intégration*. Dispositif wallon d'aides individuelles à l'intégration ; les conditions d'intervention sont établies à partir du cadre de référence de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). 2026. URL : <https://www.aviq.be/fr/vie-quotidienne/aides-la-vie-quotidienne/aides-materielles/aides-individuelles-lintegration> (visité le 23/09/2026).
- [4] BELGIQUE. *Arrêté ministériel du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le guide pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration*. Texte réglementaire établissant l'échelle médico-sociale à six fonctions cotées de 0 à 3. 30 juill. 1987.
- [5] BELGIQUE. *Arrêté ministériel du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le guide pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration*. Moniteur belge, 6 août 1987, p. 11787. 1987. URL : <https://refli.be/fr/lex/1987022219> (visité le 23/09/2026).
- [6] BELGIQUE. *Arrêté royal du 6 juillet 1987 relatif à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration*. 6 juill. 1987.
- [7] BELGIQUE. *Loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées*. Texte fondateur du régime des allocations aux personnes handicapées. 27 fév. 1987.
- [8] CABINET DU MINISTRE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE ET DES PENSIONS. *Note au Secrétaire général relative au rapport du groupe de travail chargé d'élaborer un nouveau guide d'évaluation*. Le ministre approuve les propositions du système médical et demande que des essais pratiques soient entrepris sans délai par quelques médecins. Bruxelles, 31 juill. 1979.
- [9] CENTRE DE DROIT PUBLIC ET SOCIAL, UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES. *La définition et l'évaluation du handicap en matière d'allocation de remplacement de revenus*. Étude réalisée à la demande de la DG HAN ; discute notamment la CIF/ICF comme standard international de référence. Université libre de Bruxelles / SPF Sécurité sociale, Direction générale Personnes handicapées, 2024. URL : <https://handicap.belgium.be/sites/default/files/docs/fr/ULB-La-definition-et-l-evaluation-du-handicap-en-matiere-d-allocation-de-remplacement-de-revenus.pdf>.
- [10] CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS DE BELGIQUE. *Projet de loi relatif aux allocations aux handicapés. Exposé des motifs*. Document parlementaire 448/1. Session 1985–1986. L'exposé des motifs indique que l'évaluation de la limitation de l'autonomie doit s'inspirer de l'évaluation du besoin d'aide d'une tierce personne. Chambre des représentants de Belgique, 1986.

- [11] CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS DE BELGIQUE. *Projet de loi relatif aux allocations aux handicapés. Rapport fait au nom de la Commission de l'Emploi et de la Politique sociale.* Document parlementaire 448/4. Session 1985–1986. Contient des références aux avis du Conseil supérieur des handicapés et au modèle d'évaluation de la perte d'autonomie du 2 octobre 1980. Chambre des représentants de Belgique, 1986.
- [12] CONSEIL SUPÉRIEUR DES HANDICAPÉS. *Proposition d'un nouveau guide-barème médico-social pour l'évaluation, par catégories, des invalidités ouvrant le droit aux allocations à accorder aux handicapés, de tout âge.* Annexe I au rapport administratif de juillet 1979 ; proposition fondée sur sept fonctions vitales et sociales avec discussion de leur pondération. Bruxelles : Conseil supérieur des handicapés, 16 juin 1979.
- [13] CONSEIL SUPÉRIEUR DES HANDICAPÉS. *Modalités pratiques d'évaluation de l'invalidité proposées par le Conseil supérieur des handicapés.* Dossier de l'avis du 2 octobre 1980 communiqué par le ministère en septembre 2026. Le premier volet porte sur la perte d'autonomie et comporte six domaines proches de ceux consacrés en 1987, complétés par des rubriques sensorielles ; le second volet porte sur l'occupation utile ou créative. Bruxelles : Conseil supérieur des handicapés, 2 oct. 1980.
- [14] CONSEIL SUPÉRIEUR NATIONAL DES PERSONNES HANDICAPÉES. *Avis 2019/07 relatif au développement d'un instrument pour l'évaluation des besoins de soutien dans les situations de handicap.* 15 avr. 2019. URL : <https://ph.belgium.be/fr/avis/avis-2019-07.html> (visité le 23/09/2026).
- [15] CONSEIL SUPÉRIEUR NATIONAL DES PERSONNES HANDICAPÉES. *Avis 2025/03 relatif à la définition et à l'évaluation du handicap en matière d'allocation de remplacement de revenus.* 2025. URL : <https://ph.belgium.be/fr/avis/avis-2025-03.html> (visité le 23/09/2026).
- [16] DIRECTION GÉNÉRALE PERSONNES HANDICAPÉES. *Réforme de la loi 1987 : rapport final sur la consultation des parties prenantes.* Rapp. tech. Bruxelles : SPF Sécurité sociale, fév. 2026. URL : <https://handicap.belgium.be/sites/default/files/docs/fr/rapport-loi-1987/Rapport-final.pdf> (visité le 23/09/2026).
- [17] INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ. *Description des conditions de la prime de pratique intégrée en médecine générale.* Pour 2026, l'un des critères prévoit l'utilisation au moins trois fois du formulaire électronique « Évaluation du handicap – SPF Sécurité sociale » intégré au dossier médical électronique. 2026. URL : <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/medecins/interventions-financieres/prime-de-pratique-integree/description-des-conditions-de-la-prime-de-pratique-integree-en-medecine-generale> (visité le 23/09/2026).
- [18] Marc JAMOULLE. *Introduction critique à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.* Disponible dans ORBi, Université de Liège. Bruxelles : Département de médecine générale, Université catholique de Louvain, 2009, p. 23. URL : <https://hdl.handle.net/2268/202290>.
- [19] MINISTÈRE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE, DIRECTION GÉNÉRALE DES PRESTATIONS FAMILIALES ET DES ALLOCATIONS AUX HANDICAPÉS. *Rapport du groupe de travail créé au sein de l'administration en vue d'élaborer un nouveau guide pour l'évaluation, par catégories, des invalidités ouvrant le droit aux allocations à accorder aux handicapés de tout âge.* Document préparatoire communiqué par le ministère en septembre 2026. Identifie la composition du groupe, les sources examinées et une échelle médico-sociale de 15 questions réparties en quatre secteurs. Bruxelles : Ministère de la Prévoyance sociale, 13 juill. 1979.

- [20] SPF SÉCURITÉ SOCIALE, DIRECTION GÉNÉRALE PERSONNES HANDICAPÉES. *Réforme de la loi de 1987 relative aux allocations aux personnes en situation de handicap : rapport final*. Travaux préparatoires de la réforme ; discussion de l’harmonisation des outils d’évaluation, notamment BelRAI et CIF. SPF Sécurité sociale, 2026. URL : <https://handicap.belgium.be/sites/default/files/docs/fr/rapport-loi-1987/Rapport-final.pdf>.
- [21] SPF SÉCURITÉ SOCIALE, DIRECTION GÉNÉRALE PERSONNES HANDICAPÉES. *Allocation d’intégration (AI)*. Description publique actuelle des six domaines et de la cotation 0–3. URL : <https://handicap.belgium.be/fr/allocations/allocation-integration> (visité le 22/09/2026).
- [22] UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES. *La définition et l’évaluation du handicap en matière d’allocation de remplacement de revenus*. Rapp. tech. Étude consacrée à la définition et à l’évaluation du handicap dans le régime fédéral des allocations. Bruxelles : Direction générale Personnes handicapées, SPF Sécurité sociale, 2024. URL : <https://handicap.belgium.be/sites/default/files/docs/fr/ULB-La-definition-et-l-evaluation-du-handicap-en-matiere-d-allocation-de-remplacement-de-revenus.pdf> (visité le 23/09/2026).
- [23] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF*. International standard endorsed by the World Health Assembly in 2001. Geneva : World Health Organization, 2001. URL : <https://www.who.int/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>.
- [24] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF*. Geneva : World Health Organization, 2001.
- [25] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Post-Exertional Malaise (PEM) and Long Covid*. 22 mai 2024. URL : <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/05/22/default-calendar/post-exertional-malaise-%28pem%29-and-long-covid> (visité le 23/09/2026).
- [26] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Affection post-COVID-19 (COVID long)*. 26 fév. 2025. URL : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/post-covid-19-condition-%28long-covid%29> (visité le 23/09/2026).