

classification
internationale
des handicaps :
déficiences,
incapacités et
désavantages.

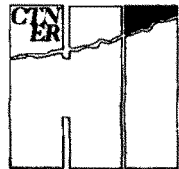
un manuel de classification
des conséquences
des maladies

FLASH
INFORMATIONS
numéro hors série

publications
du CNERHI
diffusion P.U.F.



INSERM



DIFFUSION P.U.F.
14, avenue du Bois-de-l'Épine
B.P. 90
91003 ÉVRY CEDEX

Ouvrage également disponible :

CTNERHI
2, rue Auguste-Comte
B.P. 47
92173 VANVES CEDEX
Tél. : (1) 47.36.74.10

ÉDITIONS INSERM
101, rue de Tolbiac
75654 PARIS CEDEX 13
Tél. : (1) 45.84.14.41

Publié en anglais par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1980, sous le titre "International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease"

© World Health Organization 1980

© CTNERHI-INSERM 1988

PRÉFACE

Élaborée à l'initiative de l'OMS, la Classification Internationale des Handicaps doit l'essentiel de sa conception au Professeur Philip WOOD, de l'Université de Manchester ; initialement rédigée en langue anglaise, elle est mise aujourd'hui à la disposition de tous en langue française.

L'importance de cette classification tient à la clarification conceptuelle qu'elle a introduite de façon déterminante, au début des années 80, dans l'analyse des situations de handicap. En distinguant clairement les concepts de déficience — afin d'identifier les désordres anatomiques ou fonctionnels — et d'incapacité — pour exprimer leurs retentissements dans la vie de tous les jours — cette classification a permis de donner du concept de handicap lui-même une acception claire et forte, celle de désavantage individuel insuffisamment compensé par la société. Ces définitions tendent actuellement à être universellement utilisées, à prendre une importance majeure non seulement dans l'analyse des situations individuelles mais également dans la définition des politiques de santé. L'application de cette classification rencontre cependant encore quelques résistances, variables selon les approches traditionnellement dominantes de chaque type de handicap ou de chaque pays. Il est donc important que sa diffusion soit très large et faite dans une forme accessible et aussi fidèle que possible.

Après la publication du rapport "Réduire les Handicaps", l'INSERM entend, par la réalisation et la diffusion, aujourd'hui, de cette traduction de la Classification Internationale des Handicaps, apporter sa contribution active au développement d'un domaine essentiel de la Santé Publique, à un moment où les Pouvoirs Publics viennent, en France, de prendre très nettement position en faveur d'un effort déterminé d'action et de recherche vis-à-vis de ces problèmes de santé trop souvent méconnus ou minimisés par rapport aux problèmes de maladie. Ce deuxième volet négatif de la santé, selon la

célèbre définition de l'OMS, doit pourtant faire l'objet, de la part des autorités sanitaires et des chercheurs, d'une attention d'autant plus vigilante que l'évolution démographique et culturelle tend à accroître progressivement son poids vis-à-vis de celui des pathologies à proprement parler.

Que tous ceux qui ont participé à cet important et remarquable travail en soient vivement félicités et remerciés, en particulier Mme Françoise HATTON, Directeur de l'Unité 164 de l'INSERM et Mme Paulette MAGUIN, Chef du Centre Collaborateur OMS pour la Classification des maladies en langue française, Conseiller scientifique du Service Commun n° 8 et leur équipe.

Philippe LAZAR
Directeur Général de l'INSERM

Sommaire

Note pour la réimpression de 1993	1
Introduction	3
Partie 1. Les conséquences des maladies	17
La réponse à la maladie	19
Une structure unitaire	21
Application des concepts	28
Partie 2. Classification des déficiences	41
Liste à deux chiffres des catégories de déficiences	44
1. Déficiences intellectuelles	48
2. Autres déficiences du psychisme	53
3. Déficiences du langage et de la parole	64
4. Déficiences auditives	69
5. Déficiences de l'appareil oculaire	75
6. Déficiences des autres organes	83
7. Déficiences du squelette et de l'appareil de soutien.	89
8. Déficiences esthétiques	104
9. Déficiences de fonctions générales, sensitives et autres déficiences.	110
Indications pour le codage.	116
Index des déficiences	117
Partie 3. Classification des incapacités	133
Liste à deux chiffres des catégories d'incapacités.	136
1. Incapacités concernant le comportement.	139
2. Incapacités concernant la communication.	146
3. Incapacités concernant les soins corporels.	149
4. Incapacités concernant la locomotion.	154
5. Incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches.	157
6. Maladresse	160
7. Incapacités révélées par certaines situations.	163
8. Incapacités concernant des aptitudes particulières.	166
9. Autres restrictions d'activités	167
Classements supplémentaires des activités.	168
Indications pour le codage.	174
Partie 4. Classification des désavantages.	177
Liste des dimensions des désavantages	180
1. Désavantages d'orientation	181

2. Désavantages d'indépendance physique	184
3. Désavantages de mobilité	189
4. Désavantages d'occupations	192
5. Désavantages d'intégration sociale.	196
6. Désavantages d'indépendance économique.	199
7. Autres désavantages	202
Indications pour le codage	203

Note pour la réimpression de 1993

La *Classification Internationale des Handicaps : Déficiences, Incapacités et Désavantages* (CIH), mise au point dans les années 1970, a été publiée en 1980 par l'Organisation mondiale de la Santé pour servir à classer les conséquences à long terme de la maladie (et celles des traumatismes et autres affections), ainsi que les impacts de ces conséquences sur la vie de l'individu. La version française est parue en 1988 ; la Classification est parue à ce jour en 14 langues, et d'autres versions sont prévues. Plus de 15.000 exemplaires des seules versions anglaise et française et plus de 10.000 copies pour l'ensemble des autres langues sont en circulation ; la bibliographie produite par le Centre Collaborateur de l'OMS sur la Classification aux Pays-Bas compte déjà plus de 1.000 titres. On a pu dire que le recours aux concepts de la CIH 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 Classification 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" (au sens générique où ce dernier terme est employé dans la version française de la Classification pour décrire l'ensemble des expériences identifiables par ailleurs comme déficiences, incapacités, ou désavantages).

La CIH appartient à la "famille" des classifications établies par l'OMS pour être appliquées à divers aspects de la maladie et de la santé, famille dont la *Classification Internationale des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès* (CIM) constitue le noyau et l'élément le mieux connu. La neuvième Révision de la CIM (CIM-9) est parue peu avant la publication de la version originale en anglais de la CIH.

La dixième Révision de la CIM (CIM-10), dont la version française doit paraître en 1993, comporte de nombreuses modifications qui devront être prises en compte dans la révision de la CIH, par exemple en ce qui concerne les troubles mentaux et du comportement.

Parallèlement à la diffusion et l'application de la CIH et au rôle de soutien assuré tant par les organisations traitant des problèmes d'incapacité que par les associations de personnes présentant des incapacités, la façon d'aborder les déficiences, les incapacités et les désavantages, ainsi que l'analyse et le traitement des problèmes inhérents à ces trois domaines, n'a cessé d'évoluer. La simple énumération des éléments de la Classification a entraîné par elle-même une meilleure description des personnes présentant des incapacités et de leur situation dans le contexte social et physique, facilitant ainsi l'évaluation de cette situation.

Le présent avant-propos a pour but de clarifier certains aspects de la partie introductive de la Classification qui ont fait l'objet de nombreuses discussions, et d'esquisser quelques-uns des problèmes que la révision à venir devra s'efforcer de résoudre. Il doit aussi permettre d'informer les lecteurs sur l'éventail des utilisations actuelles de la Classification et sur les développements que ces utilisations ont entraînés. Pour le reste, le manuel est inchangé dans son essence et l'introduction originale en a été conservée.

Deux Centres Collaborateurs de l'OMS pour la Classification, en France (*Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations*) et aux Pays-Bas (*Vaste Commissie voor Classificaties en Definities*) forment depuis 1987 un réseau technique grâce à la participation d'autres Centres Collaborateurs de l'OMS pour les Classifications relatives à la Santé, en particulier le Centre d'Uppsala en Suède, pour les pays nordiques, et le *National Center for Health Statistics* à Hyattsville MD, Etats-Unis d'Amérique, pour l'Amérique du Nord ; de groupes tels que le *Réseau pour l'Etude de l'Espérance de Vie en Santé/International Network on the Study of Healthy Life Expectancy* (REVES) et la *Société canadienne de la Classification internationale des déficiences, des incapacités et des handicaps* ; des organismes intergouvernementaux comme la Division statistique des Nations Unies au sein du Département du Développement économique et social, et le Conseil de l'Europe. Ce dernier a mis sur pied un Comité d'Experts pour l'Application de la Classification internationale des Handicaps : Déficiences, Incapacités et Désavantages (OMS). Ce comité, qui regroupe des représentants de 14 pays, plus 5 observateurs, a étudié les applications de la Classification relatives aux activités de

réadaptation, aux enquêtes et au recueil des données, à l'étude du retard mental, à l'évaluation des aptitudes professionnelles, à l'évaluation des aides techniques, et à l'application du concept de désavantage (handicap). Le *Real Patronato de Prevencion y de Atencion a Personas con Minusvalia* à Madrid a entrepris une étude de l'utilisation de la Classification dans les pays de langue espagnole.

Quelques applications actuelles de la classification

La CIH a pour but de fournir un cadre conceptuel à l'information relative aux conséquences à long terme des maladies, traumatismes et autres affections ; ce cadre se prête aussi bien aux soins de santé individuels, y compris la prévention précoce, qu'aux activités destinées à atténuer les obstacles de l'environnement physique ou social. La Classification s'applique aussi à l'étude des systèmes de soins de santé, qu'il s'agisse de l'évaluation de ces systèmes ou de la formulation des politiques de santé. Les concepts discutés dans la CIH ont fait l'objet de plusieurs réflexions philosophiques, et leur application a été étendue aux domaines de la protection sociale, à la conception et à la mise sur pied d'enquêtes au sein de la population aux niveaux local, national et international, et à d'autres domaines encore, tels que l'évaluation des capacités de travail, la démographie, l'architecture, l'urbanisme et l'évaluation des besoins de la collectivité. Quoique la CIH soit intrinsèquement une classification liée aux problèmes de santé, les développements à venir devront refléter plus largement son spectre d'applications.

La Classification compte parmi ses applications immédiates la description des conditions de vie des personnes présentant des incapacités, dans un large éventail de situations. La CIH a été directement appliquée à l'analyse des soins donnés à l'individu, qu'il s'agisse de diagnostic et de traitement ou de l'évaluation des résultats du traitement, ainsi qu'à l'évaluation des aptitudes de l'individu à travailler ou encore à l'information en général. Dans ces domaines, les utilisateurs (et les rapporteurs de cette utilisation) comptent surtout des ergothérapeutes, des médecins, du personnel infirmier, des kinésithérapeutes et des représentants d'autres catégories, travaillant avec des populations très diverses (personnes âgées, enfants et adolescents, malades psychiatriques, etc...), dans de nombreux pays, y compris l'Australie, l'Espagne, la Jamaïque, le Pakistan, les Pays-Bas, le Vénézuéla et le Zimbabwe, pour n'en citer que quelques-uns. On a aussi utilisé la

Classification pour évaluer l'état des patients dans les centres de rééducation et de réadaptation, dans les établissements de convalescence et dans les établissements pour personnes âgées ; dans ces domaines, comme en d'autres, cette utilisation a facilité la communication entre catégories de travailleurs et la coordination entre types de soins.

Dans les établissements de santé, la Classification a servi à évaluer le nombre et le type de personnel requis et à étudier les modalités de sortie des malades et les caractéristiques de l'utilisation des soins de santé. A l'échelon collectif, l'emploi de la CIH a aidé à cerner les besoins des personnes présentant des incapacités ou ceux des personnes en situation de désavantage, ainsi que les facteurs de l'environnement physique ou social qui interviennent dans les différents éléments du handicap, et à formuler les décisions incombant aux pouvoirs publics pour améliorer cet environnement.

Dans les domaines de la protection sociale, de la santé en milieu professionnel et de l'emploi, la Classification permet ou facilite diverses évaluations et mises au point. La France envisage l'utilisation d'un nouveau barème des incapacités basé sur les concepts et définitions de la CIH. L'évaluation de l'aptitude au travail, en Allemagne et aux Pays-Bas, et les modalités d'accès aux soins institutionnels et aux appareillages, en Belgique (Fonds Flamand pour l'intégration sociale des personnes présentant un handicap) et en Italie sont également influencées par l'existence de la CIH. La Suisse envisage également l'utilisation de la CIH en matière d'assurance-santé.

Le cadre de la Classification a été utilisé avec succès par les démographes, les épidémiologistes, les statisticiens, les planificateurs de la santé et les décideurs politiques pour établir et mettre en oeuvre des enquêtes sur les incapacités aux niveaux national, régional ou local, que ce soit dans les pays développés (parmi lesquels l'Australie, le Canada, les Pays-Bas) ou en développement (parmi lesquels l'Algérie, la Chine, Fidji, le Koweït).

Les définitions incluses dans la Classification ont servi à la collecte et à l'analyse des résultats pour les enquêtes entreprises aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, et plus notablement encore en Espagne. La CIH a servi de cadre à la *Base de Données Internationale des Statistiques sur l'Incapacité* *International Disability Statistics Database* (DISTAT) élaborée par la Division statistique du Département des Nations Unies pour le Développement afin de suivre et d'évaluer les recensements et enquêtes de ménage et de population ainsi que les systèmes administratifs d'enregistrement de données. DISTAT reprend les statistiques nationales de plus de 95 pays et régions sous forme de logiciel et d'un

Compendium sur l'Incapacité, publication disponible en anglais, français et espagnol. En France, la Classification a servi à la rédaction d'une *Nomenclature des Handicaps* pour le recueil de statistiques au sein de l'administration. En outre, les définitions et les concepts de la Classification ont servi à établir divers indicateurs de l'Espérance de Vie en Santé (espérance de vie sans incapacité, sans déficience, ou sans désavantage). L'utilisation des concepts de la CIH au cours des enquêtes de population a souligné la complexité des rapports entre déficience et incapacité, d'une part, entre incapacité et désavantage, de l'autre ; il est clairement apparu que des enquêtes fondées soit sur le concept de déficience, soit sur celui d'incapacité, peuvent fournir sur une même population étudiée des informations nettement différentes.

Au niveau conceptuel et décisionnel, l'emploi de la Classification a changé la façon de percevoir tant les incapacités, que les personnes présentant des incapacités et le rôle de l'environnement physique et social dans le processus du désavantage ; cet emploi a aussi influencé certaines réactions en politique, en planification ou en gestion, qu'il s'agisse de gouvernements, d'organisations ou d'individus.

L'élaboration, en France, d'une *Nomenclature des handicaps*, cadre pour la collecte de données sur les services sociaux fondé sur la Classification, est un exemple de cette influence (d'autres pays envisagent des activités du même type) ; la législation récemment adoptée en Italie pour les personnes présentant une incapacité en est un autre. Au Canada, notamment au Québec, l'approche systématique de la politique en matière de déficiences, incapacités et désavantages est largement fondée sur la Classification. Les Etats-Unis ont récemment marqué un intérêt accru pour la Classification au cours et à la suite des activités liées à la préparation de l'*Americans with Disabilities Act* et à la publication d'un rapport sur l'incapacité (*Disability in America*) ; même ceux qui n'acceptent pas nécessairement la CIH comme le cadre prépondérant la reconnaissent généralement comme un cadre conceptuel majeur dans ce domaine.

Quelques problèmes mis en évidence par l'utilisation de la Classification.

Au cours de la révision de la CIH, l'une des tâches majeures consistera à préciser le rôle des facteurs environnementaux et leurs liens réciproques dans la définition et la mise au point des différents éléments de la Classification, surtout - mais pas exclusivement - au

niveau des désavantages. Un rapport préparé par la Commission des Nations Unies sur les Droits de l'Homme pour sa 43^{ème} session sur les Droits de l'Homme et l'Incapacité encourage l'OMS à revoir la Classification, et à considérer de façon plus adéquate le rôle du milieu dans le développement du désavantage. Ce rôle a déjà été discuté dans de nombreux travaux, en particulier au Canada ; l'introduction originale de la Classification (p. 10) le mentionne comme suit :

“Le désavantage est plus problématique. La structure de la classification des désavantages est radicalement différente de toutes les autres classifications de la CIM. La classification s’y fait non pas selon les individus ou leurs caractéristiques, mais plutôt en fonction des conditions de vie dans lesquelles les personnes frappées d’incapacité peuvent se trouver, conditions susceptibles de placer ces individus dans une situation désavantageuse par rapport à leurs pairs, du point de vue des normes sociales”.

Cet aspect devra être présenté plus en détail au cours du processus de révision. La classification des désavantages est une classification des situations, et non des individus - le terme “conditions de vie” doit être entendu comme représentant non seulement un agrégat de données statistiques relatives aux individus, mais aussi les caractéristiques de l’environnement physique et social. Des indicateurs pour chacune de ces catégories sont en cours d’élaboration dans le domaine de la promotion de la santé.

Les catégories de déficiences, incapacités et désavantages restent valables. Certains modèles relatifs aux conséquences de la maladie proposés dans la littérature scientifique incorporent d’autres facteurs, tels que l’environnement physique et social. Même s’ils utilisent une terminologie différente et s’ils restent encore pour la plupart au stade du développement théorique et des essais empiriques, ces modèles comportent des éléments conceptuels très semblables à ceux de la CIM et seront pris en compte dans la révision de la Classification.

Un certain degré de chevauchement est perceptible entre “incapacité” et “désavantage” en ce qui concerne les limitations fonctionnelles et les activités de la vie quotidienne. Ce chevauchement s’observe aussi entre déficience et incapacité, par exemple en ce qui concerne les déficiences intellectuelles, la distinction entre déficiences et incapacités dans le domaine de la communication, les problèmes d’incontinence, et l’indépendance physique. Ces problèmes de chevauchement devront aussi recevoir l’attention voulue.

Le présent modèle des conséquences à long terme de la maladie, ainsi que la représentation graphique de ce modèle (p. 26) permettent

de distinguer efficacement entre déficience, incapacité et désavantage, mais ils ne renseignent pas suffisamment sur le lien qui existe entre ces concepts. En particulier, les flèches qui, dans la présente représentation graphique, relient la maladie ou le trouble, la déficience, l'incapacité, et le désavantage ont pu être interprétées, de façon erronée, comme représentant un modèle causal et une évolution uni-directionnelle au cours du temps. Par ailleurs, cette représentation ne permet pas de mettre en évidence un éventuel retour, consécutif à des interventions appropriées, depuis le désavantage et l'incapacité vers la déficience. Enfin, la représentation graphique du cadre de la Classification ne décrit pas de façon adéquate le rôle du milieu physique et social dans les différentes étapes du processus handicapant. Si le texte original dit bien que la relation est plus complexe qu'une progression linéaire, il convient de traduire plus clairement cette relation - il faut considérer que les flèches du graphique ne signifient rien de plus que "peuvent conduire à". La révision de la CIH devra prendre ces points en considération, et envisager de faire appel à d'autres représentations graphiques.

Quelques-uns des changements envisagés pour la Classification.

L'éventail des utilisations et des utilisateurs de la CIH a été plus large qu'initialement prévu. La Classification s'est avérée un outil précieux pour les planificateurs et décideurs politiques, notamment au Canada et en France, et il conviendra de souligner cet aspect dans la partie introductive de la révision à venir. Il en sera de même pour les autres utilisations de la Classification discutées ci-dessus. Plusieurs documents signalent que la Classification n'est pas difficile à utiliser, ce qui est encourageant. Cette relative simplicité doit être maintenue : la révision devra tendre vers une plus grande simplification, et non vers l'adjonction de détails supplémentaires, et tenir compte, surtout pour les déficiences, des besoins des utilisateurs qui ne sont pas des professionnels de la santé. Il faudra par exemple inclure des index alphabétiques autres que l'index disponible actuellement pour les seules déficiences, et aborder les problèmes d'application dans certains groupes de population (les enfants, par exemple, dont la situation évolue très rapidement). Il faudra aussi accorder plus d'attention aux mesures de gravité ; les indications et les règles incluses à ces fins dans la version actuelle seront mises à jour.

Devant les interrogations relatives à la façon dont la définition des désavantages est présentée et comprise, les propositions de révision insistent sur la nécessité de présenter le désavantage comme une description des situations que rencontrent les individus lors de l'interaction entre leurs déficiences ou incapacités et leur milieu physique et social. La mise au point de propositions destinées à présenter et à illustrer la façon dont les facteurs extérieurs affectent les éléments constitutifs de la Classification représentera une part essentielle du travail de révision. L'introduction soulignera l'importance de l'environnement, ainsi que le rôle des caractéristiques individuelles et des facteurs du milieu physique et social, et l'interaction de ces éléments.

Les facteurs de l'environnement physique et social, qui sont des composantes majeures du processus conduisant au désavantage, ne devraient néanmoins pas être érigés en un système de classification universel supplémentaire au sein de la CIH. Ces facteurs, et leur interaction avec les déficiences et les incapacités des individus, sont fortement liés à la culture. Il est donc peu probable de voir accepter pour l'instant une classification universelle des facteurs du milieu qui affectent les concepts discutés dans la CIH, tout comme il est peu probable qu'une classification soit universellement acceptée pour les déterminants de la santé. Une classification de ces facteurs déterminants peut néanmoins être utile à des fins d'analyse au niveau national et pour développer des solutions à ce même niveau.

Les classifications mises au point dans le domaine de la santé mentale, qu'il s'agisse de groupes particuliers ou de l'ensemble de la population, sont fondées sur les principes de la CIM. Le chapitre sur les troubles mentaux et du comportement a été considérablement modifié dans la dixième révision de la CIM, et la CIH devra prendre en compte ces modifications, de même que celles qui ont été proposées dans d'autres publications. Le Comité d'Experts du Conseil de l'Europe a récemment préparé un rapport sur l'utilisation de la CIH pour l'étude du retard mental. Le rapport des Nations Unies mentionné ci-dessus reconnaît la CIH comme une étape importante vers l'établissement de critères de définition généralement acceptés, et encourage l'OMS à revoir cette classification en portant une attention toute spéciale aux problèmes des déficiences et incapacités dans le domaine de la santé mentale. Des préoccupations similaires s'appliquent par ailleurs aux problèmes des fonctions cognitives, notamment en relation avec le vieillissement. La publication de la version française de la Classification en 1988 a suscité un intérêt particulier de la part des psychiatres de

langue française ; en tant que Centre Collaborateur de l'OMS pour la Classification, le *Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations* (CTNERHI) consacre une part significative de ses activités aux problèmes de l'application de la CIH et aux relations de cette dernière avec d'autres classifications dans le domaine de la santé mentale. Ces travaux devront permettre de considérer ce domaine avec un soin tout particulier au cours du processus de révision.

Ce processus portera aussi sur des changements ponctuels tenant compte des progrès de la connaissance des mécanismes biologiques fondamentaux, notamment en matière de déficiences. Ces changements auront parfois des incidences sur le choix de la terminologie, comme l'élimination des termes obsolètes.

La Classification inclut actuellement des termes et des exemples très liés à la culture (par exemple la mention de "faire les lits") ou qui sont, de façon superflue, liés au genre des sujets ("médecins ou infirmières"). La révision corrigera ces points dans la mesure du possible, ainsi que les coquilles, les erreurs de fait, et les termes qui ne correspondent plus à certains éléments de la CIM-10. Quelques changements de cet ordre ont déjà été apportés à la présente réimpression.

Pour couvrir le spectre des expériences liées aux déficiences, aux incapacités et aux désavantages, le mot *disablement* a été proposé en anglais, mais il ne fait pas l'unanimité. En français, la plupart des personnes qui utilisent le terme "handicap" lui donnent un sens global résumant les données afférentes à l'ensemble des trois axes de la classification : la version officielle française fait de même en précisant que ce terme, loin de couvrir une réalité monolithique, représente le résultat de plusieurs niveaux d'expérience. L'édition française utilise par ailleurs le terme "désavantage" pour décrire le troisième élément de la CIH - un terme similaire se rencontre aussi dans les versions italienne, russe, portugaise et japonaise. Les Canadiens de langue française, par contre, utilisent le mot "handicap" pour ce troisième plan et n'utilisent pas de terme "global". Il faudra, au cours du processus de révision, accorder une attention et une réflexion particulières au choix à cet effet d'un mot nouveau ou d'un mot déjà en usage pour traiter de l'ensemble des expériences liées à chacun des trois axes de la Classification.

Plusieurs institutions ont développé du matériel de formation et de présentation de la Classification, en particulier en France et (sous forme de vidéo) au Québec. Le *Real Patronato de Prevencion y de Atencion a Personas con Minusvalia* a participé à l'élaboration d'un

logiciel pour la version espagnole de la Classification. Il se peut que d'autres expériences et d'autres documents aient été développés ; leur identification et leur dissémination, et un certain degré de standardisation dans ces approches, en permettront une meilleure utilisation.

La révision de la Classification s'appuiera sur l'examen des rapports et de l'expérience issus de son utilisation, et sur des consultations avec des experts des disciplines pertinentes. Le processus de révision tiendra compte de l'avis des organisations internationales ou non-gouvernementales, y compris les organisations de personnes qui présentent des incapacités, ainsi que des expériences dans diverses Régions de l'OMS.

Introduction

L'écart entre les possibilités théoriques et pratiques, c'est-à-dire le décalage entre ce que les services de santé devraient permettre de réaliser et ce qu'ils permettent réellement, constitue un problème majeur pour les responsables de la santé publique et de l'aide sociale. On s'accorde à reconnaître qu'en améliorant la mise à disposition des données nécessaires, on contribuerait largement à définir des politiques mieux adaptées à la solution de ces problèmes. Des choix sont opérés constamment, ne serait-ce que par défaut. Or, on peut supposer que ces choix seraient beaucoup plus satisfaisants si le processus de décision était plus directement lié à l'information, c'est-à-dire à une description exacte de la situation réelle. Les schémas de classification qui figurent dans le présent manuel constituent autant de cadres visant à faciliter l'accès à ces informations.

Informations relatives à la santé

Les données contenues dans ce manuel se rapportent aux dimensions des expériences liées aux états de santé, complémentaires à celles du concept de maladie. Le manuel est édité par l'Organisation Mondiale de la Santé, à titre purement expérimental, en réponse à une résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé. Une telle réalisation implique nécessairement la reconnaissance de l'utilité, voire de la nécessité de ces informations complémentaires pour la planification des programmes de santé. Étant donné que ces informations supplémentaires ne peuvent qu'alourdir la charge qui pèse déjà sur les systèmes d'information existants, il semble opportun d'expliquer les raisons de cette démarche.

Les données de routine

L'organisation et la planification d'un système de soins sont généralement fondées sur les informations produites par le système lui-même dans ses applications courantes. On distingue deux types d'information : d'une part, les indicateurs de besoins, tels que les données de morbidité enregistrées ; d'autre part, les données résultant des besoins administratifs : c'est-à-dire des informations relatives aux ressources (main d'œuvre, lits d'hôpitaux) ou dérivées de ces dernières (listes d'attente), ou à

l'utilisation des ressources (par exemple : nombre de patients dans les différents secteurs).

Toute cette information résulte d'une structure de soins existante, et dépend donc des mêmes hypothèses que celles qui sous-tendent cette dernière. En d'autres termes, il est malaisé d'envisager les questions d'utilité et d'applicabilité, dans la mesure où elles intéressent la validité du système de santé et de l'information dont elles résultent. Cela signifie que la possibilité de procéder à l'évaluation fondamentale et à l'estimation des processus est très limitée et que, par conséquent, on risque facilement d'ignorer les démarches alternatives possibles.

Pour évaluer la structure des systèmes de soins, il faut envisager les objectifs, car toute estimation prend en compte le degré de réussite dans la réalisation des objectifs fixés. Le premier impératif est d'avoir des objectifs clairement définis, ce qui permettrait de mesurer la réussite de ces objectifs, et le degré d'efficacité du système de soins envisagé, de voir les mesures à prendre pour y parvenir, le rendement et la disponibilité du système, ainsi que l'homogénéité de la répartition. L'administration est toujours susceptible de traiter des données sur la mise à disposition et l'utilisation des ressources, mais celles-ci intéressent surtout les aspects d'efficacité et d'égalité. En dépit des tentatives d'évaluation de l'efficacité par les moyens ci-dessus, les données relatives aux ressources ne sont que des éléments indirects par rapport au véritable sujet.

Les données destinées à l'évaluation

Toute tentative d'évaluation de l'efficacité d'un service de santé doit prendre en compte trois aspects fondamentaux :

- les contacts établis avec le système,
- la réponse obtenue en retour,
- le résultat de la démarche.

Le deuxième aspect, concernant la réponse du système au contact, peut être évalué rapidement. En principe, on dispose de vastes moyens pour collationner ce genre d'informations. Les données des différents types indiqués précédemment peuvent donc être utilisées pour des évaluations globales, alors que la récente Classification Internationale des Procédures Médicales² fournit un cadre qui permet de définir les réponses spécifiques apportées par le système. En revanche, la nature des informa-

1. Cochrane AL (1972). Effectiveness and efficiency: random reflections on health services. London, Nuffield Provincial Hospitals Trust.

2. Organisation Mondiale de la Santé (1978). Classification Internationale des Procédures médicales, Genève, vol. 1 et 2.

tions correspondant au premier et au troisième aspects est plus complexe et nécessite un examen approfondi.

Le résultat d'un contact doit être rapporté aux objectifs. Or, généralement ces derniers n'ont pas fait l'objet d'une formulation assez précise pour en permettre l'évaluation. Cependant, le premier impératif d'un système de santé consiste à assurer un changement positif dans la situation ou dans l'état de l'individu qui a pris contact avec ce système. En l'absence d'un tel changement, on peut sérieusement remettre en question la valeur du service de santé considéré. Il s'agit donc de définir un moyen de décrire l'état d'un individu de telle façon que l'on puisse établir l'apparition d'un changement en mettant en parallèle l'évaluation au moment du premier contact et celle qui est faite après la réponse du système. Ce changement donne la mesure du résultat.

Malheureusement, la nature de cette démarche varie en fonction du degré de morbidité. Ainsi, quand le degré d'une maladie est reconnu comme étant aigu, les infections aiguës en constituant l'exemple le plus remarquable, il existe déjà des mesures simples et fiables qui permettent d'évaluer les résultats : la fréquence de la maladie, la guérison ou la mort. A cet égard, les termes de la Classification Internationale des Maladies (CIM) constituent un moyen adapté et précieux pour les études de santé, et le concept de cause sous-jacente initiale apporte une aide supplémentaire. En outre, les généralisations en termes de populations sont aussi justifiées qu'elles sont simples à obtenir, parce que la lutte contre la maladie dépend largement des actions entreprises au niveau de la collectivité. C'est sur ce principe que furent fondées au 19^e siècle la santé publique et la valeur des indicateurs indirects de l'hygiène collective, telles que la mortalité périnatale.

Tandis que l'on commence à maîtriser les infections aiguës, on assiste au développement d'autres maladies. Tant que ces dernières sont mortelles, les indicateurs simples, tels que la mortalité, restent valables, de sorte que les termes de la CIM conservent leur utilité dans les processus d'évaluation. Cependant, la situation évolue avec le développement des techniques. Des affections telles que le diabète ou l'anémie pernicieuse peuvent être combattues, bien qu'on ne sache pas en éliminer les causes sous-jacentes. La mortalité, voire la fréquence de la maladie, ont donc moins d'importance pour l'évaluation, si ce n'est en termes de prévention primaire, et les termes de la CIM ne reflètent plus les objectifs finals, en particulier quand les règles de classement dans les diverses catégories sont limitées par le concept de cause sous-jacente. Il devient donc indispensable de définir les manifestations, en particulier grâce aux options des révisions successives de la CIM. Cette extension de la classification permet l'évaluation, grâce à la possibilité de constater l'élimination ou la suppression d'une manifestation ; on peut donc constater un changement après la prise de contact avec le système. Néanmoins,

il conviendra d'envisager dans quelle mesure on peut poursuivre la généralisation à une population sur cette base.

Les maladies spontanément résolutive ou relevant de mesures préventives ou thérapeutiques ne représentent qu'une partie du spectre de la morbidité. En fait, le succès des mesures de lutte contre ces maladies a augmenté l'importance des affections qui n'entrent pas dans cette catégorie : lésions d'origine traumatique, déficiences d'organes sensoriels, arriération mentale et maladies mentales, ainsi que les maladies chroniques de l'âge mûr ou de la vieillesse, notamment les affections cardiaques, ictus, bronchite, et arthrite. Les troubles de ce genre commencent à dominer la morbidité actuelle dans certains pays, et ils sont particulièrement reconnus comme sources d'incapacité. Dans le cas de ces troubles, un code des manifestations s'avère fort utile pour déterminer ce que l'on peut attendre des différents types de prestations ; en revanche, il sert rarement à indiquer les changements survenus dans l'état d'un individu après sa prise de contact avec un système de santé.

Les conséquences des maladies

Les difficultés sont dues aux limites du modèle médical de la maladie. La situation repose sur le concept de maladie, qui trouve son illustration dans le schéma séquentiel suivant :

étiologie → pathologie → manifestation

La CIM est fondée sur ce modèle, les composants de la séquence étant diversement et isolément identifiés dans la classification. Mais ce modèle ne traduit pas toute la gamme des problèmes qui conduisent les gens à entrer en contact avec un service de santé. Il convient donc d'examiner les raisons de cette prise de contact.

La maladie empêche l'individu de s'acquitter de ses fonctions et de ses obligations courantes. Autrement dit, le malade est incapable de remplir son rôle habituel dans la société, et d'entretenir les rapports habituels avec autrui. Cette définition est assez large pour recouvrir la grande majorité des recours à un service de santé, depuis les maladies jusqu'aux situations de nature moins médicale, telles que l'état d'angoisse ou la quête de conseils. Le seul genre de contact qui ne soit pas compris dans cette approche sont les démarches faites en l'absence de phénomènes morbides, telles que les visites pour inoculations prophylactiques. Certaines de ces démarches se situant en dehors du cadre de la maladie sont prévues depuis la 6^e Révision de la CIM, et cet aspect a maintenant été traité systématiquement dans la 9^e Révision (Classification supplémentaire des facteurs influant sur l'état de santé et des motifs de recours aux systèmes de santé, Code V) et dans la 10^e Révision en cours.

Bien que le modèle médical des maladies décrit ci-dessus constitue un instrument efficace pour aborder les troubles qui peuvent être traités

ou guéris – la disparition des effets de la maladie étant un corollaire du traitement de la cause – il reste incomplet dans la mesure où il ne couvre pas les conséquences de la maladie. Or, ce sont ces dernières qui perturbent la vie quotidienne, et il faut disposer d'un cadre qui permettra de comprendre ces phénomènes, surtout en ce qui concerne les troubles chroniques et évolutifs ou irréversibles.

Il convient donc de développer la chaîne des phénomènes liés à la maladie initiale, que l'on peut figurer ainsi :

maladie → déficience → incapacité → désavantage

La nature des différentes dimensions des conséquences de la maladie, leur définition, et la base servant à l'élaboration de trois schémas de classification distincts, feront l'objet d'une étude détaillée dans la première partie du présent ouvrage. En l'occurrence, il suffit de remarquer que ces distinctions facilitent la mise en place d'un plan adapté aux différentes situations, mettant respectivement en évidence les possibilités de prestations des centres médicaux, celles des centres de rééducation, et celles de l'aide sociale. Dans le même ordre d'idées, les propositions offrent différents types d'instruments descriptifs de l'état des sujets, et indiquent des possibilités d'évolution différentes, anticipant ainsi sur les besoins des études d'évaluation. En outre, les instruments descriptifs permettent d'étudier aussi bien les motivations de l'individu qui s'adresse à un service de santé, d'une part, que les raisons pour lesquelles tous les sujets répondant à un même état de santé ne prennent pas contact avec le système, d'autre part.

Mise en place des classifications

Les conséquences des maladies ont été évaluées selon des méthodes diverses. Une de ces multiples démarches a consisté à analyser la situation dans le cadre clinique et de la rééducation, en particulier aux États-Unis, en insistant généralement sur l'aspect fonctionnel (activités de la vie quotidienne) et en se fondant sur les procédures d'évaluation.³ Une nouvelle tendance est apparue à la suite de demandes pour le contrôle des invalides, soit dans des enquêtes de prévalence, soit pour établir les droits aux pensions ou autres prestations sociales. Il s'agissait de définir des catégories ou des groupes de personnes répondant à des critères prédéterminés ; l'accent était donc mis sur l'affectation plutôt que sur

3. Wood PHN and Badley EM (1978). An epidemiological appraisal of disablement. In: Bennett AE, ed., *Recent advances in community medicine*, Edinburgh, Churchill Livingstone.

l'évaluation. Cependant, la gamme des applications est considérable : statistiques systématiques de santé, versements d'indemnités, planification des services de santé, sécurité sociale, administration et politique sociales.

Ces activités suscitèrent un vif intérêt parmi les responsables de la collecte et de la présentation des données statistiques dans ces domaines, aux fins de mesurer ces phénomènes à l'échelle de la communauté. Un schéma préliminaire fut mis au point par Esther Cahana, puis soumis à l'OMS par Israël en 1972. Quelques mois plus tard, une méthode plus exhaustive fut proposée par le Centre de Classification des Maladies de l'OMS à Paris, après des entretiens entre le Dr Madeleine Guideveaux, Chef du Centre, et le Pr. André Grossiord de l'Hôpital Raymond-Poincaré, de Garches (France). Ces propositions reposaient sur deux grands principes : d'une part, on faisait une distinction entre les déficiences et leur importance, c'est-à-dire leurs conséquences fonctionnelles et sociales, d'autre part, les divers aspects ou axes de données faisaient l'objet de classifications séparées selon des registres numériques différents. Fondamentalement, cette méthode consistait en un certain nombre de classifications distinctes, quoique parallèles, ce qui la démarquait nettement des techniques traditionnelles de la CIM, où des axes multiples (étiologie, anatomie, pathologie, etc.) sont intégrés dans un système hiérarchique organisé à l'intérieur d'un registre numérique.

L'OMS invita alors un consultant, le Dr Philip Wood, de Manchester (Royaume-Uni), à étudier la possibilité d'intégrer la proposition de Paris à un schéma compatible avec les principes qui sous-tendent la structure de la CIM. A cet effet, on envisagea d'ajouter à la classification hiérarchique à trois chiffres des déficiences, analogue par la forme à la CIM, trois chiffres supplémentaires relatifs aux incapacités et aux désavantages en termes de mobilité, de dépendance physique, et de dépendance économique. Simultanément, on commença à systématiser la terminologie utilisée pour les conséquences des maladies. On fit circuler ces propositions officieusement dès 1973, et on sollicita de l'aide, en particulier de la part des groupes s'intéressant tout spécialement à la rééducation.

Il apparut rapidement que les difficultés n'émanent pas seulement de la nomenclature, mais aussi de la confusion qui règne au sujet des concepts de base. Après un effort de clarification, il apparut qu'un schéma unique correspondant aux principes taxinomiques de la CIM n'était pas satisfaisant. En effet, si les déficiences peuvent être traitées facilement de cette façon, on ne peut envisager une synthèse des différentes dimensions du désavantage qu'en faisant des compromis arbitraires et souvent contradictoires entre les différents rôles définis. On proposa donc un autre principe, aux termes duquel on procéderait à une restructuration de la classification des désavantages, fondée sur une certaine présentation des états de chaque dimension. La première partie de cet ouvrage propose une présentation plus détaillée de cette démarche.

A la suite de discussions avec le professeur Grossiord et le Centre de Paris, des classifications séparées furent préparées pour les déficiences et les désavantages. Ces classifications furent largement diffusées en 1974, et elles suscitèrent de nombreuses observations et suggestions. Des contributions précieuses au cours de la mise au point de ces schémas ont été apportées par la Société Internationale de la Continence (Eric Glen), le Conseil International d'Ophthalmologie (August Colenbrander), les Ligues Internationale et Européenne contre les Rhumatismes (Philip Wood), la Société Internationale de Prothétique et d'Orthostatique (feu Hector W. Kay), et Rehabilitation International (K.-A. Jochheim). Nous remercions également ici Elizabeth M. Badley et Michael R. Bury de leurs contributions personnelles ainsi que Bernard Isaacs et Margaret Agerholm pour leurs travaux. L'OMS, tant au siège de Genève qu'au Bureau régional de l'Europe, à Copenhague, a également mis plusieurs notes et documents à la disposition des auteurs.

D'autres rencontres furent organisées entre l'OMS et des représentants de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale et du Département de la Sécurité Sociale du Bureau International du Travail. Le Dr Wood fut chargé de rassembler les commentaires et de rédiger des propositions sous une forme définitive. Ces dernières furent soumises pour examen à la Conférence Internationale pour la 9^e Révision de la Classification Internationale des Maladies, en octobre 1975. Le projet prévoyait alors l'addition d'un chiffre pour l'identification des incapacités, et, dans son ensemble, la méthode fut considérée dans une large mesure comme essentiellement exploratoire. Après examen, la Conférence recommanda la publication de la classification au titre d'essai. En mai 1976, la 29^e Assemblée Mondiale de la Santé prit note de la recommandation et adopta la résolution WHA 29.35, approuvant la publication, à titre expérimental, de la classification supplémentaire des déficiences et des désavantages sous forme de supplément, et non pas comme faisant partie intégrante de la Classification Internationale des Maladies.

Le présent manuel, édité sous ces auspices, constitue une refonte considérable des propositions détaillées qui avaient été soumises à la Conférence sur la 9^e Révision. La présentation hiérarchique de la classification des déficiences a été radicalement modifiée, de façon à ménager des postes taxinomiques plus étroitement liés à l'importance et à la fréquence des manifestations ; une classification des incapacités entièrement nouvelle a été mise en place, dont la structure est assez proche de la classification des déficiences ; enfin, la classification des désavantages a été étoffée. Ces modifications ont été apportées à la lumière de tests pratiques préliminaires, et des commentaires exprimés par la Fédération Internationale des Sociétés de chirurgie de la main (Alfred B. Swanson), ainsi que de commentaires fournis par les personnes et les organisations citées précédemment, et aussi par l'UNESCO et l'OCDE.

Application pratique des classifications

Objectifs et plan de l'ouvrage

Ce manuel comporte trois classifications distinctes et indépendantes, chacune se référant à un niveau spécifique des conséquences des maladies.

- Les déficiences (*cf.* Code des déficiences) relatives à toute altération du corps ou de l'apparence physique, ainsi qu'à une anomalie organique ou fonctionnelle, quelle qu'en soit la cause ; en principe, les déficiences constituent des troubles manifestés au niveau de l'organe.
- Les incapacités (*cf.* Code des incapacités) qui reflètent les conséquences de déficiences en termes d'activité fonctionnelle de l'individu ; les incapacités représentent donc des perturbations au niveau de la personne elle-même.

Ces deux catégories sont peut-être les moins sujettes à controverse. Leur structure taxinomique est assez proche de celle de la CIM, en ce sens que l'une comme l'autre sont de type hiérarchique, le sens étant conservé même si les codes sont utilisés dans une forme abrégée, et elles sont exhaustives. La différence entre les deux codes réside dans la nature des sujets de classification. Les déficiences sont assimilables aux termes des maladies de la CIM dans la mesure où on les considère comme des phénomènes de seuil ; pour chacune des catégories, on ne fait que vérifier s'il y a ou non déficience. D'autre part, les déficiences reflètent les échecs de réalisation, de sorte qu'il convient de prévoir une gradation des performances ; on a donc prévu de consigner le degré de l'incapacité, ainsi que le pronostic.

- Les désavantages (*cf.* Code des désavantages) se rapportent aux préjudices résultant pour l'individu de sa déficience ou de son incapacité ; ils reflètent donc l'adaptation de l'individu et l'interaction entre lui et son milieu.

Le désavantage est plus problématique. La structure du code des désavantages est radicalement différente de toutes les autres classifications de la CIM. La classification s'y fait non pas selon les individus ou leurs caractéristiques, mais plutôt en fonction des conditions de vie dans lesquelles les personnes frappées d'incapacité peuvent se trouver, conditions susceptibles de placer ces individus dans une situation désavantageuse par rapport à leurs pairs, du point de vue des normes sociales. Le schéma n'est pas exhaustif ; il est limité aux rôles-clés de la vie en société, qui sont considérés comme les dimensions les plus importantes en situation de désavantage social : orientation, indépendance physique, mobilité, occupations, intégration sociale, et indépendance économique. Pour chacune de ces dimensions, on peut établir une échelle des circonstances, ce qui exige de préciser l'état de l'individu pour chaque dimension.

Ces caractéristiques montrent que les codes ne sont pas hiérarchiques dans le sens usuel du terme, et que l'abréviation n'est possible qu'en négligeant certaines dimensions. La lecture des grandes lignes du code des désavantages permettra de repérer plus clairement ces caractéristiques.

Les différents aspects de ces trois schémas de classification sont examinés plus en détail dans la première partie de cet ouvrage, qui décrit également les processus d'évaluation et d'affectation aux diverses catégories. Le manuel comporte aussi un index des déficiences.

Les sources de données

A l'exception des enquêtes et des études de recherche, la principale source de données du type de celles qui sont présentées dans ce manuel est l'ensemble des archives retraçant les prises de contact des patients avec les services de santé. Il faut donc examiner le contenu des dossiers pour voir s'il s'intègre dans les schémas de classification proposés. Contact est pris avec un professionnel de santé, représentant des professions médicales ou paramédicales (médecin, infirmière, spécialiste en rééducation, travailleur social ou employé d'une caisse de retraite, etc.). La transaction qui s'ensuit consiste essentiellement à expliquer et à évaluer les problèmes de l'intéressé. Les conclusions de l'évaluation, accompagnées de quelques informations fournies au cours des échanges, seront consignées dans les dossiers de protocoles.

Le processus peut être explicité grâce au diagnostic médical. Le sujet décrit les signes et les symptômes, qui sont alors évalués et examinés dans leur ensemble. Sur la base des ensembles de caractéristiques, il est généralement possible de rapporter les problèmes de l'individu en question à une catégorie ou à un groupe préétablis sous forme de diagnostic spécifique. Il faut distinguer trois aspects. D'abord, les données brutes sont orientées vers l'individu, les signes et les symptômes sont présents chez un individu en particulier. En termes de système d'information, on ne peut en tirer que des listes de personnes avec leurs caractéristiques. Ensuite, on donne une signification à ces diverses caractéristiques en introduisant des catégories et en choisissant une base pour établir des interrelations. L'information qui en résulte est orientée vers le groupe, et présente deux caractéristiques principales. Elle offre la possibilité de tirer, à propos des individus d'un même groupe, des conclusions qui transcendent les limites des données nécessaires à la catégorisation : par exemple, on ajoute à la liste des signes et des symptômes du sujet un diagnostic idéal, comportant des données étiologiques et pathologiques ainsi qu'un pronostic. On peut aussi regrouper les données orientées vers les catégories sur la base de généralités plus vastes, telles que les chapitres de la CIM, ce qui facilite la transmission d'informations simplifiées. Enfin, le troisième rôle important du diagnostic

médical est de permettre la communication entre deux professionnels, sur la base des éléments que l'on peut déduire de l'appartenance à une catégorie.

Sur la base de ce qui précède, on peut examiner la nature de l'information éventuellement disponible sur les conséquences des maladies. Un certain nombre de difficultés apparaissent immédiatement, et leur influence est clairement mise en évidence en faisant un parallèle avec le diagnostic médical. Tout d'abord, les objectifs diffèrent sensiblement d'une profession à l'autre : ainsi, ce qui convient au rééducateur a peu de chances de convenir au travailleur social. Ces divergences d'intérêt introduisent au niveau des données une faiblesse dans la comparabilité. Ensuite, l'hétérogénéité peut devenir excessive, parce que dans ce contexte la plupart des professions s'intéressent surtout aux évaluations et aux données orientées vers l'individu, sans passer par une normalisation suffisante des procédures. Les informations de ce type ne se prêtent guère à la simplification qui en faciliterait la transmission à l'intérieur d'un système. C'est ainsi qu'une liste des difficultés rencontrées dans les activités de la vie quotidienne n'est vraiment utile ni pour la planification des services ni pour orienter les choix de politiques.

Une troisième difficulté réside dans le fait que l'on n'a pas réussi à élaborer des concepts unifiés analogues à ceux qui ont été développés pour les maladies. En conséquence, on ne dispose que de rares données orientées vers les catégories, ce qui accuse encore les insuffisances de la structuration et de la planification d'une politique au service des personnes invalides. Enfin, le manque de concepts adaptés, de valeur interprofessionnelle, a engendré des difficultés de communication, une situation compliquée encore par l'ambiguïté et la confusion de la terminologie.

Ce manuel ne prétend pas résoudre toutes les difficultés, puisqu'il a été édité à des fins expérimentales. Il se présente plutôt comme un moyen de surmonter certains obstacles. Il vise à promouvoir l'uniformité des concepts et des termes généraux et, en indiquant des moyens de regrouper les caractéristiques individuelles, à encourager le processus de normalisation et améliorer la comparabilité des données. Les protocoles actuels contiennent rarement tous les détails nécessaires sous une forme permettant une application rigoureuse des schémas de classification. Néanmoins, il faut espérer que ce manuel aura une valeur pédagogique, et qu'il encouragera le recueil et l'enregistrement de données plus adaptées.

En attendant qu'une information plus adéquate ait été compilée sur la base de ces schémas de classification, il est encore possible de suivre la méthode avec les archives existantes. Il peut être utile d'avoir connaissance des différents cas de figures. La cause sous-jacente des difficultés d'un individu, la maladie, peut généralement être identifiée sur la base du diagnostic consigné dans les archives médicales ; la codification CIM

n'est donc pas très difficile. Dans les archives non médicales, la cause sous-jacente peut être difficile à déterminer, mais dans un tel contexte ce facteur est souvent de moindre importance. Quelle que soit la nature des archives, les conséquences les plus immédiates de la maladie – les déficiences majeures – seront vraisemblablement enregistrées et de cette façon le codage dans le code des déficiences ne devrait pas présenter de difficultés insurmontables. L'aspect essentiel qui devrait retenir l'attention à l'avenir se rapporte aux critères d'identification et à leur rapport avec la gravité.

Le code des incapacités fait appel à des informations susceptibles de figurer déjà dans les archives, mais il faudra être attentif aux variations inhérentes à l'utilisation des évaluations cliniques, des tests fonctionnels (y compris les activités de la vie quotidienne) ou des questionnaires. Les catégories proposées devraient se prêter sans grande difficulté à l'évaluation et aux explications à l'aide de questionnaires. Il faudra néanmoins tenir compte du fait qu'une incapacité peut être vue différemment selon le contexte (une définition médicale fondée sur l'opinion d'un médecin, définition comportementale dérivée de l'accomplissement de certaines activités, ou encore définition juridique, donnée en référence au droit à diverses prestations).

L'évaluation des désavantages passe inévitablement par l'examen des dimensions et catégories figurant dans le code des désavantages. L'affectation de base devrait donc être relativement simple et rapide. Il semblerait donc que le schéma soit applicable ; cependant, sa comparabilité et sa validité ne seront mises en évidence que par la pratique. Pour l'application rétrospective aux archives existantes, la difficulté majeure résidera probablement dans le fait que l'information est incomplète, mais il sera toujours intéressant de chercher des renseignements dans les documents disponibles.⁴ L'application de la classification exige néanmoins quelques précautions. Premièrement, le désavantage social peut être perçu sous trois angles différents : subjectivement, par l'intéressé lui-même ; par les autres, c'est-à-dire les personnes qui ont une importance dans la vie du sujet ; enfin, par la collectivité en général. D'autre part, il y a une ambiguïté dans la façon d'envisager les désavantages d'un tiers. Enfin, il est impossible, à partir d'une classification à l'échelle internationale, d'élaborer un schéma qui corresponde à l'ouverture de droits à diverses prestations. Ces différents aspects, ainsi que quelques questions annexes, sont examinés en détail dans la première partie de cet ouvrage.

4. Wood and Badley, *op. cit.*

Les utilisations de l'information

Un des principes fondamentaux de la taxinomie est d'organiser la classification autour d'un objectif, ce qui semblerait exclure la possibilité d'un schéma d'application générale ; comme nous l'avons vu, il a fallu prévoir trois taxinomies différentes pour englober tous les niveaux des conséquences des maladies. Cependant, ce critère ne s'oppose pas à l'établissement de classifications qui puissent répondre à plusieurs objectifs, comme le prouvent la durabilité et la solidité des structures de base de la CIM ; la contrepartie de cette flexibilité n'est que l'obligation de consentir quelques compromis parfois controversés. Les schémas présentés dans le présent ouvrage ont été établis en tenant compte de tous ces éléments, ainsi que de tous les besoins de nombreux utilisateurs différents ; c'est pourquoi il paraît utile de préciser certaines des utilisations.

Les trois grandes catégories de besoins correspondent aux utilisations les plus fréquentes de la CIM, c'est-à-dire :

- l'établissement de statistiques sur les conséquences des maladies. Ces statistiques sont nécessaires pour le suivi des tendances, la planification des services, et pour les études de recherche sur les aspects épidémiologiques et sociologiques des incapacités et des désavantages. Pour ce dernier objectif, ce sont les écarts de gravité entre les trois niveaux et les facteurs déterminants de ces différences qui sont les plus significatifs ;
- le recueil des statistiques relatives à l'utilisation des services. Elles servent de base non seulement à la planification des services, mais aussi au processus d'évaluation ;
- l'indexation et la recherche de dossiers en fonction des caractéristiques définies dans les classifications.

Comme nous l'avons vu, chacun de ces trois schémas correspond à un seul niveau des conséquences des maladies. En conséquence, un profil intégral, allant de la cause sous-jacente d'une déficience au désavantage social qui en découle, ne peut être établi que si les trois codes sont utilisés conjointement avec la CIM, de façon à fournir une spécification complète de l'état du sujet. Il faut espérer que dans les conditions cliniques quotidiennes le schéma sera appliqué dans sa totalité, de façon à permettre, en plus de la satisfaction des besoins exprimés plus haut, une évaluation plus fine et plus complète des problèmes individuels et une évaluation critique plus aisée.

En outre, les codes ont été conçus pour être utilisables, de façon indépendante, pour des besoins spécifiques. Pour des applications plus limitées, on envisage de faire correspondre les codes des déficiences, des incapacités et des désavantages respectivement aux services médicaux, de rééducation et d'aide sociale. Mais les données relatives aux incapacités et aux désavantages intéressent aussi des domaines plus vastes de la politique sociale, tels que l'enseignement, l'emploi et le logement. Enfin,

il faut espérer que les codes contribueront à la normalisation des processus de définition des problèmes et d'archivage entre les différents groupes professionnels.

En dépit de l'intérêt exprimé depuis un certain temps pour une méthode de classification des déficiences et des incapacités concurremment avec la CIM, la nature et l'ampleur des schémas proposés transcendent largement les espérances d'un grand nombre de personnes. Cette tendance est conforme à l'objectif déclaré de l'Organisation Mondiale de la Santé : « la santé pour tous en l'an 2000 ». Une meilleure information sur les conséquences des maladies chroniques et invalidantes devrait avoir une importance décisive pour ce projet.

Ces schémas de classification recouvrent beaucoup de sujets nouveaux. Nous avons déjà exprimé notre reconnaissance à de nombreuses personnes et à de nombreux groupes pour leurs travaux. Mais l'expérience, dans ce domaine particulier de la classification, surtout en ce qui concerne les applications pratiques, reste très limitée. Après un examen attentif, il est apparu que la meilleure façon de traiter ces propositions expérimentales en toute cohérence consisterait à en confier à une seule personne l'intégration finale et la rédaction. La méthode de révision la plus usitée, par délibération en groupe, serait particulièrement profitable si l'on nous soumettait des exemples de la diversité des expériences pratiques due à l'ampleur des champs d'application, et s'il fallait résoudre des divergences d'opinions. C'est pourquoi nous prions les utilisateurs qui éprouveraient des difficultés dans l'application de ces classifications de bien vouloir faire parvenir leurs commentaires simultanément aux trois adresses suivantes :

Renforcement des Services épidémiologiques et statistiques
Organisation mondiale de la Santé
20, avenue Appia
1211 Genève 27, Suisse

Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur
les Handicaps et les Inadaptations
236 bis, rue de Tolbiac
75013 Paris

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
101, rue de Tolbiac
75654 Paris Cedex 13

Abréviations et conventions CIM utilisées

NCA Non Classifié Ailleurs

SAI Sans Autre Indication

* catégorie associée (pour réduction de l'information sur plusieurs déficiences à une seule catégorie)

Autres dans les titres des catégories de la classification, le terme « autres » se réfère à toute spécification ne figurant pas dans les catégories précédentes (par exemple, l'inclusion dans la catégorie « altération complète, côté droit » exige la mention du côté droit ; la catégorie suivante s'intitule « autre altération complète » : elle devrait correspondre aux altérations mentionnant le côté gauche ou les deux côtés, ainsi que les altérations pour lesquelles on n'indique pas quel est le côté affecté).

.8 et .9 Sont respectivement utilisés pour « autre » et pour « non précisé ».

Les conséquences des maladies

La réponse à la maladie
Maladies aiguës et chroniques

Une structure unitaire
Les niveaux de l'expérience
Déficience
Incapacité
Désavantage
Intégration des concepts

Application des concepts
Terminologie
Déviation des normes
Classification des déficiences
Classification des incapacités
Dimensions de désavantage social
Classification des désavantages

Les conséquences des maladies

Le but de cet ouvrage est d'améliorer l'information concernant les maladies. Cette entreprise n'est possible que si l'on peut évaluer la nature des expériences liées aux états de santé. En conséquence, il est nécessaire de commencer par les éclaircir.

La réponse à la maladie

Quand on observe les manifestations pathologiques, il est courant de se référer au concept de maladie. Dans cette notion et ce qui en dérive, par exemple la Classification Internationale des Maladies (CIM), les phénomènes pathologiques sont considérés comme indépendants des individus chez lesquels ils apparaissent. Ce sont d'anciennes traditions de pensée qui ont engendré cette séparation, tendant à faire des distinctions d'ordre catégoriel entre le naturel et l'humain, entre le vivant et le non-vivant, et entre le corps et l'esprit. Les limites de ce mode d'approche sont pourtant assez évidentes : en isolant la maladie du malade, les conséquences de celle-ci sur celui-là risquent d'être négligées. Ces conséquences – qui sont les réponses du malade, ou des personnes qui l'entourent ou dont il dépend – prennent de plus en plus d'importance au fur et à mesure que le poids de la maladie s'accroît.

On peut illustrer ce problème en comparant les processus aigus et les processus chroniques.

Maladies aiguës et chroniques

Dans le langage courant « aigu » indique quelque chose d'accentué ou d'intense, alors que « chronique » implique la sévérité en termes de désagrément ou de dégradation. C'est pour cette raison que les patients sont souvent alarmés quand ils apprennent que, dans la nomenclature officielle, leur état est qualifié de chronique (par exemple, bronchite chronique). En revanche, chez les professionnels, ces concepts sont utilisés dans un sens plus proches de leur étymologie. Ainsi, la définition de « aigu », « terminé en pointe », implique une durée limitée et qui, classiquement, culmine dans une crise. D'un autre côté, « chronique », qui est dérivé du mot temps (grec : chronos), indique une longue durée.

Une multitude de caractéristiques sont associées à ces contrastes dans l'échelle du temps, ce qui rend inutile la détermination d'une limite temporelle précise entre les processus aigus et chroniques.

Les caractéristiques des maladies aiguës peuvent être illustrées par les infections aiguës. Le mode d'installation du syndrome est en général rapide. Il peut y avoir une prostration quasi totale et, en général, on considère que le repos favorise la guérison. De plus, on sait que cet état ne durera pas. Ces trois caractéristiques tendent à promouvoir deux types principaux de réponses. D'abord la suspension des occupations quotidiennes peut être facilement acceptée par le patient et par son entourage. D'autre part, cette situation de maladie entraîne presque systématiquement la soumission à un avis professionnel. Pour le professionnel de la santé, la situation est aussi relativement simple. L'intervalle entre l'exposition à l'agent causal probable et le développement de la maladie est court, de telle sorte qu'un simple modèle de cause à effet peut expliquer la survenue du syndrome. La fréquence relativement élevée de nombre de ces maladies aiguës permet au professionnel d'y répondre de façon variée. Les décisions à prendre ne sont pas compliquées. Ou il est impératif d'agir rapidement, ou on a le temps de réfléchir à ce qui serait la forme d'aide la plus appropriée. La plupart des maladies aiguës cessent d'elles-mêmes. Certaines peuvent être mortelles mais les autres n'entraînent que des risques minimes pour le patient, en raison de leur durée limitée. Ces caractéristiques encouragent une attitude paternaliste du professionnel, car soulager le malade de ses symptômes apparaît comme le meilleur moyen d'attendre la fin de la crise.

Enfin, il n'est pas trop difficile de justifier la concentration des efforts nécessaires pour traiter l'épisode aigu. Bien que la prévention primaire puisse offrir une solution plus économique, le financement d'un contrôle secondaire par les services de santé est à tout le moins limité dans le temps. Ainsi, en termes de politique, les modifications à apporter aux services de santé sont-elles en général claires, les choix étant surtout de savoir si oui ou non on veut répondre à ces problèmes aigus.

Les problèmes chroniques relèvent un tout autre défi. Leur mode d'apparition est souvent insidieux ; l'évolution des symptômes peut être graduelle, ou des problèmes durables peuvent se développer sous forme de séquences d'épisodes aigus répétés. La confiance et l'espoir de guérison sont anéantis. L'expérience des professionnels ne sert plus à grand chose ; on ne peut voir la fin du mal, et l'image de soi, le sens de l'identité, est menacée par les transformations du corps et de son fonctionnement. La réduction d'activité, bien que parfois sévère, n'atteint pas en général l'incapacité totale, sauf au stade terminal de la maladie. Il peut être difficile d'être « légitimé » ou accepté par les autres tant qu'un certain degré d'indépendance est encore envisageable, en grande partie parce qu'il n'est pas possible d'échapper indéfiniment à ses

obligations. Il devient alors nécessaire de s'accomoder des changements de la situation. Enfin, la persistance des problèmes révèle implicitement les limites des possibilités. Le traitement médical, et donc les avis des professionnels, sont moins bien acceptés. Le professionnel de la santé est confronté à d'autres difficultés : la prévalence des maladies chroniques est élevée, mais leur incidence est faible. Il n'acquiert donc de l'expérience que grâce à la succession de problèmes qu'il voit se développer chez un nombre limité de patients. Cela a été un des éléments importants qui ont contribué au développement des spécialités médicales ainsi qu'à la concentration des soins dans les institutions de grande taille comme les hôpitaux. Les décisions médicales elles-mêmes sont plus problématiques car l'évolution insidieuse de la maladie chronique rend le diagnostic plus difficile. On doit souvent remettre à plus tard des conclusions définitives, alors qu'il faudrait parfois agir face à cette incertitude.

Les demandes sont différentes pour d'autres raisons majeures. Ainsi, l'impact de la maladie sur l'individu, bien qu'important, n'exclut pas l'existence d'autres problèmes. L'état clinique doit être mis en relation avec le contexte dans lequel l'individu vit, entre le travail et la maison. On doit chercher à améliorer les symptômes qui, par eux-mêmes, reflètent des déficiences et des incapacités. La sensibilité est aussi mise à contribution ; pratiquement, tout le monde a présenté une maladie aiguë à un moment ou à un autre, de telle sorte qu'il n'est pas trop difficile de se projeter dans la situation de ces patients, mais il est beaucoup plus rare d'avoir une connaissance personnelle de la souffrance chronique.

Enfin, la multidimensionnalité des problèmes liés à la maladie chronique doit susciter l'évaluation des besoins, avec tout ce que cela comporte de risques d'inflation des services de santé et d'aide sociale. Aussi, la formulation des programmes est-elle plus difficile et plus controversée ; il faut choisir, parmi les problèmes variés que présentent les individus atteints, ceux que l'on veut résoudre.

Une structure unitaire

La mise en question de l'évolution du système de soins vient du fait que les maladies chroniques commencent à occuper une place dominante. Que ce soient les patients eux-mêmes, les professionnels de la santé qui s'en occupent ou les planificateurs cherchant à s'adapter aux différents besoins naissants, chacun, à sa façon, éprouve des difficultés à répondre aux problèmes posés par les conséquences de ces maladies.

Ces trois parties prenantes subissent la même confusion, déterminée principalement par l'absence de schéma cohérent ou de structure conceptuelle de référence. Ces limites à la compréhension constituent un

obstacle à l'amélioration de l'information, et freinent le cheminement vers des réponses plus efficaces.

Les niveaux de l'expérience

La succession des événements lors d'une maladie est présentée ci-dessous.

1. *Quelque chose d'anormal se produit au niveau de l'individu*, soit à la naissance (phénomène congénital), soit plus tard (acquis). Une succession de circonstances causales, « étiologie », entraîne des modifications dans la structure ou le fonctionnement du corps, « la pathologie ». Les transformations pathologiques peuvent être évidentes ou non ; si elles le sont, on les décrit comme des « manifestations » qui, en termes médicaux, sont subdivisées en « signes et symptômes ». Ces caractéristiques sont les composantes du modèle médical de la maladie, comme cela a été indiqué dans l'introduction.

2. *Quelqu'un prend conscience de ce fait*. En d'autres termes, l'état pathologique est extériorisé. La plupart du temps, c'est le patient lui-même qui se rend compte des manifestations de la maladie, habituellement appelées « manifestations cliniques ». Pourtant, il faut aussi décrire deux autres types d'expérience.

- Il n'est pas rare que les symptômes qui se développent ne puissent être reliés à aucun processus pathologique sous-jacent. Quelque chose est extériorisé, mais sans qu'il soit possible de l'expliquer. La plupart des professionnels de la santé attribuent de tels symptômes à une perturbation, encore que non identifiée, d'un organe ou d'un processus essentiels à l'intérieur du corps.

- D'autre part, il peut se faire qu'on identifie un trouble alors que le « patient » lui-même n'en est pas conscient. Une telle pathologie dépourvue de symptôme constitue parfois une maladie à un stade infraclinique, ce que l'on rencontre de plus en plus fréquemment avec l'extension des programmes d'examen de dépistage. D'un autre côté, ce peut être un membre de la famille ou quelqu'un d'autre qui attire l'attention sur les manifestations de la maladie. En termes de comportement, l'individu est devenu, ou a été rendu, conscient du fait qu'il est en mauvaise santé. Sa maladie annonce les *déficiences*, anomalies de la structure ou de l'apparence du corps, ou de la fonction d'un organe ou d'un système, quelle qu'en soit la cause. Les déficiences correspondent à des troubles au niveau de l'organe.

3. *La capacité d'action ou le comportement de l'individu peuvent être altérés* lorsque celui-ci est conscient de sa maladie, que cela en soit une conséquence directe ou que cela soit dû au fait qu'il se sait malade. Les activités habituelles risquent d'être réduites, et l'expérience de la maladie est ainsi objectivée. Les réponses psychologiques à la maladie

nous concernent aussi, de même que, en partie, le « comportement du malade », les phénomènes de la maladie, le déroulement de la maladie, qui se manifestent comme le comportement de l'individu en réponse à ce que son entourage attend de lui quand il est malade. Ces expériences correspondent aux *incapacités* qui reflètent les conséquences des déficiences en termes de performance fonctionnelle et d'activités de l'individu. Les incapacités correspondent à des troubles au niveau de la personne.

4. *La perception de son incapacité, ou de l'altération du comportement ou du fonctionnement qui en découle*, entraîne un désavantage pour l'individu atteint par rapport aux autres, faisant de son expérience un problème social, que cela soit une conséquence directe, ou que cela soit dû au fait qu'il se sait malade. Ce niveau reflète la réponse de la société à la situation de l'individu, qu'elle soit exprimée par une attitude (marginalisation ou stigmatisation par exemple), ou par un comportement (qui peut impliquer des instruments spécifiques, comme la législation). Ces expériences représentent le *désavantage*, résultant des déficiences et des incapacités. Ce niveau de conséquence des maladies est à l'évidence le plus problématique, étant donné son rapport explicite à la valeur attachée aux activités ou au statut de l'individu.

Il convient maintenant de détailler plus avant les trois derniers niveaux de cette séquence – extériorisation, objectivation et socialisation. Nous poursuivrons par un examen des interrelations entre les concepts sous-jacents, à l'aide d'exemples éclairant les distinctions.

Déficiences

Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique.

Il faut souligner deux aspects de cette définition. D'abord le terme « déficience » est plus global que « trouble » dans la mesure où il inclut les pertes de substance. Par exemple : l'amputation d'une jambe est une déficience et non un trouble. D'autre part, pour l'harmonisation de la terminologie avec d'autres organismes internationaux, il a été nécessaire de modifier les définitions telles qu'elles avaient été données lors d'une première impression de ce manuel¹. Les limitations fonctionnelles y étaient considérées comme des incapacités, alors qu'elles sont maintenant assimilées aux déficiences. Ce changement facilite les distinctions pour les cas limites, distinctions qui manquaient auparavant de clarté.

1. Wood PHN (1975). Classification of impairments and handicaps (document non publié, WHO/ICD 9/REV. CONF/75.15).

La déficience correspond à une déviation par rapport à une certaine norme biomédicale de l'individu, et la définition de ses éléments doit être élaborée d'abord par les personnes qualifiées pour juger du fonctionnement physique et mental selon des normes généralement acceptées. La déficience comprend des pertes de substance ou des altérations qui peuvent être temporaires ou permanentes, et elle inclut l'existence ou l'apparition d'une anomalie, d'une altération, d'une perte d'un membre, organe, tissu ou autre structure, ou un défaut du système fonctionnel du corps, y compris les systèmes de fonctionnement mental.

La déficience, dont le rôle consiste en une description de l'identité de l'individu à un certain moment, est neutre par rapport à un certain nombre de caractéristiques associées ; il faut insister sur ce point. Ainsi, la déficience n'est pas contingente à l'étiologie, à la manière dont cet état s'est créé et s'est développé. La déficience peut être congénitale ou acquise (par exemple, les anomalies génétiques ou les conséquences d'un accident de la route). L'utilisation du terme « déficience » n'indique pas forcément l'existence d'une maladie ou que l'individu doive être considéré comme malade. De même, la déviation de la norme ne sera pas obligatoirement perçue par l'individu déficient, ce qui doit être clair après ce qui a été dit de l'extériorisation. D'un autre côté, une déficience latente ne peut être prise en compte : – l'individu exposé à un agent étiologique sans rapport avec la déficience, ou exposé à cet agent, n'est pas déficient ; la déficience n'existe que lorsque l'agent a entraîné une réaction du corps telle qu'un processus pathologique se développe.

Incapacité

Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

En éclairant les liens entre déficience et désavantage, le concept d'incapacité peut facilement apparaître comme vague, variable et arbitraire. Cependant, comme cela a déjà été indiqué, la limitation fonctionnelle doit être considérée maintenant comme un aspect de la déficience, ce qui devrait permettre de résoudre la plupart des difficultés. La déficience s'intéresse aux fonctions des parties du corps de l'individu ; en tant que telle, c'est une notion quelque peu idéaliste, reflétant une potentialité en termes absolus. D'autre part, l'incapacité concerne les activités parcelaires ou intégrées que l'on attend d'une personne ou du corps dans son ensemble, les compétences techniques et les comportements.

L'incapacité correspond à un écart par rapport à la norme en termes d'action de l'individu, et non pas d'un organe ou d'un mécanisme. Ce concept est caractérisé par un excès ou une diminution des comportements

ou activités normales. Ces changements peuvent être temporaires ou permanents, réversibles ou non, progressifs ou régressifs. Leur caractéristique principale est l'objectivation. Cette dernière est le processus par lequel une limitation fonctionnelle s'exprime dans la réalité quotidienne, le problème étant objectivé par la gêne dans les activités du corps. En d'autres termes, l'incapacité prend forme au fur et à mesure que l'individu devient conscient du changement de son identité. Les normes habituelles de capacité comprennent le fonctionnement en termes physiques, psychologiques et sociaux, et il serait irréaliste d'espérer une séparation entre les aspects médicaux et sociaux d'une activité. Par exemple, les incapacités physiques transgressent les normes de comportement individuel tout autant que les comportements déviants socialement – les différences importantes entre les deux sont dues à la valeur attachée à de telles déviations, et aux sanctions qui peuvent être appliquées en conséquence. De tels jugements de valeur relèvent du désavantage plus que de l'incapacité.

Il faut faire attention à la façon dont les idées sont exprimées, quand on cherche à appliquer le concept d'incapacité. L'incapacité s'intéresse à ce qui se passe dans la pratique (c'est-à-dire les activités) d'une façon assez neutre, plutôt qu'avec des notions d'absolu ou d'idéal et les jugements qui s'y rattachent. Dire que quelqu'un *présente une incapacité* est neutre et il est encore possible de faire nuancer l'interprétation de son potentiel. Cependant, des assertions énoncées en termes de « être » plutôt que de « avoir » tendent à être plus catégoriques et dépréciatives. Ainsi, dire de quelqu'un qu'il *est incapable de*, comme si c'était la juste description de l'individu, risque d'être rejetant ou dévalorisant.

Désavantage

Dans le domaine de la santé, le désavantage social pour un individu donné résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels).

Trois caractéristiques importantes de ce concept doivent être présentes à l'esprit :

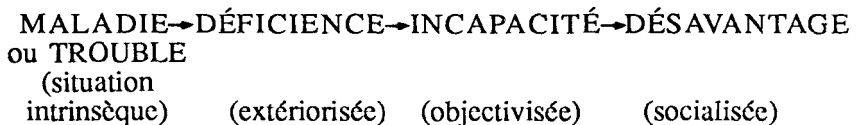
- un certain poids est attribué à la déviation de la norme structurelle, fonctionnelle ou d'exécution, soit par l'individu lui-même, soit par ses semblables dans le groupe auquel il appartient ;
- l'évaluation dépend des normes culturelles ; ainsi, une personne peut être handicapée dans un groupe et pas dans un autre, le temps, l'endroit, le statut et le rôle étant tous des éléments de contribution ;
- en ce qui concerne la première caractéristique, l'évaluation est habituellement faite au désavantage de l'individu concerné.

Le désavantage se détermine par rapport aux autres, de là, l'importance des valeurs sociales existantes qui, à leur tour, sont influencées par la trame institutionnelle. Ainsi, les attitudes et les réponses du non-handicapé jouent un rôle central dans le modelage de l'ego et la définition des possibilités pour un individu potentiellement désavantagé : ce dernier est très peu libre de déterminer ou de modifier sa propre réalité. Dans ce contexte, il est important de tenir compte des différences dans les réponses des sociétés aux déficiences visibles, par opposition à celles qui sont invisibles, et aux désavantages sérieux en opposition à ceux qui ne le sont pas. Le désavantage est caractérisé par une discordance entre l'activité de l'individu, ou son statut, et ce que son groupe d'appartenance attend de lui.

Le désavantage augmente selon l'incapacité de l'individu de se conformer aux normes de son univers. C'est donc un phénomène social, décrivant les conséquences sociales et environnementales ayant pour origine les déficiences et incapacités d'un individu. La base de dévalorisation sociale est la discrimination par d'autres personnes, mais le concept est néanmoins essentiellement neutre à l'origine. Ainsi, les intentions personnelles de l'individu ne sont pas prises en compte. Il peut exister un désavantage social chez un individu devenu déviant malgré ses propres désirs ; il peut aussi se développer sans que l'individu soit conscient de sa déviance, ou quand la déviance est la conséquence d'un choix personnel. Le concept inclut aussi l'invalidité ou la dépendance excessive à l'égard d'une institution.

Intégration des concepts

Les idées discutées plus haut peuvent être reliées de la façon suivante :



Bien que ce graphique suggère une progression linéaire, la situation est en fait plus complexe. D'abord, le handicap peut résulter d'une déficience sans incapacité intermédiaire. Une déficience esthétique peut gêner les opérations normales liées aux rôles de la vie sociale et peut donc constituer un réel désavantage, sans parler de la gêne que peut ressentir pour elle-même la personne atteinte. Dans cet exemple donc, il serait difficile de déceler une incapacité intermédiaire entre la déficience et le désavantage. De même un enfant présentant une maladie coeliaque, donc une limitation fonctionnelle, peut être capable de vivre une vie pratiquement normale sans souffrir de réduction d'activité. Malgré tout,

il pourrait subir un désavantage social, à cause de son incapacité à suivre un régime alimentaire normal.

Mais plus importantes que ces séquences incomplètes sont les possibilités d'interruption à tout niveau. Ainsi, quelqu'un peut être déficient sans incapacité, ou présenter une incapacité sans être désavantagé. En corollaire, il peut y avoir d'importantes disparités, en ce qui concerne la déviation par rapport à leur norme respective, pour les différents éléments de la séquence. Il en résulte qu'on ne peut faire l'hypothèse d'une concordance entre les degrés d'incapacité et de désavantage. Par exemple, un individu atteint d'une polyarthrite rhumatoïde peut présenter une incapacité légère et subir pourtant un désavantage important, alors qu'une autre personne atteinte de la même maladie et présentant une incapacité importante peut subir un désavantage bien moindre, par exemple si elle reçoit une aide plus grande de sa famille ou de son entourage.

Deux autres phénomènes compliquent ce schéma. D'abord, des incapacités peuvent retarder ou dissimuler le développement ou la reconnaissance de certaines capacités. Ainsi, une déficience du langage peut gêner l'expression de l'intelligence. Deuxièmement, on peut observer des influences rétroactives le long de la séquence à des degrés divers. Ainsi, certains désavantages peuvent engendrer certaines incapacités, et même la déficience de certaines facultés ; comme cela a déjà été dit, chacun de ces concepts est assez indépendant de ses origines, de telle sorte que des phénomènes secondaires peuvent apparaître.

Il est très important de présenter les concepts de cette façon, car elle décrit une séquence de résolution des problèmes, l'intervention au niveau d'un élément pouvant modifier les éléments suivants.

Ceci est très pertinent pour les objectifs de ce manuel, puisque la séquence permet aussi d'identifier des lacunes dans l'information. Il est sans doute utile de donner quelques illustrations de ces concepts :

- un enfant présentant l'absence congénitale d'un ongle est atteint d'une malformation – une déficience de la structure – mais ceci ne gêne en aucune façon le fonctionnement de sa main et il n'y a donc pas d'incapacité ; la déficience n'est pas particulièrement évidente et, par conséquent, il serait improbable qu'il y ait désavantage ;
- un myope ou un diabétique présente une déficience fonctionnelle mais, puisqu'elle peut être corrigée ou supprimée par des médicaments, des dispositifs ou de l'aide, il n'y aura pas forcément d'incapacité, même si le désavantage social existe, par exemple s'il ne peut manger un gâteau avec ses camarades, ou s'il doit se faire régulièrement des injections ;
- un individu daltonien souffre d'une déficience mais il est improbable que cela entraîne une réduction d'activité ; selon les circonstances, la déficience entraînera ou non un désavantage ; s'il travaille dans l'agriculture, il est très probable qu'il ne sera pas conscient de sa déficience, mais il subirait un désavantage s'il voulait conduire une locomotive : il n'y serait pas autorisé ;

- un niveau d'intelligence inférieur à la moyenne est une déficience, mais il peut ne pas entraîner de réduction notable de l'activité ; des facteurs autres que la déficience peuvent entraîner le désavantage. Il peut être minime si l'individu vit dans une communauté rurale isolée, alors qu'il peut être sévère pour un enfant ayant des parents de formation universitaire résidant dans une grande ville, car on attend plus de lui. Cet exemple illustre bien que toute tentative pour distinguer les éléments intrinsèques et extrinsèques du désavantage néglige en fait une propriété fondamentale de ce concept qui exprime la résultante de l'interaction entre les facteurs extérieurs et intérieurs ; l'aspect intrinsèque est exprimé par l'ensemble des déficiences et incapacités ;
- l'exemple le plus parlant de quelqu'un souffrant d'un désavantage sans subir d'incapacité est celui d'un individu qui a été guéri d'un épisode psychotique aigu mais qui est tenu à l'écart comme « malade mental ». Notons que ce désavantage correspond à la définition, puisqu'il est la conséquence de la déficience et de l'incapacité mais que ni l'une ni l'autre n'existe plus au moment où le désavantage se révèle ;
- enfin, le même désavantage peut être issu de situations différentes, et donc d'incapacités différentes. Ainsi, il peut être difficile de continuer à assurer son hygiène personnelle, mais cette activité peut revêtir une complexité différente pour quelqu'un habitué à se laver dans une bassine, à faire ses ablutions dans un lac ou dans une rivière, ou encore dans le cas d'un individu vivant dans le désert.

Application des concepts

Avant de chercher à appliquer ce schéma conceptuel aux conséquences des maladies, il faut résoudre deux difficultés qui y sont liées.

Terminologie

Une des raisons majeures pour laquelle nous manquons d'information sur les personnes présentant une incapacité dans la société est que les différents services concernés n'adoptent pas une définition commune et claire de ce qui constitue l'incapacité, la déficience et la limitation d'activité². Il y a également des disparités dans la façon d'identifier les problèmes. Le besoin de définitions claires a été mis en évidence dans un article de synthèse consacré à ces problèmes : « le mot incapacité se rapporte à une anomalie qui gêne le fonctionnement de façon significa-

2. Townsend P (1967). The disabled in society. London, Greater London, Association for the disabled.

tive. Un diagnostic complet devrait décrire l'incapacité, l'anomalie qui la sous-tend et la cause de l'anomalie. Les parents ont tendance à parler en termes d'incapacité, alors que les médecins parlent souvent en termes d'anomalies ou de leurs causes, et ceci peut entraîner des malentendus »³.

La plupart des termes pour lesquels il y a confusion ont été utilisés dans le sens commun du langage parlé et écrit quotidien. Il y a là un problème sous-jacent : les concepts correspondant à l'incapacité et au désavantage social n'ont pas été suffisamment étudiés et, en conséquence, aucune pratique systématique du langage spécifique de ces problèmes ne s'est développée.

Deux initiatives de l'Organisation Mondiale de la Santé ont aidé à changer cet état des choses. La première date de 1975-1976, quand le principe d'une première impression de ce manuel a été approuvé. La deuxième, construite sur cette base pendant les années suivantes, a permis d'obtenir l'accord de nombreux organismes internationaux sur l'utilisation des mots les plus importants. C'est cette nomenclature qui a été utilisée tout au long de ce manuel.

Bien qu'on ne puisse faire trop de cas de distinctions sémantiques, l'épreuve concluante pour choisir une nomenclature est de voir si elle apporte des bénéfices dans la pratique. Ceux-ci devraient apparaître lorsqu'une description plus claire des processus révèle dans quelle mesure et de quelle manière les problèmes devraient être résolus. On a porté dans ce livre beaucoup d'attention à la sélection des termes descriptifs, afin de renforcer les distinctions conceptuelles. On peut observer cette volonté à deux niveaux.

○ On a évité d'utiliser les mêmes mots pour désigner une déficience, une incapacité et un désavantage. Dans la langue courante, il y a une certaine tendance aux euphémismes. Le sens de certaines expressions a glissé, comme par exemple le retard mental, qui est d'abord devenu une incapacité d'ordre mental puis un handicap mental. Ceci ne fait qu'estomper les distinctions ; le désavantage social vécu par les individus présentant une déficience mentale peut varier, de telle sorte qu'il est inapproprié de qualifier un handicap de « mental ». Ainsi, les adjectifs descriptifs « mental » ou « physique » peuvent être appliqués aux déficiences, mais il est incorrect de les utiliser pour les incapacités, et tout à fait inacceptable de le faire pour les désavantages. Il est peut-être vain d'espérer faire disparaître certaines habitudes, mais au moins dans le discours des professionnels, la logique de la terminologie devrait être exploitée pour renforcer le schéma conceptuel.

3. Mitchell RG (1973). Editorial. Development Medicine and Child Neurology, 15, 279-280.

- Outre l'utilisation de divers termes descriptifs, il a semblé approprié de faire aussi appel à diverses parties du discours. Ainsi, pour les caractéristiques attribuables aux déficiences, un adjectif ou un substantif (« psychologique », « vision ») peut convenir. Une forme verbale mettra mieux en évidence l'aspect évolutif des activités relatives aux incapacités (« courir », « ramasser »). Il n'a cependant pas été possible d'appliquer ces conventions de manière systématique et elles n'apparaissent ici que pour indiquer une tendance.

Pour les déficiences spécifiques, les nomenclatures et classifications préférentielles, élaborées par des organisations internationales reconnues comme la Société Internationale de Prosthétique et d'Orthostatique, ont été employées dans la mesure du possible.

Déviations des normes

Les trois concepts concernant les conséquences des maladies – déficience, incapacité et handicap – reposent sur l'idée de déviations par rapport aux normes. L'importance de la déviation résulte de la définition de la norme en question, que celle-ci soit implicite ou précisée. Il y a trois manières d'approcher une telle définition.

- Pour les phénomènes quantitatifs, comme par exemple le poids, on peut s'aider des concepts statistiques du « normal » et de ses déviations. Pourtant si cette méthode peut-être utile pour indiquer la conformité à un modèle, elle a ses limites et il est certain que les méthodes statistiques sont de peu d'intérêt quand la norme est purement qualitative. L'attrait des méthodes statistiques provient du fait qu'elles semblent exclure les jugements de valeur, ce qui intéresse beaucoup de professionnels de la santé ayant une formation scientifique. Ce combat pour l'objectivité est encouragé par l'illusion que la causalité en science n'est pas normative, comme si elle consistait en des relations de faits ou des connexions contingentes entre événements. En réalité, le fait même d'avoir à trouver l'agent causal de la maladie est lié à une vision normative de l'organisme normal ou sain.

- Des points de vue normatifs comme ceux dont nous venons de parler sont déterminés par référence à un idéal. Cette approche de la norme est liée implicitement à des phénomènes de seuil. On peut circonscrire en partie le problème en élaborant des critères standardisés pour affecter l'individu soit à la catégorie de ceux qui se conforment à l'idéal, soit à celle de ceux qui ne le font pas. De telles méthodes peuvent être appliquées à des phénomènes non quantifiés dans le domaine de la déficience, et à la plupart des incapacités.

- En poursuivant la théorie de la déviation, on constate que d'autres normes sont déterminées par des réponses sociales. Elles concernent certaines incapacités et la plupart des désavantages. En général, ces

normes sont difficiles à catégoriser d'une façon reproductible, sauf si l'on a recours à des méthodes peu commodes et arbitraires, comme celles qui sont utilisées pour déterminer le droit à l'aide sociale. Toutefois, les normes sociales dans ce contexte sont particulièrement importantes : elles montrent que les perceptions de l'individu – le fait qu'il croit avoir un problème – ou l'identité que les autres attribuent à cet individu, peuvent entraîner un désavantage social.

Un autre problème est dû à la nature même des normes. Les déficiences et incapacités particulières à un individu ne sont pas elles-mêmes universelles, bien que si on les prend dans leur ensemble, nous présentons presque tous une déviation par rapport à la norme. La définition sociale des problèmes permet de résoudre les difficultés, parce que l'orientation des valeurs est alors liée à l'intérêt social ; ainsi, dans un contexte social, une maladie apparaissant chez des animaux sauvages sera de peu d'intérêt, alors que les maladies des animaux domestiques seront plus préoccupantes. Les écarts à la norme doivent donc être considérés de telle façon que la possibilité et l'opportunité d'une intervention permettant de restaurer cette norme nuance la manière de voir. C'est d'ailleurs l'occasion d'introduire une autre remarque. Il y a eu récemment un mouvement pour promouvoir la notion de désavantage social, attirant l'attention sur des problèmes comme la pauvreté, l'insalubrité des logements, en dehors de leur influence directe sur la santé. Bien que tout combat contre les inégalités sociales suscite la sympathie, galvauder le concept de désavantage n'apporte aucune aide et tend à confondre l'identification de certains problèmes de santé spécifiques et la manière dont ceux-ci pourraient être contrôlés.

Mesure

Pour mesurer les conséquences des maladies, il faut pouvoir évaluer l'état de ceux qui en sont affectés. Le procédé d'évaluation des malades et handicapés est vague, au moins en tant que proposition absolue, et deux questions importantes doivent être reconnues. La première concerne le sens donné à l'incapacité ou au désavantage de l'individu. Ceci aurait dû en principe être clarifié par la définition des concepts et nous espérons que cette définition permettra de réfuter les objections de ceux qui rejettent nos efforts comme une tentative de classer ce qui est inclassable.

La deuxième question, qui étaye la précédente, est liée à la raison pour laquelle l'évaluation est faite, car toute tentative d'éclaircissement dans ce domaine prête le flanc aux protestations de ceux qui pensent que catégoriser et étiqueter favorise la marginalisation. Toutefois, cette attitude dénie toute possibilité d'une tentative cohérente pour modifier la situation présente. Tant que des catégories ne sont pas identifiées,

on ne peut savoir quelle est l'importance des problèmes, ni quelles ressources il faudra déployer pour maîtriser ces problèmes.

Dans le but de résoudre ces difficultés, il a été nécessaire de concevoir trois schémas de classification séparés, complémentaires à la CIM, chacun traitant d'un des trois principaux concepts. Ces schémas ont pour but de faciliter l'étude des conséquences des maladies. Ils ont été conçus comme des systèmes de codage de telle sorte que le détail des observations par cas individuel pourra être réduit à une forme numérique standardisée. Ceci permettra des mesures très simples, par comptage des chiffres de chaque catégorie.

A leur tour, ces chiffreages peuvent être groupés par types de problèmes connexes, ce qui permettra une simplification de la préparation des tableaux statistiques pour les données groupées. Ainsi, les classifications démontrent la validité du schéma conceptuel sous-jacent, mais dans une large mesure, on peut considérer leur valeur séparément des constructions théoriques.

Cela veut dire que les classifications devraient être évaluées de la même façon que la CIM, c'est-à-dire : aident-elles au traitement des informations d'une façon valable pour les utilisateurs ?

Outre les conseils donnés dans l'introduction sur la collecte des données compatibles avec ces classifications, quelques suggestions sur les évaluations et codages seront faites à la fin des chapitres suivants. Cependant, il est nécessaire dès maintenant d'expliquer de façon plus détaillée les principes des trois classifications.

Classification des déficiences

Une réflexion fondée sur la déficience est probablement peu familière à beaucoup de cliniciens, car elle est interdisciplinaire. Dans un certain sens, il y a une relation inverse entre la CIM et le code des déficiences (code D). Ainsi, là où la CIM prend en compte une grande variété de causes, comme par exemple pour les maladies cardiaques ou respiratoires, le code des déficiences est assez restreint, puisque les conséquences de ces causes variées sont beaucoup plus limitées. De même, les conséquences fonctionnelles d'une amputation sont pratiquement identiques, que celle-ci soit due à un traumatisme ou à une malformation congénitale, et une seule série de catégories de codage est donc suffisante (on devrait utiliser la CIM si l'on voulait identifier la cause). Cependant, les amputations illustrent bien l'impossibilité de donner avec la CIM suffisamment de détails cliniques ; le problème est identique pour d'autres affections des membres. Nous avons cherché à décrire la diversité des conséquences fonctionnelles dans leur détail, ce qui nous a contraint à recourir à un quatrième chiffre pour le codage.

La structure de base du code des déficiences (D) consiste en deux chiffres plus un chiffre décimal ; comme cela vient d'être dit, il a parfois été nécessaire d'utiliser un quatrième chiffre. On a tenté d'élaborer un espace taxinomique correspondant à la fréquence et à l'importance des différents types de déficience. Dans sa forme, le code ressemble à celui de la CIM, puisqu'il est hiérarchique et que le sens en est préservé même s'il est utilisé de façon abrégée. Comme les maladies dans la CIM, les déficiences doivent être considérées comme des phénomènes de seuil ; pour chaque catégorie, il faut seulement se demander si la déficience existe ou non. Dans le but de développer un code unique et exhaustif, il a fallu accepter des accommodements au niveau de la spécificité et de la pureté taxinomique pour permettre plus de simplicité, et de nombreux aspects n'ont pu être inclus ; les omissions les plus importantes concernent certainement les déficiences fonctionnelles – mouvements composites –, comme sauter et ramper.

La classification a dû simplifier les détails et l'intention primordiale était d'identifier la caractéristique principale agissant sur l'intervention ou l'aide dont l'individu pourrait avoir besoin. Dès qu'il y a des déficiences multiples, la précision devient moins importante. Toutefois, quand cela a été possible, on a prévu une option pour permettre une précision plus grande si l'utilisateur le désire ; on peut coder séparément chaque déficience (code multiple) ou utiliser des catégories les combinant, identifiées par un astérisque. D'un autre côté, le code peut être utilisé pour identifier la déficience la plus invalidante. Ceci serait fait par analogie avec le concept de cause sous-jacente de la CIM. A ce propos, le premier niveau de détail définit le contenu des classes. C'est à l'utilisateur de déterminer le niveau de détail qu'il veut utiliser ; c'est ainsi que cette conception s'apparente à celle de la CIM (définition très détaillée des sous-classes, mais tabulation des données rassemblées dans des classes plus larges comme les chapitres de la CIM).

Il y a un autre problème dû au fait que certaines catégories du code des déficiences et de la CIM se recouvrent. C'est surtout le cas pour les symptômes, mais un examen des objectifs des deux classifications permet de résoudre la difficulté. Si l'on s'intéresse à la condition qui détermine le recours aux services médicaux, il faut probablement utiliser la CIM. Une étude des raisons pour lesquelles les gens entrent en contact avec le système de soins pourrait utiliser soit la CIM, soit le code des déficiences selon les termes de référence de l'étude. Pour une évaluation de l'efficacité du système de santé, il faudrait utiliser deux fois le code des déficiences : une fois pour indiquer l'état initial et une autre fois pour coder l'état après contact avec le système.

L'utilisation la plus intéressante du code des déficiences est sans doute celle d'un indicateur des besoins non satisfaits. Dans ces conditions, on pourrait très bien se limiter aux déficiences qui tendent à persister, en éliminant les stades intermédiaires et autres éléments peu importants,

par l'adoption de critères de durée et de sévérité : on ne coderait que les déficiences présentes pendant un laps de temps précis, ou persistant après traitement médical.

Enfin, il est évident que, sous bien des aspects, une classification des déficiences peut être considérée comme une classification des problèmes liés à la santé que les individus sont susceptibles de rencontrer. Le code D est donc applicable aux systèmes d'enregistrement orientés vers des problèmes, et il pourrait être utile à ceux qui sont intéressés par l'informatisation de ces enregistrements et qui n'ont pu jusqu'à présent en établir une représentation à l'aide de l'ordinateur.

Classification des incapacités

Lors de la première édition de ce manuel, un schéma très fruste avait été proposé pour consigner les données sur les incapacités, et ceci de façon très arbitraire, en ajoutant un chiffre supplémentaire au code des déficiences. On a pu voir, lors de nombreuses enquêtes, que ce moyen était inadéquat. En conséquence, on a établi un code des incapacités (code I) plus complet, qui recouvre les comportements et activités les plus importantes de la vie quotidienne.

L'idée maîtresse de l'organisation de cette classification réside dans la possibilité d'enregistrer la rencontre de l'individu avec son environnement, de façon à exposer ses potentialités. On peut y adjoindre la classification des désavantages qui indique dans quelles limites le potentiel de l'individu a été réalisé. L'objectif idéal du code des incapacités serait peut-être de présenter un profil des capacités fonctionnelles de l'individu, tel qu'il est déterminé par les incapacités présentes, de façon que, réciproquement, la description de l'environnement puisse être mise en parallèle avec les possibilités de l'individu. Par exemple : dans le domaine du travail, si l'on considère une usine de deux étages mais ne possédant des toilettes qu'à un seul de ces étages, il faudrait une description distincte de chaque étage, pour que chacun soit adapté aux capacités fonctionnelles (résiduelles) des employés potentiels.

Si cette tentative était probante, le code des incapacités pourrait être utilisé comme moyen de sélection, non seulement pour le travail lors des reclassements professionnels, mais aussi pour le placement dans les écoles, les programmes de relogement des invalides, pour explorer la vulnérabilité des personnes âgées, et autres objectifs de ce type. En conséquence, il devint nécessaire d'éliminer une grande partie de la complexité et des détails des évaluations conventionnelles, telles celles concernant les activités quotidiennes. C'était la seule façon d'élaborer des méthodes simples et limitées aux fonctions de base ou essentielles. Il peut se faire que les procédés d'évaluation actuels gardent leur complexité mais, comme pour le code des déficiences, les détails devraient

être inclus dans le code des incapacités plutôt comme un moyen de clarifier le contenu de classes plus larges. Dans ces circonstances, il est compréhensible que le chapitre du code des incapacités soit moins développé que les chapitres sur la déficience et le désavantage. Pourtant, sa forme laisse la possibilité d'une extension s'il apparaissait, lors du travail sur le terrain, que des besoins ne sont pas pris en compte.

La structure du code des incapacités est basée sur deux chiffres (avec un chiffre décimal optionnel) mais même les neuf chapitres principaux n'ont pas été utilisés pleinement jusqu'à présent. Encore une fois, sa forme taxinomique ressemble à celle de la CIM, dans la mesure où elle est hiérarchique, son sens étant préservé même si on l'utilise de façon abrégée (cette caractéristique étant essentielle pour faciliter la correspondance entre l'individu et les conditions de son environnement). Il existe cependant une différence importante, à la fois avec la CIM et avec le code des déficiences. Les incapacités ne sont pas un phénomène de seuil ; elles reflètent les défaillances dans l'accomplissement de certaines tâches ; par conséquent, on peut s'attendre à y rencontrer des gradations. On a donc laissé la possibilité d'inscrire le degré d'incapacité grâce à un chiffre supplémentaire. De plus, ceux qui travaillent dans le domaine de la réhabilitation veulent pouvoir juger de l'évolutivité ; on a donc prévu pour cela l'utilisation d'un chiffre supplémentaire.

Dimensions du désavantage social

Avant de procéder à la classification des désavantages, il est nécessaire de considérer plus avant la nature du désavantage social. Toute tentative directe pour mesurer des valeurs de ce genre se révélerait très difficile. Toutefois, on peut identifier certains actes fondamentaux en relation avec l'existence et la survie de l'homme en tant qu'être social, et avec ce que la société attend de l'individu dans toute culture. Un individu présentant une compétence réduite dans une de ces dimensions de l'existence est, ipso facto, désavantagé par rapport à ses pairs. Le degré de désavantage attaché à la réduction de la compétence peut varier de façon appréciable selon les cultures, mais un jugement de valeur défavorable plus ou moins marqué apparaît presque universel.

Les actes fondamentaux comprennent la capacité de l'individu à :

- s'orienter dans son environnement et répondre aux stimuli qu'il en reçoit ;
- maintenir une existence indépendante d'une façon efficace, en rapport avec les besoins physiques immédiats du corps, y compris la nutrition et l'hygiène personnelle ;
- se mouvoir de façon efficace dans son environnement ;
- occuper son temps d'une façon normale, compte tenu de son sexe, de son âge, de sa culture, y compris la poursuite d'une occupation

(comme exercer une activité professionnelle, accomplir les tâches domestiques, ou élever les enfants), ou d'avoir une activité physique telle que jeux et divertissements ;

- participer à, et maintenir des relations sociales ;
- avoir une activité socio-économique et maintenir son indépendance grâce au travail ou à l'exploitation de ses biens.

Ces six dimensions peuvent être appelées rôles de survie, et la classification des désavantages est basée sur cette analyse. Toutefois, avant cela, il convient de prendre en compte un certain nombre d'autres points.

La seule notion de valeur présente dans cette analyse est que l'existence et la survie sont nécessaires et bonnes ! Si l'on considère les problèmes de santé, cette proposition ne semble pas exiger d'être justifiée. Les rôles de survie ont le mérite d'être comparables dans la plupart des cultures. En fait, les perturbations de l'orientation, la dépendance physique, l'immobilité, la réduction de l'occupation, l'isolement social et la pauvreté, sont les problèmes les plus graves et les plus fréquents des personnes présentant une déficience ou une incapacité, même dans les sociétés urbanisées et industrialisées possédant un excédent de richesse appréciable. Les rôles de survie ne recouvrent nullement toutes les dimensions du désavantage et il faut savoir qu'il en existe d'autres formes. La hiérarchie des besoins de Maslow⁴ semble présenter un cadre conceptuel utile pour la compréhension de ces problèmes.

Les trois niveaux les plus bas sont les besoins physiologiques, de sécurité, et sociaux ; ils sont également concernés par la classification des désavantages et, en grande partie, dans cet ordre. Viennent ensuite les besoins de l'ego et de reconnaissance du statut, le niveau le plus haut étant celui de l'accomplissement de soi. Maslow soutient que l'homme tend à satisfaire ses besoins dans un ordre prédéterminé ; quand le besoin a été comblé, l'homme n'est plus poussé par celui-ci, mais des besoins d'ordre plus élevé seront ignorés tant que des besoins plus fondamentaux n'auront pas été satisfaits.

Ces distinctions hiérarchiques peuvent être utiles pour déterminer les priorités ; la prédominance des rôles de survie apparaît très clairement dans une telle analyse. De plus, les valeurs symboliques attachées aux fonctions de base comme l'alimentation et l'excrétion, peuvent apparaître comme étant le reflet d'un niveau élevé de besoins. Cependant, ces besoins plus élevés sont plus difficiles à mesurer, et il est de peu d'intérêt de diriger notre attention vers des problèmes plus difficiles tant que les besoins fondamentaux sont négligés. C'est pourquoi, la classification

4. Maslow AH (1954). *Motivation and personality*. New York, Harper and Row.

ménage relativement peu de place aux désavantages autres que ceux liés aux rôles de survie. Les chercheurs qui s'intéressent à une étude plus détaillée de ces aspects construiront sans doute leurs propres schémas supplémentaires.

A ce niveau, il faut éclaircir une source importante de confusion : le désavantage a souvent été identifié à la dépendance. Il est certain que la dépendance a l'avantage de pouvoir être définie, donc mesurée, facilement. De plus, il est important d'avoir une indépendance fondamentale dans les activités physiques et matérielles, d'autant que dépendre des autres grève leur productivité et leur temps. Cet aspect est complexe dans beaucoup de sociétés où les transformations dans la taille de la famille, la mobilité géographique et les obligations familiales ont entraîné une dépendance exigeant une réponse collective et non individuelle – problème encore accru par des modifications démographiques entraînant un accroissement de la population à haut risque, c'est-à-dire les personnes âgées. Le principal obstacle à l'intégration du désavantage dans le terme « dépendance » est que cette intégration occulterait des besoins sociaux qui eux-mêmes peuvent, si on y répond, aider à résoudre de nombreux désavantages associés à des besoins physiologiques et de sécurité. A l'appui de cette analyse, on observe que, dans les sociétés fortement intégrées, il y a une dépendance extrême des individus entre eux, que ce soit pour les relations sociales ou pour des opportunités de travail et d'indépendance économique. La réalité est que l'homme est un être social ; les relations sociales qu'il se plaît à avoir sont aussi essentielles pour sa survie que sa compétence à résoudre ses besoins physiologiques. Ainsi, la situation de l'homme peut-elle être décrite comme interdépendante. D'ailleurs ceci permet d'éclairer un autre aspect important : si on peut réduire le désavantage dans une dimension, le désavantage peut devenir plus supportable dans une autre.

L'absence apparente de différenciation opérationnelle claire a manifestement perpétué la confusion entre incapacité et désavantage. Dans le passé, les moyens d'identification du désavantage étaient fondés habituellement sur la constatation d'une incapacité et de sa sévérité. Il peut sembler logique de déduire l'existence du désavantage de la présence de certaines incapacités, mais cela implique des suppositions importantes sur les valeurs et les interrelations entre le désavantage social et la nature et la sévérité de l'incapacité. Ainsi, l'objectif de l'action sociale risquerait d'être dévié vers l'incapacité. C'est une réponse réductionniste, noyant le désavantage dans l'incapacité, et ceci peut engendrer des conceptions qui excluent d'autres dimensions du handicap, entraînant des inégalités. On en trouve l'illustration dans les inégalités fréquentes, mais pourtant inacceptables, des pensions offertes aux invalides selon la cause de leur déficience, des sentiments de culpabilité expliquant probablement des taux préférentiels accordés aux invalides de guerre. Il existe aussi une tendance à s'occuper de façon excessive des incapacités

résultant de déficiences physiques, négligeant celles qui proviennent de déficiences psychologiques.

La difficulté tient au fait que la mesure détermine trop directement l'action. Par exemple, la mesure du quotient intellectuel (QI), a influé sur l'organisation de l'éducation, sans tenir compte du potentiel éducatif, du besoin, etc. On ne s'est occupé que de l'existence de bâtiments et d'institutions ayant pour but de prendre en charge les populations ainsi déterminées.

Ce qui se passe avec les incapacités est très comparable. Administrativement, il peut sembler plus simple d'instituer vérifications et contrôles au niveau de l'incapacité. Il est certain qu'on peut comprendre le besoin d'un étalonnage pour réconcilier les exigences souvent conflictuelles de la société et des individus. Cependant, l'incapacité n'influence qu'indirectement le désavantage social et il est donc important d'être très clair quant à ses propres buts. Si le désavantage est l'objectif primordial de l'action sociale, tous les individus présentant une réduction d'activité ne sont pas forcément désavantagés, puisque la réduction d'activité ne peut être considérée comme un phénomène sociologique en soi. Il y a un net clivage entre incapacité et désavantage, à la fois conceptuellement et en ce qui concerne les moyens d'intervention. Les obstacles méthodologiques ne doivent pas conduire à déterminer les mesures d'action sociale concernant le désavantage à partir de l'incapacité. Pour cela, la classification des désavantages est présentée ici comme le moyen d'étudier directement le désavantage.

Classification des désavantages

Ayant situé l'enjeu, il est maintenant nécessaire d'expliquer l'aspect du code des désavantages. Il est relativement facile de classer des variables nominales. L'exigence principale est que la classification soit exhaustive. Dans le contexte médical, une autre logique – que les classes soient exclusives – est plus problématique, puisqu'il peut y avoir plus d'une maladie, déficience ou incapacité chez le même individu. Toutefois, cette difficulté peut-être résolue, soit par un codage multiple, soit par l'adoption de conventions telles que la combinaison des catégories ou l'établissement de règles basées sur des notions telles que la cause sous-jacente. On peut imposer une hiérarchie des variables nominales, par la mise en évidence et le regroupement des similitudes. On en a l'exemple avec les différents axes de la CIM basés sur l'étiologie, le système, la localisation et la nature. Les déficiences et les incapacités peuvent être classées de la même façon.

La propriété essentielle des variables nominales est que les classes en sont mutuellement exclusives. Quand on passe au concept de désavantage, la situation est très différente. Alors que les manifestations consti-

tuent des ensembles bien déterminés, les conséquences forment un tout plus complexe qu'il est difficile de diviser. En termes de désavantage, les conséquences sont qu'un individu est incapable d'assumer ses rôles habituels ou ceux auxquels il pourrait aspirer.

On peut identifier les dimensions ou composantes du désavantage à travers ces rôles, mais ceux-ci interagissent de telle manière qu'il est important de les refléter tous, tout en les gardant distincts.

Donc la première tâche dans la construction d'une taxinomie des désavantages est de déterminer les dimensions que l'on veut classer. Ceci a été entrepris dans le chapitre précédent où l'on a constaté que, les valeurs étant difficiles à mesurer, il vaut mieux les étudier d'une façon indirecte. Ainsi, le code des désavantages classe les éléments, non pas en fonction des individus et de leurs qualités, mais en fonction des circonstances dans lesquelles les individus présentant une incapacité risquent de se trouver, circonstances dont on peut penser qu'elles placent l'individu dans une situation de désavantage par rapport à ses pairs, au regard des normes sociales.

De plus, on a besoin de déterminer des degrés à l'intérieur de ces dimensions ; ainsi, pour chacune d'elles, une gradation des conditions est possible et on doit préciser l'état de l'individu dans chaque dimension. En conséquence, le code n'est pas hiérarchique au sens habituel et il n'est possible de le simplifier que si on néglige de façon arbitraire certaines de ses dimensions, et non en faisant des compromis entre différents rôles ou axes, comme c'est le cas dans la CIM. De même, il serait présomptueux de chercher à faire une synthèse, ce qui conduirait à l'échec. Cela impliquerait d'imposer des jugements de valeur dans un domaine dangereusement subjectif.

La lecture des grandes lignes du code des désavantages permet de repérer plus clairement ces caractéristiques, et on voit alors que ce code, en tant qu'instrument descriptif, est un moyen de résumer une situation de façon semi-quantitative, plutôt que d'identifier des catégories discontinues.

L'imbrication entre les différentes catégories a été réduite au minimum, mais n'a pu être entièrement éliminée. Ainsi, un individu grabataire est non seulement immobilisé mais également totalement dépendant des autres pour ses soins. Théoriquement, on pourrait éliminer ce chevauchement mais, en pratique, il est préférable que chaque dimension reste à part pour les raisons décrites plus haut. On a accordé beaucoup de réflexion à la mise en ordre et à la répartition des degrés pour les différentes dimensions.

Non seulement les catégories doivent avoir un sens par elles-mêmes, mais aussi la différenciation entre elles doit être possible, par des moyens simples mais fiables.

C'est pour cette raison qu'une revue totale de toutes les catégories sensibles, s'étendant sur les neuf chiffres, n'a pas toujours été possible.

On doit reconnaître ici la valeur de notions comme celle de l'intervalle de besoins critiques⁵, qui a été incorporée dans la dimension de la dépendance physique, et qui est supérieure à des distinctions plus arbitraires telles celles basées sur la durée pendant laquelle l'aide est nécessaire. Ce n'est qu'après des applications pratiques de la classification que l'on pourra évaluer l'efficacité de ces propositions et l'adéquation des degrés de chaque dimension.

On rencontrera probablement d'autres problèmes. D'abord le désavantage peut être perçu de trois façons différentes : subjectivement, par l'individu lui-même ; par les personnes de l'entourage ; par la communauté dans son ensemble. D'autre part, il y a une ambiguïté quant à la façon de considérer le désavantage dû à un tiers : soit, par exemple, le cas d'un individu qui n'a pas de déficience, mais qui souffre d'un désavantage par suite d'une maladie chronique ou d'une incapacité chez un membre de sa famille qui requiert son aide. La difficulté est due au fait que, si l'on suit rigoureusement la définition du désavantage, il n'est pas possible de prendre en compte de tels individus dans ce contexte, puisque leur désavantage n'est pas la conséquence de leur propre déficience ou incapacité.

Enfin, il paraît évident, suite à ce qui a été dit, qu'il n'est pas possible qu'un projet à usage international corresponde exactement aux conditions légales ouvrant droit aux diverses allocations.

5. Isaacs B, Neville Y (1975). The measurement of need in old people. Scottish Health Service Studies, n° 34. Edinburgh, Her Majesty's Stationery Office.

Partie 2

Classification des déficiences

Liste à deux chiffres des catégories de déficiences

- 1 Déficiences intellectuelles
- 2 Autres déficiences du psychisme
- 3 Déficiences du langage et de la parole
- 4 Déficiences auditives
- 5 Déficiences de l'appareil oculaire
- 6 Déficiences des autres organes
- 7 Déficiences du squelette et de l'appareil de soutien
- 8 Déficiences esthétiques
- 9 Déficiences des fonctions générales, sensibles, ou autres déficiences

Indications pour le codage

Index

Classification des déficiences

Définition

Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique.

(Note : la notion de « déficience » est plus large que la notion de « trouble », car elle comprend aussi les pertes de substance – par exemple, la perte d'une jambe est une déficience, mais non un trouble).

Caractéristiques

La déficience est caractérisée par des pertes de substance ou des altérations qui peuvent être provisoires ou définitives. Elles comprennent l'existence ou l'apparition d'anomalies, d'insuffisances et de pertes concernant un membre, un organe, un tissu ou autre structure de l'organisme, y compris la fonction mentale. La déficience représente l'extériorisation d'un état pathologique ; elle est le reflet des troubles manifestés au niveau de l'organe.

Liste à deux chiffres des catégories de déficiences

1. Déficiences intellectuelles

Déficiences de l'intelligence (10-14)

10. Retard mental profond
11. Retard mental sévère
12. Retard mental moyen
13. Autre type de retard mental
14. Autres déficiences de l'intelligence

Déficiences de la mémoire (15-16)

15. Amnésie
16. Autre déficience de la mémoire

Déficiences de la pensée (17-18)

17. Déficience du déroulement et de la forme de la pensée
18. Déficience du contenu de la pensée

Autres déficiences intellectuelles (19)

19. Autre déficience intellectuelle

2. Autres déficiences du psychisme

Déficiences de la conscience et de l'état de veille (20-22)

20. Déficience de la clarté de la conscience et de la qualité de l'expérience consciente
21. Déficience intermittente de la conscience
22. Autre déficience de la conscience et de l'état de veille

Déficiences de la perception et de l'attention (23-24)

23. Déficience de la perception
24. Déficience de l'attention

Déficiences des fonctions émotives et volitionnelles (25-28)

25. Déficience des pulsions
26. Déficience de l'émotion, de l'affect et de l'humeur
27. Déficience de la volition
28. Déficience des fonctions psychomotrices

Déficiences du comportement (29)

29. Déficience du comportement

3. Déficiences du langage et de la parole

Déficiences du langage (troubles du langage) (30-34)

30. Déficience sévère de la communication
31. Déficience de la compréhension et de l'utilisation du langage

- 32. Déficience des fonctions extralinguistiques et sublinguistiques
- 33. Déficience des autres fonctions linguistiques
- 34. Autre déficience de l'apprentissage

Déficiences de la parole (troubles de la parole) (35-39)

- 35. Déficience vocale
- 36. Autre déficience de la fonction vocale
- 37. Déficience de la parole dans la forme
- 38. Déficience du contenu de la parole
- 39. Autre déficience de la parole

4. Déficiences auditives

Déficiences de l'acuité auditive (40-45)

- 40. Déficience totale ou profonde du développement de l'ouïe
- 41. Perte auditive bilatérale profonde
- 42. Déficience auditive profonde d'une oreille avec déficience sévère de l'autre oreille
- 43. Déficience auditive bilatérale sévère
- 44. Déficience auditive profonde d'une oreille avec déficience moyenne, légère ou nulle de l'autre oreille
- 45. Autre déficience de l'acuité auditive

Autres déficiences de l'audition ou de l'appareil auditif (46-49)

- 46. Déficience de la discrimination vocale
- 47. Autre déficience de la fonction auditive
- 48. Déficience de la fonction vestibulaire et de l'équilibration
- 49. Autre déficience de l'appareil auditif

5. Déficiences de l'appareil oculaire

Déficiences de l'acuité visuelle (50-55)

- 50. Absence d'œil
- 51. Déficience visuelle profonde des deux yeux
- 52. Déficience visuelle profonde d'un œil avec vision basse de l'autre œil
- 53. Déficience visuelle moyenne des deux yeux
- 54. Déficience visuelle profonde d'un œil
- 55. Autre déficience de l'acuité visuelle

Autres déficiences de la fonction visuelle et de l'appareil oculaire (56-58)

- 56. Déficience du champ visuel
- 57. Autre déficience visuelle
- 58. Autre déficience oculaire

6. Déficiences des autres organes

Déficiences des organes internes (60-66)

- 60. Déficience mécanique et motrice des organes internes

- 61. Déficience de la fonction cardiorespiratoire
- 62. Déficience de la fonction gastrointestinale
- 63. Déficience de la fonction urinaire
- 64. Déficience de la fonction reproductrice
- 65. Anomalie des organes internes
- 66. Autre déficience des organes internes

Déficiences d'autres fonctions spécifiques (67-69)

- 67. Déficience des organes sexuels
- 68. Déficience de la mastication et de la déglutition
- 69. Déficience liée à l'olfaction et aux autres fonctions spécifiques

7. Déficiences du squelette et de l'appareil de soutien

Déficiences des régions de la tête et du tronc

- 70. Déficience des régions de la tête et du tronc

Déficiences mécaniques et motrices des membres (71-74)

- 71. Déficience mécanique du membre
- 72. Paralysie spastique de plus d'un membre
- 73. Autre paralysie des membres
- 74. Autre déficience motrice des membres

Altération de membres (75-79)

- 75. Altération de l'axe transversal des parties proximales d'un membre
- 76. Altération de l'axe transversal des parties distales d'un membre
- 77. Altération de l'axe longitudinal des parties proximales du membre supérieur
- 78. Altération de l'axe longitudinal des parties proximales du membre inférieur
- 79. Altération de l'axe longitudinal des parties distales d'un membre

8. Déficiences esthétiques

Déficiences esthétiques de la tête et du tronc (80-83)

- 80. Altération au niveau de la tête
- 81. Difformité de la tête et du tronc
- 82. Autre déficience esthétique de la tête
- 83. Autre déficience esthétique du tronc

Déficiences esthétiques des membres (84-87)

- 84. Défaut de différenciation de certaines parties du corps
- 85. Autre malformation congénitale
- 86. Autre déficience esthétique des parties du corps
- 87. Autre déficience esthétique

Autres déficiences esthétiques (88-89)

- 88. Orifice anormal ou artificiel
- 89. Autre déficience esthétique

9. Déficiences de fonctions générales, sensibles et autres déficiences

Déficiences de fonctions générales (90-94)

- 90. Déficience multiple
- 91. Déficience sévère de la continence
- 92. Susceptibilité anormale aux traumatismes
- 93. Déficience du métabolisme
- 94. Autre déficience des fonctions générales

Déficiences sensibles (95-98)

- 95. Déficience sensibles au niveau de la tête
- 96. Déficience au niveau du tronc
- 97. Déficience au niveau du membre supérieur
- 98. Autre déficience sensible

Autres déficiences (99)

- 99. Autre déficience

1. Déficiences intellectuelles

Les déficiences intellectuelles comprennent celles de l'intelligence, de la mémoire et de la pensée.

EXCLUT : déficiences du langage et de l'apprentissage (30-34).

Déficiences de l'intelligence (10-14)

COMPREND : les perturbations du degré de développement des fonctions cognitives telles que la perception, l'attention, la mémoire et la pensée ainsi que leur détérioration à la suite d'un processus pathologique.

10. Retard mental profond

QI inférieur à 20

Individus susceptibles d'un certain apprentissage en ce qui concerne les membres supérieurs, inférieurs, et la mastication.

11. Retard mental sévère

QI entre 20 et 34

Individus qui peuvent profiter d'un apprentissage systématique des gestes simples.

12. Retard mental moyen

QI entre 35 et 49

Individus pouvant acquérir des notions simples de communication, des habitudes d'hygiène et de sécurité élémentaire, et une habileté manuelle simple, mais qui ne peuvent acquérir aucune notion d'arithmétique ou de lecture.

13. Autre type de retard mental

13.0. *Retard mental léger*

QI entre 50 et 70

Individus pouvant acquérir des aptitudes pratiques et la lecture ainsi que des notions d'arithmétique grâce à une éducation spécialisée, et que l'on peut amener à une certaine insertion sociale.

- 13.8. *Autres*
- 13.9. *Non précisé*

14. Autres déficiences de l'intelligence

- 14.0. *Démence globale*
Démence affectant toutes les fonctions cognitives et aptitudes.
COMPREND : détérioration du fonctionnement cognitif résultant d'une maladie cérébrale ou d'un traumatisme.
- 14.1. *Démence lacunaire ou partielle*
Avec préservation partielle d'un certain nombre de fonctions et d'aptitudes cognitives.
- 14.2. *Autres formes de démence, et forme non précisée*
- 14.3. *Perte des acquisitions*
- 14.8. *Autres*
- 14.9. *Non précisée*

Déficiences de la mémoire (15-16)

15. Amnésie

COMPREND : perte totale ou partielle de la mémoire des événements passés, incapacité d'enregistrer, retenir et restituer des informations nouvelles.

- 15.0. *Amnésie rétrograde*
Déficiency de la mémoire concernant les événements situés antérieurement à un événement bien identifié.
- 15.1. *Déficiency de la mémoire ancienne*
- 15.2. *Déficiency de la mémoire récente*
COMPREND : amnésie immédiate, altération de la capacité d'acquérir de nouvelles informations.
- 15.3. *Amnésie psychogène*
Variabilité du type d'amnésie
- 15.4. *Déficiency de la mémoire des formes*
- 15.5. *Déficiency de la mémoire des mots*
- 15.6. *Déficiency de la mémoire des chiffres*
- 15.8. *Autres*
- 15.9. *Non précisée*

16. Autre déficience de la mémoire

La mémoire comprend la capacité d'enregistrer, stocker, reproduire l'information.

COMPREND : faux souvenirs et distorsions du contenu de la mémoire.

16.0. Confabulation

16.1. Illusions de la mémoire

Para-amnésie.

16.2. Cryptoamnésie

Rappel de faits et événement sans les reconnaître comme souvenirs.

16.3. Autre distorsion du contenu de la mémoire

16.4. Pertes de mémoire

16.8. Autres

16.9. Non précisée

Déficiences de la pensée (17-18)

17. Déficience du déroulement et de la forme de la pensée

COMPREND : troubles affectant la rapidité et l'organisation des processus de pensée et la capacité de former des séquences logiques.

17.0. Déficience de la conceptualisation ou de l'abstraction

En relation avec la capacité d'interpréter le sens de ce qui est perçu, d'intégrer des perceptions, de former des relations significatives entre ces perceptions et de concevoir des abstractions.

17.1. Déficience de la pensée logique

En relation avec la capacité de relier les idées hiérarchiquement.

17.2. Lenteur de la pensée

17.3. Accélération de la pensée

17.4. Persévération

COMPREND : « radotage », répétition de phrases et retour constant au même sujet.

17.5. Pensée circonscrite

17.6. Idées obsessionnelles

17.7. Dérive des idées

COMPREND : association de mots par sons ou rimes.

17.8. *Autres*

COMPREND : incohérence du processus intellectuel.

17.9. *Non précisée***18. Déficience du contenu de la pensée**

COMPREND : restriction du contenu de la pensée, emphase excessive ou irréaliste et fixation sur un groupe particulier d'idées excluant la possibilité d'un examen critique, et fausses croyances impossibles à corriger par un argument logique ou l'épreuve de la réalité.

18.0. *Pauvreté du contenu de la pensée*18.1. *Exagération*18.2. *Délire paranoïde*

Un délire est basé sur une fausse croyance, imperméable à la force de la raison, et non partagée par les autres individus de mêmes éducation et origine culturelle. Un délire paranoïde ou idée fixe, est un délire dans lequel l'individu considère que, dans son environnement, les événements se produisent essentiellement en connexion avec lui.

18.3. *Délire dépressif*

COMPREND : délire de culpabilité et de dépréciation.

18.4. *Délire de jalousie*18.5. *Délire des grandeurs*18.6. *Délire fantastique*18.7. *Délire hypochondriaque et nihiliste*18.8. *Autres délires*18.9. *Autre et non précisée***Autres déficiences intellectuelles (19)****19. Autre déficience intellectuelle**

COMPREND : déficiences des fonctions gnosiques et praxiques avec perturbation des fonctions corticales supérieures concernant la reconnaissance et la manipulation intentionnelle des objets.

19.0. *Agnosie*

Trouble de la capacité de reconnaître les objets en l'absence d'altération de la conscience, de la mémoire, de la pensée.

19.1. *Apraxie*

Trouble de la capacité d'effectuer les mouvements volontaires appris en l'absence d'altération de la conscience, de la mémoire, de la pensée et de la motricité.

19.2. *Acalculie*

Trouble de la capacité de compter et de faire les opérations numériques en l'absence d'altération de la conscience, de la mémoire et de la pensée.

19.3. *Manque d'ouverture aux idées nouvelles*

19.4. *Fausse interprétation*

Une fausse interprétation est une fausse construction par l'individu lors d'un événement.

19.8. *Autres*

19.9. *Non précisée*

2. Autres déficiences du psychisme

Les déficiences du psychisme ont été étudiées de façon à inclure les interférences avec les éléments de base constituant la vie mentale. Dans cet objectif, les fonctions répertoriées sont celles qui impliquent normalement la présence des mécanismes neurophysiologiques et psychologiques de base. Le niveau d'organisation mentionné est celui qui est habituellement consigné lors de l'examen clinique du système nerveux central et lors de l'examen de l'état mental. De plus, certaines fonctions psychologiques plus complexes, en rapport avec les pulsions, le contrôle émotionnel et l'épreuve de la réalité, ont été également incluses.

Habituellement, les symptômes comme les hallucinations et les délires sont considérés comme très proches de ce qui a été défini ici comme déficience. En termes de classification, ils peuvent être considérés comme le résultat d'une déficience de certains processus psychologiques essentiels, qui doivent normalement exister même si nous ignorons souvent leur nature. Par exemple, des symptômes sévères d'anxiété peuvent être perçus comme une déficience des mécanismes de contrôle du système nerveux autonome. On peut dire la même chose des sentiments morbides dépressifs et des sentiments hypomaniaques. De même, on peut supposer que les hallucinations sont la conséquence d'une déficience des mécanismes permettant de différencier le moi du non-moi, alors que les délires indiquent la déficience de mécanismes comparables, mais concernant l'épreuve de réalité. Conformément à l'esprit de la classification, les symptômes ont été inclus dans les déficiences, en se basant sur le fait que ces symptômes supposent une déficience de certains mécanismes psychologiques complexes sous-jacents.

On considèrera les altérations du comportement comme des incapacités plutôt que comme des déficiences lorsqu'il s'agit de perturbation des séquences d'interaction complexes, intentionnelles et complètes, avec l'environnement ou d'autres personnes.

Déficiences de la conscience et de l'état de veille (20-22)

20. **Déficience de la clarté de la conscience et de la qualité de l'expérience consciente**

COMPREND : les différents degrés de la diminution de vigilance, et les états caractérisés par les variations du niveau de vigilance associés à une altération de la conscience de soi, et du monde environnant.

EXCLUT : déficience intermittente de la conscience (21).

20.0. *Perte de conscience*

COMPREND : coma, coma vigile et stupeur.

20.1. *Obscurcissement de la conscience*

COMPREND : les syndromes transitionnels ou l'état post-critique (d'un traumatisme crânien).

20.2. *Rétrécissement du champ de la conscience*

COMPREND : rétrécissement du champ de la conscience dû à un affect.

20.3. *Délirium*

COMPREND : état crépusculaire.

20.4. *Autres états confusionnels*

COMPREND : désorientation dans le temps, l'espace et non reconnaissance des personnes.

20.5. *Dissociation*

20.6. *État apparenté à la transe*

COMPREND : état hypnotique.

20.7. *Mutisme akinétique*

20.8. *Autre*

20.9. *Non précisée*

21. Déficience intermittente de la conscience

COMPREND : troubles intermittents dus à un ictus et caractérisés par une perte partielle ou totale de la conscience ou par des états d'altération de la vigilance et une variété de signes et symptômes cérébraux localisés.

21.0. *Perte intermittente de la conscience, profonde*

COMPREND : épilepsie, avec fréquence des crises de une par jour ou plus.

21.1. *Perte intermittente sévère de la conscience*

COMPREND : épilepsie avec fréquence des crises de une par semaine ou plus.

21.2. *Perte intermittente de la conscience, modérée*

COMPREND : épilepsie, avec fréquence des crises de une par mois ou plus.

21.3. *Perte intermittente de la conscience, légère*

COMPREND : épilepsie avec fréquence des crises inférieure à une par mois.

21.4. *Trouble intermittent de la conscience*

COMPREND : épilepsie psychomotrice.

21.5. *Autres types de crises d'épilepsie*

COMPREND : petit mal.

21.6. *Autres troubles intermittents de la conscience*

COMPREND : syncope et déroberement (drop-attack).

21.7. *Fugues***21.8. *Autres*****21.9. *Non précisée*****22. *Autre déficience de la conscience et de l'état de veille***

COMPREND : altération du cycle veille/sommeil, troubles affectant la quantité, la qualité, l'organisation du sommeil et de la veille, déficiences du système nerveux autonome dans le contrôle des fonctions corporelles influencées par le cycle du sommeil.

22.0. *Difficulté d'endormissement***22.1. *Réveil prématuré*****22.2. *Hypersomnie***

COMPREND : insomnie S.A.I.

22.3. *Autres déficiences de l'organisation du cycle sommeil/veille*

COMPREND : narcolepsie.

22.4. *Énurésie nocturne***22.5. *Autre anomalie de l'activité durant le sommeil***

COMPREND : somnambulisme, somniloquie.

22.6. *Autre déficience du cycle sommeil/veille***22.7. *Assoupissement***

COMPREND : somnolence.

22.8. *Autre*

COMPREND : déficience de l'état de veille (l'éveil étant la capacité de réponse à un stimulus).

22.9. *Non précisée****Déficiences de la perception et de l'attention (23-24)***

COMPREND : troubles des fonctions permettant à l'individu de recevoir par ses sens et de traiter l'information concernant son propre corps et l'environnement, et de sélectionner certains éléments d'une telle information.

23. Déficience de la perception

23.0. *Déficience de l'intensité de la perception*

COMPREND : modification du degré de perception des caractéristiques des objets, en ce qui concerne leur discrimination et leur fixation dans l'esprit.

23.00. Atténuation globale de la perception

23.01. Atténuation sélective de la perception

COMPREND : atténuation selon des modalités spécifiques.

23.02. Exagération globale de la perception

23.03. Exagération sélective de la perception

COMPREND : hypersensibilité au bruit.

23.08. Autre

23.09. Non précisée

23.1. *Distorsion de la perception*

COMPREND : illusions, trouble de la perception où le contenu objectif des données reçues par les différents sens est déformé – ce qui devrait être entendu ou vu dans sa réalité est perçu différemment.

EXCLUT : dissociation de la personnalité (23-30).

23.10. Illusions optiques

23.11. Illusions acoustiques

23.12. Illusions tactiles

23.13. Illusions kinesthésiques

23.14. Illusions concernant d'autres modalités des sens

23.15. Illusions composites

COMPREND : imagerie paréidolique.

23.18. Autre

23.19. Non précisée

23.2. *Fausse perceptions*

COMPREND : hallucinations et pseudohallucinations, perceptions fausses ou anormales qui ne sont pas fondées sur des données objectives des sens.

23.20. Hallucinations visuelles

23.21. Hallucinations auditives

23.22. Hallucinations tactiles

23.23. Hallucinations olfactives

23.24. Hallucinations gustatives

23.25. Autres hallucinations

- 23.26. Pseudo hallucination
 COMPREND : pseudo hallucinations dans toutes les modalités des sens.
- 23.27. État hallucinatoire de type onirique ou pseudo-onirique
- 23.28. Autre
- 23.29. Non précisée
- 23.3. *Troubles de la conscience du corps*
- 23.30. Dissociation de la personnalité
 Expérience d'aliénation de son propre corps, expérience d'altération de la relation avec l'environnement et l'entourage.
- 23.31. Déréalisation
 Altération du sentiment réel/irréel et de familier/non familier accompagnant la perception des objets.
 COMPREND : sentiment de déjà vu, jamais vu et déjà vécu.
- 23.32. Trouble de l'image du corps
 COMPREND : syndrome des membres fantômes.
- 23.38. Autre
- 23.39. Non précisée
- 23.4. *Troubles de la perception du temps et de l'espace*
 COMPREND : sentiment d'immobilité du temps, micropsie et macropsie (objets apparaissant plus petits ou plus grands qu'en réalité).
- 23.5. *Déficience de l'épreuve de réalité*
 COMPREND : perte de la capacité de distinguer les fantasmes de la réalité.
- 23.8. *Autres*
- 23.9. *Non précisée*

24. Déficience de l'attention

- COMPREND : troubles de l'intensité, la durée et la mobilité de l'attention, cette dernière étant une réponse différenciée à un stimulus spécifique.
- 24.0. *Distraction*
- 24.1. *Déficience de la concentration*
- 24.2. *Diminution de la durée de l'attention*
- 24.3. *Impossibilité de déplacer son attention*
 COMPREND : attention bloquée.

24.4. *Absences*

COMPREND : arrêt brutal ou inattention dans le cours de la conversation, durant quelques secondes ou plus (pouvant être dû à un blocage de la pensée ou à une hallucination).

24.5. *Inattention*

24.6. *Déficience de l'état de vigilance*

COMPREND : diminution de la capacité de rester vigilant, telle qu'elle est exprimée sur le visage, par la parole ou l'attitude.

24.8. *Autres*

24.9. *Non précisée*

Déficiences des fonctions émotive et volitionnelle

Concerne les fonctions qui contribuent aux prédispositions à l'action et au comportement intentionnel.

25. Déficience des pulsions

COMPREND : accroissement, diminution ou variation dans l'organisation des comportements en relation avec les besoins physiologiques ou les instincts.

EXCLUT : déficience de la volition (27).

25.0. *Diminution de l'appétit*

COMPREND : anorexie.

25.1. *Augmentation de l'appétit*

COMPREND : hyperphagie et boulimie

25.2. *Déficience du rôle sexuel*

COMPREND : absence d'intérêt pour une relation ou un contact sexuels

25.3. *Diminution de la libido*

COMPREND : perte de la libido.

25.4. *Autres déficiences de l'acte sexuel*

Dans les cas de libido normale.

COMPREND : autres troubles de la fonction sexuelle.

EXCLUT : déficience de la fonction reproductrice (64) et des organes sexuels (67).

25.40. Impuissance

25.41. Éjaculation précoce

25.42. Frigidité

- 25.48. Autre
- 25.49. Non précisée
- 25.5. *Dépendance alcoolique*
COMPREND : alcoolisme.
- 25.6. *Dépendance à l'égard d'autres drogues*
COMPREND : toxicomanie.
- 25.7. *Autres besoins impérieux pathologiques*
COMPREND : états de besoin pathologique en relation avec la dépendance vis-à-vis d'une substance, et l'abus d'alcool.
- 25.8. Autre
 - 25.80. Impossibilité de poursuivre un but
 - 25.81. Déficience de la motivation
 - 25.88. Autre
- 25.9. *Non précisée*

26. Déficience de l'émotion, de l'affect et de l'humeur

- COMPREND : perturbation de l'intensité et de la qualité des sentiments et de leur cortège somatique, perturbations de la durée et de la stabilité des états affectifs.
- EXCLUT : sentiment pathologique entraînant un rétrécissement du champ de la conscience (20.2.).
- 26.0. *Anxiété*
COMPREND : tension, attitude préoccupée, regard effrayé, inquiet, voix angoissée et tremblement.
EXCLUT : tremblement SAI (74.92.).
 - 26.00. Anxiété pathologique
COMPREND : angoisse diffuse.
 - 26.01. Angoisse phobique
COMPREND : crise de panique.
 - 26.08. Autre
 - 26.09. Non précisée
 - 26.1. *Dépression*
COMPREND : absence de plaisir ou de capacité d'en éprouver et caractéristiques telles que : regard triste, larmes, intonation mélancolique, soupirs profonds et voix suffocante lorsqu'un sujet déprimant est abordé.
 - 26.2. *Autres émoussements des affects*
COMPREND : apathie, voix ou visage inexpressif, indifférence géné-

rale à tout sujet de conversation, indifférence aux sujets affligeants, diminution des affects.

26.3. *Excitation intense*

COMPREND : l'individu est maniaque ou lance des objets, court, saute, fait des moulinets avec les bras, crie ou hurle.

26.4. *Autres formes d'excitation*

COMPREND : euphorie, exaltation, hypomanie, gaîté ou sourires injustifiés.

EXCLUT : excitation psychomotrice (28.2.).

26.5. *Irritabilité*

COMPREND : accès de colère.

26.6. *Labilité émotionnelle*

COMPREND : labilité de l'humeur (changements d'humeur) et tendance à passer par des périodes successives de dépression et d'euphorie.

26.7. *Incongruité de l'affect*

COMPREND : démonstration d'émotion mais sans rapport avec le sujet, et sentiment ambivalent.

26.8. *Autre*

26.80. « Catastrophisme »

26.81. Tentative de contrôle des manifestations affectives

COMPREND : tentatives pour étouffer les pleurs ou la colère ou rechercher un affect socialement acceptable.

26.82. Agitation

26.83. Sentiment de culpabilité

26.84. Immaturité émotionnelle

26.85. Détresse NCA

26.88. Autre

26.9. *Non précisée*

COMPREND : perturbation émotionnelle SAI, déficience émotionnelle NCA.

27. **Déficience de la volition**

COMPREND : perturbation de la capacité d'avoir des comportements intentionnels et de contrôler ses propres actions.

EXCLUT : traits obsessionnels (29.5.) et mutisme (30.0.).

27.0. *Absence d'initiative*

COMPREND : déficience des manifestations d'indépendance, et d'initiative personnelle correspondant à l'expression d'opi-

nions personnelles comme une critique ou un désaccord spontané, ce qui n'est pas du négativisme (27.3.), à des actes adaptés aux situations comme fermer une porte ou soulever un objet du sol, poser des questions, et formuler des demandes ou des ordres.

27.1. *Limitation des intérêts*

COMPREND : perte d'intérêts.

27.2. *Servilité*

COMPREND : coopération excessive associée à des éléments de passivité, et soumission automatique.

27.3. *Négativisme*

27.4. *Ambivalence dans l'action*

27.5. *Compulsions*

COMPREND : rituels.

27.6. *Déficience du contrôle des impulsions*

COMPREND : actes impulsifs.

27.8. *Autre*

COMPREND : déficience de l'adaptabilité et autre déficience de la coopération (par exemple réponses induisant en erreur comme des réponses toujours négatives, ou fréquentes contradictions avec soi même, ou individu donnant l'impression de vouloir délibérément induire en erreur).

EXCLUT : fatigabilité (28.5.).

27.9. *Non précisée*

28. Déficience des fonctions psychomotrices

COMPREND : trouble de la rapidité, de la quantité et de la qualité des mouvements volontaires, pour un organisme ayant un appareil neurologique moteur intact.

EXCLUT : mouvements involontaires de la face (70.21.), de la tête (70.31.) et du corps (70.54.) ainsi que les maniérismes de la face (70.22.).

28.0. *Lenteur*

COMPREND : lenteur du rythme psychique, réduction de la quantité ou de la vitesse des mouvements volontaires, retard pour répondre aux questions ou avant de commencer à agir ou à exécuter des mouvements demandés (par exemple marcher de façon anormalement lente, retard dans l'exécution des mouvements, lenteur d'élocution,

avec de longues pauses avant de répondre, ou entre les mots, et réduction des mouvements du visage).

EXCLUT : discours indistinct (35.5.).

28.1. *Autres diminutions d'activité*

COMPREND : activité ralentie, état semi-stuporeux, réduction des mouvements volontaires (comme être assis de façon anormalement calme, avec une absence quasi totale de mouvements volontaires, « ne rien faire », et immobilité du visage).

EXCLUT : stupeur (20.0.).

28.2. *Excitation psychomotrice*

28.3. *Hyperkinésie chez les enfants*

28.4. *Autres formes d'hyperactivité*

COMPREND : loquacité exagérée, se promener de long en large sans repos, et ne pas s'asseoir une minute.

28.5. *Fatigabilité*

Fatigue disproportionnée par rapport aux efforts effectués.

COMPREND : diminution anormale de l'état de vigilance, ou de la rapidité de réponse, ou de l'initiative.

EXCLUT : assoupissement (22.7.) et fatigue générale (94.6.).

28.6. *Autre*

28.9. *Non précisée*

Déficiences du comportement (29)

Concerne les types habituels de comportement qui peuvent perturber l'adaptation et le fonctionnement social.

Ces types de comportement peuvent apparaître dès l'adolescence et tout au long de la vie adulte (par exemple dans les troubles de la personnalité), où ils peuvent être la conséquence de séquelles de maladies neurologiques ou mentales. Ils se manifestent surtout comme une accentuation des traits de caractère.

EXCLUT : labilité émotionnelle (26.6.).

29. Défiance du comportement

29.0. *Susceptibilité*

29.1. *Repli sur soi*

COMPREND : évitement actif des interactions verbales ou non verbales

avec d'autres gens, ou de la présence physique d'autres personnes (par exemple évitement d'activités sociales habituelles, en dehors de chez soi, comme par exemple rendre visite à la famille ou aux amis, sortir avec des amis, et participer à des jeux).

29.2. *Timidité excessive*

COMPREND : sensibilité et vulnérabilité excessive et autre déficience de la faculté de se mêler aux autres.

29.3. *Hypochondrie*

29.4. *Caractère soucieux*

EXCLUT : anxiété (26.0.).

29.5. *Traits obsessionnels*

COMPREND : insécurité, indécision et compulsion de répétition.

29.6. *Autres phobies*

COMPREND : agoraphobie.

29.7. *Hostilité*

COMPREND : agressivité, manque de coopération, colère, hostilité ouverte. Mécontentement, antagonisme, menace ou violence (frapper ou attaquer les autres).

29.8. *Autres*

29.80. *Théâtralisme*

29.81. *Perplexité*

COMPREND : être dépassé par les problèmes.

29.82. *Auto mutilation*

COMPREND : se cogner la tête, rouvrir ses plaies, se frapper les yeux.

29.83. *Autres types de destructivité*

COMPREND : endommager le mobilier, déchirer des pages, des journaux, des habits.

29.84. *Besoin d'attention*

COMPREND : ne peut quitter les (autres) adultes.

29.85. *Recherche de la solitude*

29.88. *Autre*

29.9. *Non précisée*

COMPREND : troubles de la personnalité NCA.

3. Déficiences du langage et de la parole

Déficience du langage liée à la compréhension et à l'utilisation du langage et à ses fonctions associées, y compris l'apprentissage.

Déficiences du langage (troubles du langage) (30.34.)

30. Déficience sévère de la communication

30.0. *Déficience fonctionnelle sévère de la communication*

COMPREND : mutisme.

30.1. *Association de troubles centraux de la parole et de la vue entraînant une déficience sévère de la communication*

COMPREND : autisme.

30.2. *Déficience des centres supérieurs de la parole avec incapacité de communiquer*

COMPREND : dysphasie sévère.

30.3. *Autre dysphasie*

30.4. *Autre déficience sévère de la communication due à une lésion cérébrale*

30.5. *Autre perturbation sévère ou totale de la communication*

30.8. *Autre déficience des centres supérieurs de la parole*

30.9. *Non précisée*

31. Déficience de la compréhension et de l'utilisation du langage

31.0. *Troubles centraux de la fonction visuelle avec incapacité de communiquer*

COMPREND : dyslexie sévère.

31.1. *Autre dyslexie*

31.2. *Autres troubles centraux de la fonction visuelle*

31.3. *Déficience du vocabulaire*

31.4. *Déficience syntaxique*

31.5. *Déficience sémantique*

31.8. *Autres*

31.9. *Non précisée*

32. Déficience des fonctions extralinguistiques et sublinguistiques32.0. *Déficience des fonctions extralinguistiques et sublinguistiques*

COMPREND : imitation (reproduction de sons sans les comprendre).

32.1. *Déficience du traitement, de l'organisation et de la rétention des stimuli auditifs structurés*32.8. *Autre déficience des fonctions sublinguistiques*32.9. *Non précisée***33. Déficience des autres fonctions linguistiques**33.0. *Déficience dans l'utilisation d'autres systèmes de communication*

COMPREND : langage des sourds-muets et communication par signes.

33.1. *Déficience de la rétroaction de l'auditeur*

COMPREND : absence des signaux habituellement émis par un auditeur (par exemple : hochement de la tête affirmatif et phrases telles que : « oui, je comprends » et « Ah oui, vraiment ? »).

33.2. *Autre déficience dans l'expression du visage*

COMPREND : augmentation, diminution et inadéquation de l'expression du visage (comme : évitement du regard, regarder au plafond, et fixer d'une façon anormale).

EXCLUT : autres troubles organiques de l'expression de la face (70.23.).

33.3. *Autre déficience du langage du corps*

COMPREND : pantomime, gestes, types de mouvements du corps idiosyncratiques ou involontaires et anomalie de l'attitude, de l'orientation, et du tonus (comme une posture anormalement détendue, relaxée, ou inconfortable, inappropriée ou repliée), orientation du corps impropre à la communication (par exemple : sujet nerveux, remuant, ne cessant pas de marcher, ou faisant des mouvements fréquents et non justifiés), et mouvements catatoniques (échokinésie, flexibilité cireuse et écholalie).

EXCLUT : lenteur des mouvements du corps (28.0.), stéréotypies et maniérismes d'attitude ((70.5.), négativisme (27.3.) et ambivalence dans l'action (27.4.).

33.4. *Autre déficience de la compréhension du langage verbal*33.5. *Autre déficience de la compréhension du langage*

COMPREND : langage non verbal.

33.6. *Autre déficience de la formulation orale*

33.7. *Autre déficience de la formulation*
COMPREND : formulation graphique.

33.8. *Autre*

33.9. *Non précisée*

34. Autre déficience de l'apprentissage

EXCLUT : celles liées à la déficience de l'intelligence (10-14)) et manque d'ouverture aux idées nouvelles (19.3.).

34.0. *Retard dans la compréhension et l'utilisation du langage en réponse aux stimuli auditifs*

34.1. *Retard dans la compréhension et l'utilisation du langage en réponse aux stimuli visuels*

34.2. *Difficultés de lecture*

34.3. *Autre déficience de la lecture*

34.4. *Déficience de l'écriture*
COMPREND : écriture en miroir.

34.5. *Autres difficultés spécifiques de l'apprentissage*

Un enfant qui a des difficultés spécifiques d'apprentissage est un sujet doté d'une intelligence moyenne ou au-dessus de la moyenne et qui n'est atteint ni de trouble moteur majeur ni de déficit neurosensoriel ni de troubles émotionnels primaires, ni ne souffre d'un environnement défectueux, mais qui présente des difficultés dans la compréhension ou l'utilisation du langage parlé ou écrit, se manifestant par des troubles de l'attention, de la pensée, de la lecture, de l'écriture, de l'orthographe ou de l'arithmétique.

34.8. *Autre*

34.9. *Non précisée*

Déficiences de la parole (troubles de la parole) (35-39)

35. Déficience vocale

35.0. *Utilisation d'une voix de substitution*
COMPREND : larynx artificiel.

35.1. *Autre déficience du larynx*

35.2. *Autre perte totale de la fonction vocale*

35.3. *Dysarthrie sévère*

35.4. *Autre dysarthrie*

35.5. *Élocution indistincte*

COMPREND : voix traînante, marmonnements, bredouillements et autres caractéristiques rendant l'élocution difficile à comprendre.

EXCLUT : déficience de la parole dans la forme (37).

35.6. *Autre déficience du contrôle neurologique*

COMPREND : paralysie laryngée.

35.7. *Autre déficience des organes de la parole*

35.8. *Autre*

35.9. *Non précisée*

36. Autre déficience de la fonction vocale

36.0. *Autre déficience des règles non verbales de la communication*

COMPREND : ton monocorde ne permettant pas de souligner le sens.

EXCLUT : déficience du langage gestuel (33.3.).

36.1. *Déficience de la modulation vocale*

COMPREND : platitude et manque d'expression de la voix.

36.2. *Déficience dans le ton*

36.3. *Voix anormalement calme*

36.4. *Autre déficience de l'intensité de la voix*

36.5. *Autre déficience dans l'intonation*

36.6. *Déficience dans la qualité*

COMPREND : voix éraillée, essoufflée.

36.7. *Déficience d'autres qualités de la voix*

36.8. *Autre*

36.9. *Non précisée*

37. Déficience de la parole dans la forme

37.0. *Déficience de la fluidité*

COMPREND : bégaiement.

37.1. *Déficience du débit*

COMPREND : paroles plus abondantes que la normale, débit trop rapide.

37.2. *Autre déficience de la façon de parler*

COMPREND : déficience dans la quantité, le rythme et l'accentuation.

37.3. *Autre déficience de la phonation*

37.4. *Autre déficience de la résonance*

37.5. *Déficience de la cohérence*

COMPREND : grammaire perturbée, absence de connexions logiques, manques d'à propos soudains et réponses hors du sujet.

37.6. *Discours asocial*

COMPREND : parler, marmonner ou chuchoter trop fort, ou hors de propos.

37.7. *Autre déficience de la conversation*

COMPREND : couper la parole, ou parler quand ce n'est pas son tour.

37.8. *Autres*

37.9. *Non précisée*

38. Déficience du contenu de la parole

EXCLUT : persévération (17.4.) ou dérive des idées (17.7.).

38.0. *Utilisation idiosyncratique de mots ou de phrases*

COMPREND : utilisation de néologismes.

38.1. *Autre façon inappropriée de parler*

COMPREND : usage exagéré de calembours, vers, plaisanteries et chansons et paroles hors de propos.

38.2. *Autre déficience de l'humour*

COMPREND : autre forme d'humour inappropriée ou manque d'humour malgré les occasions offertes par la conversation.

38.3. *Déficience de la longueur du discours*

COMPREND : discours anormalement long ou circonstancié, ou individu difficile à interrompre.

38.4. *Autre déficience quantitative de la parole*

COMPREND : absence fréquente de réponse ou réponse réduite au minimum nécessaire, sans phrase supplémentaire ni commentaire additionnel.

38.5. *Pauvreté du contenu du discours*

38.8. *Autre*

38.9. *Non précisée*

39. Autre déficience de la parole

4. Déficiences auditives

Les déficiences auditives concernent non seulement l'oreille mais aussi ses structures annexes et leurs fonctions. La subdivision la plus importante des déficiences auditives concerne les déficiences de la fonction de l'ouïe.

Déficiences de l'acuité auditive (40-45)

Terminologie. Le terme « sourd » ne doit être attribué qu'aux individus dont la déficience auditive est d'une sévérité telle qu'elle ne peut se prêter à aucun appareillage.

L'acuité auditive est déterminée par le niveau moyen de perception d'un stimulus sonore mesuré en décibel (dB), constitué d'un son pur de 500, 1 000 ou 2 000 Hertz (Hz) en référence à l'ISO : R 389-1970. Une distinction est habituellement faite entre les niveaux d'audition suivants :

- Perte totale de l'ouïe.
- Déficience auditive profonde : plus de 91 dB (ISO).
- Déficience auditive très sévère : 71-91 dB (ISO).
- Déficience auditive sévère : 56-70 dB (ISO).
- Déficience auditive moyenne 41-55 dB (ISO).
- Déficience auditive légère : 26-40 dB (ISO).

Codage. En cas de déficience auditive asymétrique, on doit classer la déficience en fonction du côté le moins sévèrement atteint.

40. Déficience totale ou profonde du développement de l'ouïe

Il s'agit d'un individu qui a perdu ou qui n'a jamais eu la capacité d'entendre une voie distincte sans appareillage. Cette perte doit s'être produite avant l'âge de 19 ans.

COMPREND : surdi-mutité.

41. Perte auditive bilatérale profonde

41.0. Perte auditive bilatérale totale

41.1. Perte auditive totale d'une oreille et déficience profonde de l'autre oreille

41.2. *Déficience bilatérale profonde de l'audition*

41.3. *Autre déficience profonde d'une oreille précisée comme étant la meilleure oreille*

41.9. *Non précisée*

COMPREND : surdité bilatérale SAI, perte auditive profonde SAI.

EXCLUT : déficience auditive profonde quand une oreille seulement est mentionnée et qu'elle n'est pas précisée comme étant la meilleure (44.3. et 44.7.).

42. Déficience auditive profonde d'une oreille avec déficience sévère de l'autre oreille

42.0. *Perte auditive totale d'une oreille, déficience auditive très sévère de l'autre oreille*

42.1. *Perte auditive totale d'une oreille, déficience auditive sévère de l'autre oreille*

42.2. *Déficience auditive profonde d'une oreille, déficience auditive très sévère de l'autre oreille*

42.3. *Déficience auditive profonde d'une oreille, déficience auditive sévère de l'autre oreille*

42.4. *Autre déficience auditive très sévère d'une oreille précisée comme étant la meilleure des deux*

43. Déficience auditive bilatérale sévère

43.0. *Déficience auditive bilatérale très sévère*

43.1. *Déficience auditive très sévère d'une oreille, déficience auditive sévère de l'autre oreille*

43.2. *Déficience auditive sévère bilatérale*

43.3. *Autre déficience auditive sévère d'une oreille précisée comme étant la meilleure*

43.8. *Difficulté auditive bilatérale SAI*

43.9. *Non précisée*

COMPREND : déficience auditive bilatérale SAI, difficultés auditives SAI, surdité psychogène.

EXCLUT : déficience auditive sévère dans le cas où une seule oreille est mentionnée et non précisée comme étant la meilleure (45.1., 45.3.).

44. Déficience auditive profonde d'une oreille avec déficience moyenne, légère ou nulle de l'autre oreille

- 44.0. *Perte auditive totale d'une oreille, déficience auditive moyenne de l'autre oreille*
- 44.1. *Perte auditive totale d'une oreille, déficience auditive légère de l'autre oreille*
- 44.2. *Perte auditive totale d'une oreille sans déficience auditive de l'autre oreille*
- 44.3. *Perte auditive totale d'une oreille, déficience auditive de l'autre oreille non précisée*
- 44.4. *Déficience auditive profonde d'une oreille, déficience auditive moyenne de l'autre oreille*
- 44.5. *Déficience auditive profonde d'une oreille, déficience auditive légère de l'autre oreille*
- 44.6. *Déficience auditive profonde d'une oreille, sans déficience auditive de l'autre oreille*
- 44.7. *Déficience auditive profonde d'une oreille, déficience auditive de l'autre oreille non précisée*
- 44.9. *Non précisée*
 COMPREND : surdité d'une oreille SAI.

45. Autre déficience de l'acuité auditive

- 45.0. *Déficience auditive très sévère d'une oreille, déficience auditive moyenne ou légère de l'autre oreille*
- 45.1. *Déficience auditive très sévère d'une oreille, déficience auditive nulle ou non précisée de l'autre oreille*
- 45.2. *Déficience auditive sévère d'une oreille, déficience auditive moyenne ou légère de l'autre oreille*
- 45.3. *Déficience auditive sévère d'une oreille, déficience auditive nulle ou non précisée de l'autre oreille*
- 45.4. *Déficience auditive moyenne bilatérale*
- 45.5. *Déficience auditive moyenne d'une oreille, déficience auditive légère de l'autre oreille*
- 45.6. *Déficience auditive moyenne d'une oreille, déficience auditive nulle ou non précisée de l'autre oreille*
- 45.7. *Déficience auditive bilatérale légère*
- 45.8. *Déficience auditive légère d'une oreille, déficience auditive nulle ou non précisée de l'autre oreille*

45.9. *Non précisée*

COMPREND : déficience auditive SAI.

Autres déficiences de l'audition ou de l'appareil auditif (46-49)

46. Déficience de la discrimination vocale

Altération de la fonction auditive pour laquelle le principal problème réside dans la discrimination et la reconnaissance, y compris les altérations auditives ne pouvant se décrire en terme d'acuité neuro-sensorielle.

Elle est dépistée par l'audiométrie vocale (discrimination de mots monosyllabiques « dans le calme », avec une voix de timbre et de niveau optimal) mais est fonction de l'acuité auditive. Elle peut être évaluée à partir d'un seuil d'évolution pour un signal pur, et bien souvent on ne la distingue pas des troubles de l'acuité.

EXCLUT : association à des déficiences de l'acuité auditive (40-45).

- 46.0. *Déficience profonde bilatérale de la discrimination vocale (moins de 40 % de réponses justes)*
- 46.1. *Déficience très sévère bilatérale de la discrimination vocale (40-49 % de réponses justes)*
- 46.2. *Déficience sévère bilatérale de la discrimination vocale (50-59 % de réponses justes)*
- 46.3. *Déficience moyenne bilatérale de la discrimination vocale (60-79 % de réponses justes)*
- 46.4. *Déficience légère bilatérale de la discrimination vocale (80-89 % de réponses justes)*
- 46.5. *Déficience profonde unilatérale de la discrimination vocale (moins de 40 % de réponses justes)*
- 46.6. *Déficience très sévère ou sévère unilatérale de la discrimination vocale (40-50 % de réponses justes)*
- 46.7. *Déficience moyenne ou légère unilatérale de la discrimination vocale (60-90 % de réponses justes)*
- 46.8. *Déficience bilatérale de la discrimination vocale autre ou non précisée*

COMPREND : les cas où le trouble n'est pas quantifié mais précisé comme étant bilatéral.

46.9. *Autre et non précisée*

COMPREND : les cas où le trouble n'est pas quantifié.

47. Autre déficience de la fonction auditive47.0. *Déficience de la conduction NCA*47.1. *Déficience neuro-sensorielle NCA*47.2. *Acouphènes*47.3. *Autre déficience subjective de l'ouïe*47.4*. *Déficiences multiples de la fonction auditive*47.8. *Autre déficience de la fonction auditive*47.9. *Non précisée***48. Déficience de la fonction vestibulaire et de l'équilibration**48.0. *Vertige*

COMPREND : étourdissement.

48.1. *Déficience de la fonction labyrinthique*48.2. *Déficience locomotrice liée à la fonction vestibulaire ou cérébelleuse*48.3. *Autre déficience de la fonction cérébelleuse et de la coordination*48.4. *Autre déficience de la fonction vestibulaire*48.5. *Susceptibilité aux chutes*

COMPREND : les chutes survenant à la marche de façon imprévue, avec pour conséquence une tendance à marcher en se tenant aux meubles tout en refusant l'aide d'un tiers.

EXCLUT : chutes où le sujet est emporté par son élan (48.6.).

48.6. *Chute où le sujet est emporté par son élan*

COMPREND : le cas du sujet âgé qui se lève pour marcher mais dépasse son point d'équilibre et tombe (court après son centre de gravité). (Il s'agit d'un sujet capable de marcher mais qui nécessite une surveillance en raison des risques de chute).

48.7. *Autre déficience de l'équilibre*48.8. *Autre*

EXCLUT : déficiences de la coordination des membres (74).

48.9. *Non précisée*

49. Autre déficience de l'appareil auditif

49.0. *Déficience de l'oreille interne*

49.1. *Difformité de l'oreille interne*

49.2. *Écoulement auriculaire*

COMPREND : otorrhée.

49.3. *Irritation auriculaire*

COMPREND : dermatose et douleur de l'oreille.

49.4. *Autre infection auriculaire*

49.5. *Déficience de l'oreille moyenne*

49.6. *Difformité de l'oreille moyenne*

49.7. *Difformité de l'oreille externe*

COMPREND : défaut inné ou acquis.

49.8. *Autre déficience de l'oreille externe*

49.9. *Autre ou non précisée*

5. Déficiences de l'appareil oculaire

Les déficiences de l'appareil oculaire concernent non seulement l'œil mais aussi ses structures annexes et leurs fonctions, y compris les paupières. La subdivision la plus importante des déficiences de l'appareil oculaire est constituée par les déficiences liées à la fonction visuelle.

Déficiences de l'acuité visuelle (50-55)

Généralités. Le degré de déficience peut être réduit par des moyens compensatoires et un trouble de la réfraction qui peut être complètement corrigé par des lunettes ou des lentilles de contact ne sera pas considéré, en général, comme une déficience visuelle. Toutefois, ces cas peuvent être codés à la rubrique 57.0.

Terminologie. Des sens différents sont donnés au terme « cécité », en particulier au plan légal. Pour éviter les ambiguïtés, une nomenclature préférentielle pour les déficiences visuelles est indiquée dans le tableau ci-après qui donne également les termes synonymes (voir p. 76).

Codage

- 1) Le degré de déficience peut être différent pour chaque œil. Malheureusement ces différences ne sont pas constamment décrites de la même façon. Parfois, les acuités de chaque œil sont enregistrées séparément, parfois, on retient celle du meilleur œil ou du plus mauvais et parfois même celle d'un seul œil sans plus de précision. Un tableau de référence a été ajouté à la catégorie 55.
- 2) L'absence d'œil est classée à part. Cette distinction est faite parce que les personnes ayant perdu un œil présentent une déficience supplémentaire concernant l'apparence, c'est-à-dire une déficience esthétique.
- 3) Comme il est indiqué sur le tableau de référence, toutes les combinaisons possibles de déficiences de l'acuité visuelle ont été prévues. Un codage multiple à l'intérieur de cette partie n'est donc pas nécessaire.

Terminologie pour les déficiences de l'acuité visuelle

<i>Catégorie OMS de la vision</i>	<i>Degré de déficience</i>	<i>Acuité visuelle (avec la meilleure correction possible)</i>	<i>Définitions synonymes et autres</i>
Vision normale	Nulla	0,8 ou mieux (5/6, 6/7,5, 20/25 ou mieux)	De l'ordre de la vision normale
	Légère	moins de 0,8 (<5/6, 6/7,5 ou 20/25)	Vision presque normale
Vision faible	Moyenne	moins de 0,3 (<5/15, 6/18, ou 6/20 ou 20/80 ou 20/70)	Vision basse modérée
	Sévère	moins de 0,12 (<5/40, 6/48 ou 20/160) (<0,1, 5/50, 6/60 ou 20/200)*	Vision basse sévère – cécité légale dans quelques pays ; comptage des doigts à 6 m ou moins
Cécité**	Profonde	moins de 0,05 (<5/100, 3/60 ou 20/400)	Vision basse profonde ou cécité modérée – cécité de la CIM-9 ; comptage des doigts à moins de 3 m – comptage des doigts SAI
	Presque totale	moins de 0,02 (<5/300, 1/60, ou 3/200)	Cécité sévère ou presque totale ; comptage des doigts à 1 m ou moins, ou mouvements des mains à 5 m ou moins ou mouvements de mains SAI, ou perception de la lumière
	Totale	pas de perception de la lumière	cécité totale (y compris l'absence d'œil)

* Ce niveau d'acuité visuelle est moins précis : dans les tables sans les lignes à 0,16 et 0,12, il signifie < 0,2.

** Un œil ou les deux.

50. Absence d'œil*50.0. Absence des deux yeux*

50.1. Absence d'un œil, déficience visuelle totale de l'autre œil

50.2. Absence d'un œil, déficience visuelle presque totale de l'autre œil

50.3. Absence d'un œil, déficience visuelle profonde de l'autre œil

50.4. Absence d'un œil, déficience visuelle sévère de l'autre œil

50.5. Absence d'un œil, déficience visuelle sévère de l'autre œil

50.6. Absence d'un œil, déficience visuelle légère de l'autre œil

50.7. Absence d'un œil, pas de déficience visuelle de l'autre œil

50.8. *Absence d'un œil, autre*

COMPREND : absence d'un œil et degré de l'acuité visuelle de l'autre œil non précisée.

50.9. *Non précisée*

51. Déficience visuelle profonde des deux yeux
(voir tableau à la catégorie 55)

51.0. *Déficience visuelle totale des deux yeux*51.1. *Déficience visuelle totale d'un œil, déficience visuelle presque totale de l'autre œil*51.2. *Déficience visuelle totale d'un œil, déficience visuelle profonde de l'autre œil*51.3. *Déficience visuelle presque totale des deux yeux*51.4. *Déficience visuelle presque totale d'un œil, déficience visuelle profonde de l'autre œil*51.5. *Autre déficience visuelle presque totale d'un œil, précisé comme étant le meilleur œil*51.6. *Déficience visuelle profonde des deux yeux*51.7. *Autre déficience visuelle profonde d'un œil, précisé comme étant le meilleur œil*51.9. *Non précisée*

COMPREND : cécité (bilatérale) SAI.

EXCLUT : déficience visuelle profonde quand un seul œil est mentionné et non précisé comme étant le meilleur (54.2., 54.5., 54.8.).

52. Déficience visuelle profonde d'un œil avec vision faible de l'autre œil (Voir tableau à la catégorie 55).

52.0. *Déficience visuelle totale d'un œil, déficience visuelle sévère de l'autre œil*52.1. *Déficience visuelle totale d'un œil, déficience visuelle moyenne de l'autre œil*52.2. *Déficience visuelle presque totale d'un œil, déficience visuelle sévère de l'autre œil*

- 52.3. *Déficiência visuelle presque totale d'un œil, déficiência moyenne de l'autre œil*
- 52.4. *Déficiência visuelle profonde d'un œil, déficiência visuelle sévère de l'autre œil*
- 52.5. *Déficiência visuelle profonde d'un œil, déficiência visuelle moyenne de l'autre œil*
- 52.6. *Déficiência visuelle d'un œil précisé comme étant le meilleur œil*
- 52.9. *Non précisée*
COMPREND : cécité (catégorie OMS) d'un œil et vision faible de l'autre œil SAI.

53. Déficiência visuelle moyenne des deux yeux
(Voir tableau à la catégorie 55).

- 53.0. *Déficiência visuelle sévère des deux yeux*
- 53.1. *Déficiência visuelle sévère d'un œil, déficiência visuelle moyenne de l'autre œil*
- 53.2. *Déficiência visuelle moyenne des deux yeux*
- 53.3. *Autre déficiência visuelle moyenne de l'œil précisé comme étant le meilleur œil*
- 53.8. *Vision faible des deux yeux SAI*
- 53.9. *Non précisée*
COMPREND : déficiência visuelle moyenne quand un seul œil est mentionné et non précisé comme étant le meilleur (55.2., 55.5. et 55.8.).

54. Déficiência visuelle profonde d'un œil
(Voir tableau à la catégorie 55).

- 54.0. *Déficiência visuelle totale d'un œil, déficiência visuelle légère de l'autre œil*
- 54.1. *Déficiência visuelle totale d'un œil, pas de déficiência visuelle de l'autre œil*
- 54.2. *Déficiência visuelle totale d'un œil, déficiência visuelle de l'autre œil non établie*
- 54.3. *Déficiência visuelle presque totale d'un œil, légère déficiência visuelle de l'autre œil*

- 54.4. *Déficiência visuelle presque totale d'un œil, pas de déficiência visuelle de l'autre œil*
- 54.5. *Déficiência visuelle presque totale d'un œil, déficiência visuelle de l'autre œil non établie*
- 54.6. *Déficiência visuelle profonde d'un œil, déficiência visuelle légère de l'autre œil*
- 54.7. *Déficiência visuelle profonde d'un œil, pas de déficiência visuelle de l'autre œil*
- 54.8. *Déficiência visuelle profonde d'un œil, déficiência visuelle de l'autre œil non établie*
- 54.9. *Non précisée*
 COMPREND : cécité d'un œil SAI.

55. Autre déficiência de l'acuité visuelle
 (Voir tableau à la catégorie 55).

- 55.0. *Déficiência visuelle sévère d'un œil, déficiência visuelle légère de l'autre œil*
- 55.1. *Déficiência visuelle sévère d'un œil, déficiência visuelle de l'autre œil*
- 55.2. *Déficiência visuelle sévère d'un œil, déficiência visuelle de l'autre œil non établie*
- 55.3. *Déficiência visuelle modérée d'un œil, déficiência visuelle légère de l'autre œil*
- 55.4. *Déficiência visuelle modérée d'un œil, pas de déficiência visuelle de l'autre œil*
- 55.5. *Déficiência visuelle modérée d'un œil, déficiência visuelle de l'autre œil non établie*
- 55.6. *Légère déficiência visuelle des deux yeux*
- 55.7. *Légère déficiência visuelle d'un œil, pas de déficiência visuelle de l'autre œil*
- 55.8. *Légère déficiência visuelle d'un œil, déficiência visuelle de l'autre œil non établie*
- 55.9. *Non précisée*
 COMPREND : déficiência visuelle (unilatérale) SAI, perte de vision SAI.

Tableau de référence pour la classification des déficiences de l'acuité visuelle*

<i>Degré de déficiency du meilleur œil</i>	<i>Degré de déficiency de l'autre œil</i>						
	Totale	Presque totale	Profonde	Sévère	Moyenne	Légère	Non précisée
Totale	51.0						
Presque totale	51.1	51.3					51.5
Profonde	51.2	51.4	51.6				51.7
Sévère	52.0	52.2	52.4	53.0			52.6
Moyenne	52.1	52.3	52.5	53.1	53.2		53.3
Légère	54.0	54.3	54.6	55.0	55.3	55.6	
Aucune	54.1	54.4	54.7	55.1	55.4	55.7	
Meilleur œil non précisé	54.2	54.5	54.8	55.2	55.5	55.8	

* EXCLUT : absence d'un œil (50) ou quand seules les catégories OMS de la vue sont précisées (51.9, 53.8, 54.9).

Autre déficiency de la fonction visuelle et de l'appareil oculaire

EXCLUT : troubles de la fonction visuelle d'origine centrale (30.1, 31.0 et 31.2).

56. Déficiency du champ visuel

56.0. *Déficiency totale des champs visuels (diamètre du champ : 0°)*

56.1. *Déficiency presque totale des champs visuels (diamètre du champ : 5° ou moins)*

56.2. *Déficiency profonde des champs visuels (diamètre du champ : 5° à moins de 10°)*

56.3. *Déficiency sévère des champs visuels (diamètre du champ : 10° à moins de 60°)*

56.4. *Déficiency moyenne des champs visuels (diamètre du champ : 20° à moins de 50°)*

56.5. *Déficiency légère des champs visuels (diamètre du champ : 60° à moins de 120°)*

- 56.6. *Vision en tunnel SAI*
- 56.7. *Hémianopsie*
- 56.8. *Autre déficience unilatérale du champ visuel*
- 56.9. *Autre et non précisée*

57. Autre déficience visuelle

- 57.0. *Port de verres correcteurs* (permettant une vision normale ou presque normale)
- 57.1. *Astigmatisme*
- 57.2. *Déficience de l'accommodation*
- 57.3. *Diplopie*
 COMPREND : strabisme.
- 57.4. *Autre déficience de la mobilité oculaire et de la vision binoculaire*
 COMPREND : nystagmus.
- 57.5. *Déficience de la vision des couleurs*
- 57.6. *Déficience de la vision nocturne*
- 57.7. *Déficience subjective de la vision*
 COMPREND : amblyopie, distortions, corps flottants et perte transitoire de la vue.
 EXCLUT : vision trouble, douleur oculaire et fatigue oculaire.
- 57.8. *Autre déficience visuelle*
 COMPREND : sensibilité à la lumière.
- 57.9. *Non précisée*

58. Autre déficience oculaire

- 58.0. *Écoulement oculaire*
 COMPREND : sécrétion lacrymale excessive, larmolements.
- 58.1. *Autre infection oculaire*
- 58.2. *Insensibilité cornéenne*
- 58.3. *Oeil sec*
 COMPREND : œil irritable.
- 58.4. *Difformité du globe oculaire*
 COMPREND : défiguration et exophtalmie.
 EXCLUT : absence de globe oculaire (50).

58.5. *Difformité de la paupière*

COMPREND : blépharite, ectropion, ptose, difformité innée ou acquise des paupières.

58.6. *Autre déficience de la paupière*

58.7. *Déficience oculaire mal définie*

COMPREND : vision trouble, douleur oculaire, fatigue oculaire.

58.8. *Autre déficience oculaire*

58.9. *Non précisée*

6. Déficiences des autres organes

Les déficiences des autres organes comprennent les déficiences des organes internes et des autres fonctions spécifiques. La variété des atteintes sous-jacentes qui peuvent entraîner les déficiences sont considérables, s'étendant sur plusieurs grands chapitres de la Classification Internationale des Maladies. En revanche, les conséquences fonctionnelles de telles atteintes sont beaucoup plus limitées dans leur nombre. Par exemple, les affections cardiovasculaires et respiratoires occupent 129 paragraphes de deux chapitres de la Classification Internationale des Maladies, mais leurs conséquences fonctionnelles habituelles peuvent être aisément identifiées grâce à un code à deux chiffres de la classification des déficiences.

Déficiences des organes internes (60-66)

60. Déficience mécanique et motrice des organes internes

- 60.0. *Obstruction trachéobronchique*
- 60.1. *Obstruction œsophagienne ou gastrique*
- 60.2. *Obstruction intestinale*
- 60.3. *Autre déficience mécanique des organes internes*
EXCLUT : obstruction de l'appareil urinaire (63.4.) et obstruction de l'appareil génital (66.5.).
- 60.4. *Paralysie diaphragmatique*
- 60.5. *Autre déficience motrice ou déficience fonctionnelle analogue des organes internes*
EXCLUT : paralysie laryngée (35.6.).
- 60.8* *Associations des items précédents*
- 60.9. *Non précisée.*

61. Déficience de la fonction cardiorespiratoire

- EXCLUT : syncope (21.6.) manifestations périphériques classables en déficience esthétique de la tête (82) et des membres (84-87) comme la cyanose et l'œdème, et gangrène (99.1., 99.3.).
- 61.0. *Essoufflement*
COMPREND : dyspnée, orthopnée et défaillance respiratoire.
 - 61.1. *Autre trouble respiratoire*
COMPREND : stridor et respiration sifflante.

61.2. *Autres bruits anormaux*

COMPREND : souffle cardiaque et autres bruits anormaux dans le thorax.

61.3. *Douleur thoracique d'effort*

61.4. *Autre douleur thoracique*

61.5. *Autre trouble lié à l'effort*

COMPREND : claudication intermittente.

EXCLUT : fatigue (94.6.) et douleur d'effort dans le bras (97.3.).

61.6. *Trouble du rythme cardiaque*

COMPREND : arythmie, bloc cardiaque, palpitation et tachycardie.

61.7. *Toux ou expectoration*

61.8. *Autre déficience de la fonction cardiorespiratoire*

COMPREND : hémoptysie.

EXCLUT : altération justiciable d'une chirurgie ou d'une intervention correctrice ou prothésique (65.20.).

61.9. *Non précisée*

62. Déficience de la fonction gastrointestinale

EXCLUT : déficience de la mastication et de la déglutition (68).

62.0. *Intolérance alimentaire*

COMPREND : nausée.

EXCLUT : intolérance alimentaire spécifique (93.2.) et anorexie (25.0.).

62.1. *Vomissement et régurgitation*

62.2. *Flatulence*

COMPREND : borborygme, éructation et hoquet.

62.3. *Douleur abdominale*

COMPREND : colique intestinale et colique hépatique.

62.4. *Constipation*

62.5. *Diarrhée*

62.6. *Colon irritable*

62.7. *Autre trouble fonctionnel intestinal*

COMPREND : hypermotilité gastrointestinale, syndrome de chasse et débâcle intestinale.

62.8. *Autre déficience de la fonction gastrointestinale*

COMPREND : hémorroïdes et hémorragie rectale, mucus et douleur.

EXCLUT : déficience sévère de la continence (91).

62.9. *Non précisée*

COMPREND : incontinence des matières fécales SAI.

63. Déficience de la fonction urinaire63.0. *Colique néphrétique*63.1. *Autre déficience de la fonction rénale*

COMPREND : insuffisance rénale

EXCLUT : dialyse rénale (94.0.) et transplantation (65.60).

63.2. *Miction fréquente*

COMPREND : polyurie (1).

63.3. *Incontinence réflexe*

Perte involontaire d'urine due à une activité réflexe anormale dans la moelle épinière en l'absence de sensations accompagnant habituellement le besoin de miction.

COMPREND : syndrome de vessie automatique.

63.4. *Incontinence par regorgement*

Perte involontaire d'urine quand la pression intravésicale dépasse la pression urétrale maximale à cause d'une élévation de la pression intravésicale associée à une distension de la vessie en l'absence d'activité du detrusor.

63.5. *Incontinence par miction impérieuse*

Perte involontaire d'urine liée à un besoin impérieux de miction. Elle peut être motrice, associée à des contractions incontrôlées du detrusor, ou sensorielle, non due à des contractions incontrôlées du detrusor.

63.6. *Incontinence d'effort*

Perte involontaire d'urine quand la pression intravésicale dépasse la pression urétrale maximale, en l'absence d'activité du detrusor.

63.7. *Autre déficience de la fonction urinaire*

COMPREND : dysurie.

63.8. *Autre déficience de la fonction urinaire*

EXCLUT : déficience sévère de la continence (91).

63.9. *Non précisée***64. Déficience de la fonction reproductrice**

EXCLUT : déficience des organes sexuels (67), impuissance (25.40) et frigidité (25.42).

64.0. *Sujet soumis actuellement à une pratique contraceptive*

COMPREND : pilule contraceptive, dispositif intra-utérin et vasectomie.

(1) et pollakiurie

64.1. *Stérilité*

EXCLUT : déficience des organes génitaux internes (65.8-66.5).

64.2. *Infécondité*

COMPREND : infertilité autre que celle due à la stérilité.

64.3. *Dyspareunie*

EXCLUT : dyspareunie liée à des pertes vaginales (67.3.).

64.4. *Ambiguïté sexuelle*

COMPREND : hermaphrodisme.

64.5. *Dysménorrhée*

64.6. *Ménorragie et métrorragies*

COMPREND : hémorragie vaginale et pertes menstruelles excessives.

64.8. *Autre altération de la fonction menstruelle*

64.9. *Autre et non précisée*

65. Anomalie des organes internes

65.0. *Anomalie de l'arbre trachéobronchique*

EXCLUT : larynx (35.1.).

65.1. *Anomalie pulmonaire*

65.2. *Anomalie cardiaque*

65.20. Justiciable d'une chirurgie ou d'une intervention correctrice ou prothésique.

EXCLUT : stimulateur cardiaque (94.0.).

65.21. Anomalie du développement cardiaque comme celle du septum interventriculaire

65.22. Lésions valvulaires acquises

65.28. Autre

65.29. Non précisée

65.3. *Anomalie œsophagienne et gastrique*

65.4. *Anomalie intestinale et rectale*

65.5. *Anomalie vésiculaire, hépatique ou splénique*

65.6. *Anomalie rénale*

65.60. Justiciable d'une transplantation rénale

65.68. Autre

65.69. Non précisée

65.7. *Anomalie vésicale*

65.8. *Anomalie des organes génitaux internes*

65.9. *Autre et non précisée*

66. Autre déficience des organes internes

- EXCLUT : orifices artificiels et anormaux (88).
- 66.0. *Anomalies des vaisseaux sanguins du thorax et de l'abdomen*
 COMPREND : anévrisme aortique.
- 66.1. *Hémorragie des organes internes*
 COMPREND : hémorragie pulmonaire, intrathoracique, gastrointestinale et intra-abdominale.
 EXCLUT : épistaxis (69.3.), hémoptysie (61.8.) et hémorragie rectale (62.8.).
- 66.2. *Transposition de viscères*
 COMPREND : situs inversus.
- 66.3. *Viscères surnuméraires*
 COMPREND : rate surnuméraire.
- 66.4. *Autre structure anormale des viscères*
 EXCLUT : anomalies (65).
- 66.5. *Autre déficience des organes génitaux internes*
 COMPREND : obstruction tubaire.
 EXCLUT : anomalie (65.8.) et malposition (67.4., 67.5.).
- 66.8. *Autre déficience des organes internes*
- 66.9. *Non précisée*

Déficiences d'autres fonctions spécifiques (67-69)**67. Déficience des organes sexuels**

- 67.0. *Absence de mamelon*
- 67.1. *Hypertrophie mammaire*
- 67.2. *Autre déficience des mamelons et des glandes mammaires*
- 67.3. *Écoulement génito-urinaire*
 COMPREND : urétrite, vaginite, irritation ou écoulement urétral ou vaginal.
- 67.4. *Prolapsus*
 COMPREND : procidence.
- 67.5. *Autre malposition des organes sexuels internes*
 COMPREND : cryptorchidie.
- 67.6. *Autre déficience ou difformité des organes génitaux externes*
 COMPREND : hypospadias.
- 67.7. *Autre déficience des organes génitaux externes*

67.8. *Autre déficience des organes sexuels*

67.9. *Non précisée*

68. Déficience de la mastication et de la déglutition

EXCLUT : déficience maxillaire (70) ou dento-faciale (80).

68.0. *Port actuel d'une prothèse dentaire*

68.1. *Dégradation de toutes les dents*

COMPREND : sujets édentés.

EXCLUT : port d'une prothèse (68.0.).

68.2. *Autre dégradation de la dentition*

COMPREND : caries.

EXCLUT : port d'une prothèse (68.0.).

68.3. *Mal de dent*

68.4. *Déficience de la salivation*

COMPREND : bouche sèche.

68.5. *Autre déficience de la fonction salivaire*

68.6. *Autre déficience de la mastication*

68.7. *Autre déficience de la déglutition*

68.8. *Autre*

68.9. *Non précisée*

69. Déficience liée à l'olfaction et aux autres fonctions spécifiques

69.0. *Déficience associée de l'odorat et du goût*

69.1. *Déficience de l'odorat*

69.2. *Déficience du goût*

69.3. *Écoulement nasal*

COMPREND : épistaxie et rhinorrhée.

69.4. *Obstruction nasale*

69.5. *Autre déficience de la fonction nasale*

EXCLUT : défectuosité du nez (80.6.) et difformité nasale (81.0.).

69.8. *Déficience d'autres fonctions spécifiques*

EXCLUT : troubles du sommeil (22).

69.9. *Non précisée*

7. Déficiences du squelette et de l'appareil de soutien

Les déficiences du squelette et de l'appareil de soutien ont été interprétées au sens large comme le reflet de la disposition du corps (à l'exclusion des organes internes) et de ses parties visibles. Les déficiences du squelette et de l'appareil de soutien comprennent les altérations mécaniques et fonctionnelles de la face, de la tête, du cou, du tronc et des membres ainsi que les membres manquant totalement ou partiellement. Il a souvent été nécessaire de recourir à un quatrième chiffre pour atteindre le niveau de précision requis.

EXCLUT : certaines déficiences qui relèvent plutôt de l'esthétique (80-87).

Déficiences des régions de la tête et du tronc (70)

70. Déficience des régions de la tête et du tronc

EXCLUT : la plupart des difformités (80-83), et les déficiences des membres (71-79).

70.1. *Déficience mécanique et motrice de la mâchoire*

70.10. Trismus

70.11. Malocclusion

70.12. Prognathisme

70.13. Agénésie de la mâchoire inférieure

70.14. Autre anomalie du développement de la mâchoire

70.15. Autres dysfonctions de la mâchoire

COMPREND : craquement.

70.18. Autre

70.19. Non précisée

70.2. *Déficience mécanique et motrice de la face*

70.20. Paralyse faciale

COMPREND : paralysie faciale à frigore.

70.21. Mouvements involontaires de la face

COMPREND : tics et mouvements de mastication.

70.22. Autres maniérismes de la face

COMPREND : stéréotypies et mouvements idiosyncratiques distincts, ou répétitifs, de signification obscure non classable comme tics, ou mouvements auto-

matiques (exemple : répétition perpétuelle de mouvements, ou mimiques telles que se frotter le visage ou grimacer).

- 70.23. Autre trouble organique de l'expression de la face
EXCLUT : expression anormale du visage (33.2.).
- 70.28. Autre
- 70.29. Non précisée
- 70.3. *Autre déficience mécanique et motrice de la tête*
- 70.30. Déficience mécanique de la tête
- 70.31. Mouvements anormaux de la tête
COMPREND : tête chancelante
- 70.32. Autre déficience motrice de la tête
- 70.38. Autre
COMPREND : déficiences à la fois mécaniques et motrices de la tête.
- 70.39. Non précisée
- 70.4. *Déficience mécanique et motrice du cou*
- 70.40. Torticolis
- 70.41. Autre déficience mécanique du cou
- 70.42. Autre déficience motrice du cou
- 70.48. Autre
COMPREND : déficiences à la fois mécaniques et motrices du cou.
- 70.49. Non précisée
- 70.5. *Déficience de la statique et de la posture*
- 70.50. Déviation de la colonne vertébrale
COMPREND : cyphose, lordose et scoliose.
- 70.51. Déficience des vertèbres
- 70.52. Autre déficience de la colonne vertébrale
- 70.53. Autre déformation de la colonne vertébrale
- 70.54. Mouvements involontaires du corps
COMPREND : dyskinésie et dystonie.
EXCLUT : mouvements involontaires des membres (74).
- 70.55. Maniérisme d'attitude
COMPREND : mouvements ou actions bizarres (en général idiosyncratiques et évoquant souvent une signification ou une intention spéciale) et stéréotypiques (répétition constante de mouvements ou d'atti-

tudes telles que se balancer, se frotter et dodeliner de la tête).

EXCLUT : autres déficiences du langage du corps (33.3).

- 70.58. Autre
- 70.59. Non précisée
- 70.6. *Déficience de la stature et de la corpulence*
 - 70.60. Nanisme
 - COMPREND : Petite taille.
 - EXCLUT : atteinte générale du squelette (70.65).
 - 70.61. Gigantisme
 - COMPREND : stature anormalement élevée.
 - 70.62. Autre altération de la stature
 - 70.63. Maigreur
 - COMPREND : minceur exagérée.
 - 70.64. Obésité
 - 70.65. Atteinte générale du squelette
 - COMPREND : achondroplasie.
 - 70.68. Autre
 - 70.69. Non précisée
- 70.7. *Autre déficience mécanique et motrice du tronc*
 - 70.70. Déficience du bassin pouvant affecter le déroulement normal de l'accouchement
 - COMPREND : bassin étroit.
 - EXCLUT : absence de bassin (75.4 et 78.0, 78.2).
 - 70.71. Autre déficience squelettale du tronc NCA
 - 70.72. Autre anomalie des tissus du tronc NCA
 - 70.78. Autre
 - 70.79. Non précisée
- 70.8. *Autre déficience de la tête et du tronc NCA*
 - COMPREND : plasticité réduite ou ralentissement des fonctions physiques liées à l'âge.
- 70.9. *Non précisée*

Déficiences mécaniques et motrices des membres (71-74)

Dans cette section comme ailleurs, les déficiences mécaniques et motrices ont été traitées séparément. Cette distinction est analogue à celle qui existe entre l'état physique d'une pièce de mécanique et les constituants d'un côté, et sa source d'énergie et son pouvoir de transmission de l'autre.

Certaines expressions sont utilisées dans cette section avec un sens particulier. Étendue de l'atteinte : « complète » si tout le membre est atteint et « incomplète » si une partie seulement est affectée. Degré de l'atteinte : « totale » si la fonction est totalement absente, « partielle », si la fonction est réduite.

71. Déficience mécanique du membre

Pour les catégories 71.0 à 71.7, la sous-classification suivante avec un 4^e chiffre qui précise la nature de la déficience mécanique peut être utilisée.

0. Absence totale de mouvement, avec ou sans difformité, bilatérale
 COMPREND : ankylose et fixation précisées comme bilatérales.
1. Autre absence totale de mouvement
 COMPREND : ankylose et fixation.
2. Instabilité, bilatérale
 COMPREND : articulations instables précisées comme bilatérales.
3. Autre instabilité
 COMPREND : articulation instable.
4. Autre difformité, y compris la déviation de l'axe, bilatérale
 EXCLUT : avec fixation (0, plus haut).
5. Autre déformation
 EXCLUT : avec fixation (1, voir plus haut), ou congénitale (84).
6. Autre réduction ou absence de mouvement, bilatérale
 COMPREND : raideur liée à une déficience mécanique bilatérale.
7. Autre réduction ou perte de mouvement
 COMPREND : dislocation et raideur liée à une déficience mécanique.
- 8* Déficiences multiples
 (par exemple, pouvant être classées en 1, plus haut, pour un côté, et en 7, plus haut, pour l'autre).
9. Non précisée

- 71.0. *Déficience mécanique de l'épaule et de la partie supérieure du bras*
- 71.1. *Déficience mécanique du coude et de l'avant-bras*
- 71.2. *Déficience mécanique du poignet et du carpe*
- 71.3. *Déficience mécanique du métacarpe et de la main*
 COMPREND : déficience s'étendant au poignet et au carpe.
- 71.4. *Déficience mécanique du doigt*
 COMPREND : déficience du pouce.
 EXCLUT : déficience du doigt si la main aussi est atteinte (71.3.).
- 71.5. *Déficience mécanique de la hanche et de la cuisse*
- 71.6. *Déficience mécanique du genou et de la jambe*
- 71.7. *Déficience mécanique de la cheville et du pied*
 COMPREND : déficience des articulations astragalocalcanéenne, tarsienne et métatarsienne.
 EXCLUT : orteils (71.90 et 71.91).
- 71.8. *Déficience multiple et autre du membre supérieur*
 EXCLUT : déficience classable en 71.08*, 71.18*, 71.28*, 71.38* et 71.48*.
- 71.80*. *Déficience mécanique de plus d'une partie d'un ou des deux membres supérieurs*
 COMPREND : syndrome épaule-main.
- 71.81*. *Déficience de la partie supérieure du bras d'un côté avec déficience de l'avant-bras de l'autre côté*
- 71.82*. *Déficience de la partie supérieure d'un bras d'un côté avec déficience du poignet ou de la main de l'autre côté*
- 71.83*. *Déficience de la partie supérieure du bras d'un côté avec déficience d'un doigt de l'autre côté*
- 71.84*. *Déficience de l'avant-bras d'un côté avec déficience du poignet ou de la main de l'autre côté*
- 71.85*. *Déficience de l'avant-bras d'un côté avec déficience du doigt de l'autre côté*
- 71.86*. *Déficience du poignet ou de la main d'un côté, avec déficience d'un doigt de l'autre côté*
- 71.88*. *Autres déficiences mécaniques multiples du membre supérieur*
- 71.89. *Déficience mécanique autre ou non précisée du membre supérieur*
- 71.9. *Déficience mécanique multiple ou autre des membres*
 EXCLUT : déficiences classables en 71.58*, 71.68*, 71.78* et 71.8

- 71.90. Déficience mécanique des orteils, bilatérale
- 71.91. Autre déficience mécanique des orteils
- 71.92. Déficience des membres inférieurs due aux longueurs inégales des deux jambes NCA
- 71.93. Déficience mécanique autre et non précisée du membre inférieur
 COMPREND : altération de la marche SAI.
- 71.94*. Déficience d'une hanche ou d'une cuisse d'un côté avec déficience du genou ou de la jambe de l'autre côté
- 71.95*. Déficience d'une hanche ou d'une cuisse d'un côté avec déficience de la cheville, du pied ou de l'orteil de l'autre côté
- 71.96*. Déficience du genou ou de la jambe ou d'une cuisse d'un côté avec déficience de la cheville, du pied ou de l'orteil de l'autre côté
- 71.97*. Autres déficiences mécaniques multiples du membre inférieur
- 71.98*. Déficience mécanique multiple du membre inférieur et du membre supérieur
- 71.99. Déficience mécanique non précisée d'un membre

72. Paralyse spastique de plus d'un membre

COMPREND : hémiparésie, paraparésie et tétraparésie.

- 72.0. *Paralyse spastique complète des membres inférieurs et supérieurs avec atteinte de la parole*
 COMPREND : hémiparésie spastique avec un côté dominant ou atteinte de la parole.
- 72.1. *Autre paralyse spastique complète du membre supérieur et du membre inférieur du même côté*
- 72.2. *Autre paralyse spastique du membre supérieur et du membre inférieur du même côté*
 COMPREND : hémiparésie (spastique).
- 72.3. *Paralyse bilatérale complète des membres inférieurs*
 COMPREND : paraparésie (spastique).
- 72.4. *Autre paralyse spastique bilatérale des membres inférieurs*
 COMPREND : paraparésie (spastique)
- 72.5. *Paralyse spastique de trois membres*
- 72.6. *Paralyse complète des quatre membres*
 COMPREND : tétraparésie (spastique).

72.7. *Autre paralysie spastique des quatre membres*
 COMPREND : tétraparésie (spastique).

72.8. *Autre paralysie spastique de plus d'un membre*

72.9. *Non précisée*

73. **Autre paralysie des membres**

Dans les catégories 73.0 à 73.9, on peut utiliser la sous-classification suivante avec un 4^e chiffre qui précise la nature de la paralysie.

- 0. Paralysie spastique complète
 EXCLUT : paralysie classable en 72.0., 72.1., 72.3. et 72.6.
 - 1. Autre paralysie spastique
 EXCLUT : paralysie classable en 72.2., 72.4., 72.5. et 72.8.
 - 2. Paralysie complète avec flaccidité totale des membres
 - 3. Autre paralysie, avec flaccidité totale des membres
 - 4. Paralysie complète avec flaccidité partielle des membres
 - 5. Paralysie, avec flaccidité des membres
 - 6. Autre faiblesse des membres
 - 7. Fatigue des membres
 - 9. Non précisée
- 73.0. *Paralysie bilatérale des membres supérieurs*
- 73.1. *Paralysie du membre supérieur dominant*
- 73.2. *Autre paralysie du membre supérieur*
- 73.3. *Paralysie bilatérale des membres inférieurs*
 EXCLUT : paralysie classable en 72.3. et 72.4.
- 73.4. *Autre paralysie du membre inférieur*
- 73.5. *Paralysie des membres supérieurs et inférieurs du même côté*
 EXCLUT : paralysie classable en 72.0., 72.1. et 72.2.
- 73.6. *Paralysie de trois membres*
 EXCLUT : paralysie classable en 72.5.
- 73.7. *Paralysie des quatre membres*
 EXCLUT : paralysie classable en 72.6. et 72.7.
- 73.8. *Autre paralysie*
- 73.80. Paralysie spastique, complète
 - 73.81. Autre paralysie spastique
 COMPREND : parésie spastique ou paralysie SAI.
 - 73.82. Paralysie complète avec flaccidité totale des membres
 - 73.83. Autre paralysie, avec flaccidité totale des membres

- 73.84. Paralyse complète, avec flaccidité partielle des membres
- 73.85. Autre paralysie avec flaccidité des membres
COMPREND : paralysie flasque SAI.
- 73.86. Autre faiblesse des membres
EXCLUT : fatigue SAI (94.5.).
- 73.87. Fatigue des membres
EXCLUT : fatigue SAI (94.5.).
- 73.9. *Non précisée*

74. Autre déficience motrice des membres

- EXCLUT : raideur liée à une déficience mécanique (71).
- La sous-classification suivante avec un 4^e chiffre qui précise la nature de la déficience peut être utilisée pour ce paragraphe :
- 0. Rigidité ou raideur, complète
 - 1. Autre rigidité ou raideur
 - 2. Mouvement anormal, généralisé
COMPREND : tremblement.
 - 3. Autre mouvement anormal
 - 4. Absence de coordination généralisée
 - 5. Autre manque de coordination
 - 6. Autre maladresse
 - 7. Autre
 - 8.* Association (par exemple, classable en 0 ou en 5, plus haut)
 - 9. Non précisée
 - 74.0. *Autre déficience motrice bilatérale des membres supérieurs*
 - 74.1. *Autre déficience motrice du membre supérieur dominant*
 - 74.2. *Autre déficience motrice du membre supérieur*
 - 74.3. *Autre déficience motrice bilatérale des membres inférieurs*
 - 74.4. *Autre déficience motrice du membre inférieur*
 - 74.5. *Autre déficience motrice des membres inférieur et supérieur, du même côté*
 - 74.50. Hémiballisme
 - 74.6. *Autre déficience motrice de 3 ou 4 membres*
 - 74.8. *Autre déficience motrice*
 - 74.9. *Non précisée*
 - 74.92. Tremblement SAI

74.97. Claudication SAI

EXCLUT : déficience de la marche SAI (71.93).

Altération des membres (75-79)

EXCLUT : autres malformations congénitales des membres (84 et 85).

Altérations dans l'axe transversal (75-76). Elles consistent essentiellement en un moignon semblable à celui d'une amputation ; elles peuvent se manifester comme un défaut de développement, ou comme le résultat d'une intervention chirurgicale. Ces déficiences comprennent celles qui ont été désignées précédemment comme péromélie ou altération terminale transversale. Une déficience est identifiée ordinairement par le niveau où le membre se termine (la partie manquante la plus proche), étant entendu que tous les éléments distaux au niveau désigné sont aussi absents.

EXCLUT : quand l'altération n'est pas complète dans le membre à ce même niveau (elle est alors plutôt longitudinale que transversale).

Altérations dans l'axe longitudinal (77-79). Toutes les altérations du squelette du membre autres que celles du type transversal doivent être classées dans cette catégorie, bien que presque toutes se présentent comme un défaut de développement. Ces déficiences comprennent celles précédemment désignées comme l'ectromélie ou les sections terminales longitudinales, intermédiaires transversales ou intermédiaires longitudinales. Tous les os ou portions d'os absents sont mentionnés, tous les os dont l'absence n'est pas mentionnée étant considérés comme présents.

Terminologie

La Société Internationale de Prothétique et d'Orthostatique (International Society for Prosthetics and Orthotics : ISPO) a élaboré une nomenclature préférentielle et recommande des abréviations pour décrire les niveaux appropriés ; elles ont été incorporées à cette classification.

Codage

- 1) Le tableau de référence qui suit le paragraphe 79 indique les équivalences entre les nomenclatures antérieures et la nomenclature ISPO.
- 2) Les termes « complète » et « incomplète » ont été utilisés d'une façon homogène dans cette classification pour indiquer l'étendue d'une déficience ; « complète » désigne l'atteinte d'une partie du corps dans sa totalité, et « incomplète » une atteinte qui n'affecte pas la totalité d'une partie du corps. Toutefois, en pratique, les termes

« totale » ou « partielle » peuvent être rencontrés et doivent être interprétés dans ce contexte comme l'équivalent de « complète » et « incomplète » respectivement.

- 3) L'ISPO a une nette préférence pour une grande spécification des défauts, qui appelle un codage multiple. En conséquence, un nombre très limité de combinaisons a été inclus pour les utilisateurs.
- 4) Le degré de finesse désirable varie selon la structure de la partie atteinte. Ainsi, dans les parties proximales, particulièrement celles relatives aux os longs, c'est le niveau où se situe l'atteinte qui est le plus souvent concerné. En revanche, dans les parties distales qui impliquent une plus grande différenciation transversale, c'est l'axe atteint qui est le plus intéressant à préciser. Pour cette raison, des sous-classifications séparées ont été établies pour les atteintes des parties proximales, 75, 77, 78 et des parties distales, 76 et 79.

75. Altération de l'axe transversal des parties proximales d'un membre

(Voir tableau à la fin de la catégorie 79)

COMPREND : altération du bras, du carpe, de la jambe, du tarse.

L'utilisation de la sous-classification suivante avec un 4^e chiffre, qui précise l'étendue de l'atteinte est recommandée pour ce paragraphe :

0. Altération complète, côté droit

1. Autre altération complète

COMPREND : côté gauche, bilatérale* et côté non précisé.

2. Altération incomplète, tiers supérieur droit

3. Autre altération incomplète, tiers supérieur

4. Altération incomplète, tiers intermédiaire droit

5. Autre altération incomplète, tiers intermédiaire

6. Altération incomplète, tiers inférieur droit

7. Autre altération incomplète, tiers inférieur

8. Autre altération incomplète, côté droit

COMPREND : altération incomplète du carpe ou du tarse côté droit.

9. Autre altération incomplète ou non précisée

75.0. Altération transversale de l'épaule (EP)

COMPREND : amputation de tout le membre supérieur.

EXCLUT : lorsque seule une partie de l'épaule est absente (77), désarticulation de l'épaule (75.1.).

75.1. Altération transversale de la partie supérieure du bras (BR)

COMPREND : désarticulation de l'épaule.

- 75.2. *Altération transversale de l'avant-bras (AV)*
 COMPREND : désarticulation du coude.
- 75.3. *Altération transversale du carpe (CA)*
 COMPREND : désarticulation du poignet.
- 75.4. *Altération transversale du bassin (BAS)*
 COMPREND : amputation du train postérieur.
- 75.5. *Altération transversale de la cuisse (CUI)*
 COMPREND : désarticulation de la hanche.
- 75.6. *Altération transversale de la jambe (JA)*
 COMPREND : désarticulation du genou.
- 75.7. *Altération transversale du tarse (TA)*
 COMPREND : désarticulation de la cheville.
- 75.8* *Altération transversale à des endroits multiples dans les parties proximales des membres*
- 75.9. *Localisation non précisée dans les parties proximales d'un membre*
 COMPREND : altération (transversale) du membre supérieur (MS), altération (transversale) du membre inférieur (MI), altération de la main ou du pied SAI.
- 76. Altération de l'axe transversal des parties distales d'un membre**
 (Voir tableau à la fin de la catégorie 79).
- COMPREND : quand les axes identifiés sont ceux de la main ou du pied.
- L'utilisation du code suivant avec un 4^e chiffre, qui précise l'étendue de l'altération, est proposée pour ce paragraphe.
0. Altération de tous les axes
 1. Altération du premier axe, complète
 2. Autre altération du premier axe
 3. Altération du second axe, complète
 4. Autre altération du second axe
 5. Altération du troisième axe, complète
 6. Autre altération du troisième axe
 7. Altération du quatrième axe, complète
 8. Autre altération du quatrième axe
 9. Altération du cinquième axe, ou axe non précisé
- 76.0. *Altération transversale du métacarpe (MC) droit*
- 76.1. *Autre altération transversale du métacarpe*
- 76.2. *Altération transversale des phalanges (PH) des doigts, côté droit*

- 76.3. *Autre altération transversale des phalanges des doigts*
- 76.4. *Altération transversale du métatarse (MT) droit*
- 76.5. *Autre altération transversale du métatarse*
- 76.6. *Altération transversale des phalanges (PH) des orteils, à droite*
- 76.7. *Autre altération transversale des phalanges des orteils*
- 76.8* *Altération transversale à de multiples endroits du membre*
 COMPREND : altérations à de multiples endroits dans les parties distales des membres, et altérations transversales combinées des parties distales et proximales des membres.
- 76.9. *Localisation non précisée*
- 77. Altération de l'axe longitudinal des parties proximales du membre supérieur**
 (Voir tableau à la fin de la catégorie 79).
 COMPREND : défectuosité du bras et du carpe.
 L'utilisation de la sous-classification suivante avec un 4^e chiffre, qui précise l'étendue de l'altération, est proposée pour ce paragraphe, ainsi que pour le paragraphe 78.
0. Altération complète, côté droit
1. Autre altération complète
2. Altération incomplète, côté droit
3. Autre altération incomplète
8. Autre
9. Étendue non précisée
- 77.0. *Altération longitudinale de l'omoplate (OM)*
- 77.1. *Altération longitudinale de la clavicule (CL)*
- 77.2. *Altération longitudinale de l'humérus (HU)*
- 77.3. *Altération longitudinale du radius (RA)*
- 77.4. *Altération longitudinale du cubitus (CU)*
- 77.5. *Altération longitudinale des éléments radiaux du carpe (CA)*
- 77.6. *Altération longitudinale des éléments centraux du carpe*
- 77.7. *Altération longitudinale des autres éléments du carpe*
- 77.8. *Altération longitudinale à des endroits multiples de parties proximales du membre supérieur*
- 77.9. *Localisation non précisée dans une partie proximale du membre supérieur*
 COMPREND : altération longitudinale du membre supérieur (MS)

78. Altération de l'axe longitudinal des parties proximales du membre inférieur

(Voir tableau à la fin de la catégorie 79).

COMPREND : altération de la jambe et du tarse.

La même sous-classification avec un 4^e chiffre pour la catégorie 77 est proposée pour ce paragraphe.

78.0. *Altération longitudinale de l'ilion (IL)*

78.1. *Altération longitudinale de l'ischion (IS)*

78.2. *Altération longitudinale de l'os pubien (PU)*

78.3. *Altération longitudinale du fémur (FE)*

78.4. *Altération longitudinale du tibia (TI)*

78.5. *Altération longitudinale du péroné (PE)*

78.6. *Altération longitudinale d'éléments tibiaux du tarse (TA)*

78.7. *Altération longitudinale d'autres éléments du tarse*

78.8* *Altération longitudinale à des endroits multiples dans les parties proximales du membre*

78.9. *Localisation non précisée*

COMPREND : altération longitudinale du membre inférieur (MI), et altération longitudinale SAI.

79. Altération de l'axe longitudinal de parties distales d'un membre
(Voir tableau plus loin).

COMPREND : lorsque l'axe dans la main ou dans le pied est identifié.

L'utilisation de la sous-classification suivante avec un 4^e chiffre qui précise l'étendue de la défectuosité est proposée pour ce paragraphe.

0. Altération de tous les axes

1. Altération du premier axe, complète

2. Autre altération du premier axe

3. Altération du deuxième axe, complète

4. Autre altération du deuxième axe

5. Altération du troisième axe, complète

6. Autre altération du troisième axe

7. Altération du quatrième axe, complète

8. Autre altération du quatrième axe

9. Altération du cinquième axe, ou axe non précisé

79.0. *Altération longitudinale du métacarpe (MC), côté droit*

- 79.1. *Autre altération longitudinale du métacarpe*
- 79.2. *Altération longitudinale des phalanges (PH) des doigts, côté droit*
- 79.3. *Autre altération longitudinale des phalanges des doigts*
- 79.4. *Altération longitudinale du métatarse (MT), côté droit*
- 79.5. *Autre altération longitudinale du métatarse*
- 79.6. *Altération longitudinale des phalanges (PH) des orteils, côté droit*
- 79.7. *Autre altération longitudinale des phalanges des orteils*
- 79.8* *Altération longitudinale à des endroits multiples des membres*
- 79.9. *Localisation non précisée*

Tableau de référence pour la nomenclature des manques de tout ou partie de membres

ISPO	Frantz-O'Rahilly (originale)	Frantz-O'Rahilly (révisée)	Européenne	Autres
Altérations transversales (T)				
Bras, complète	Amélie, partie supérieure	Amélie, partie supérieure	Amélie, partie supérieure	Désarticulation de l'épaule
Cuisse, complète	Amélie, partie inférieure	Amélie, partie inférieure	Amélie, partie inférieure	Désarticulation de la hanche
Bras, tiers intermédiaire	Hémimélie (A/E)	Méromélie, humérus médian	Péromélie, mi-humérale	Moignon court au-dessus du genou
Cuisse, tiers inférieur	Hémimélie (A/K)	Méromélie, fémur distal	Péromélie, bas du fémur	Moignon long au-dessus du coude
Avant-bras, complet	Hémimélie (E-D)	Méromélie, radiocubitale	Péromélie au niveau du coude	Désarticulation du coude
Jambe, complète	Hémimélie (K-D)	Méromélie, tibiopéronière	Péromélie au niveau du genou	Désarticulation du genou
Avant-bras, tiers inférieur	Hémimélie partielle	Méromélie, radius distal, cubitus distal	Péromélie, radiocubitale inférieure	Désarticulation du radius et du cubitus
Jambe, tiers supérieur	Hémimélie partielle	Méromélie, tibia proximal, péroné proximal	Péromélie, tibiopéronière supérieure	Aplasia partielle du tibia et du péroné
Carpe, complète	Achéirie			Désarticulation du poignet
Métacarpe, complète	Adactylie			
Phalange, complète	Aphalangie			
Altérations longitudinales (L)				
Humérus, complète	Phocomélie proximale			(transversale intermédiaire)
Tibiopéronière, complète	Phocomélie distale			(longitudinale intermédiaire)
Cubitale, complète	Paraxiale complète	Méromélie, cubitale	Ectromélie avec aplasia axiale complète, cubitale	
	Hémimélie, cubitale		Ectromélie avec aplasia axiale	(terminale longitudinale)
Radiale, complète ; carpienne, partielle ; métacarpe 1,2, complète ; métaphalange 1,2, complète ;	Paraxiale complète	Méromélie, radiale	Ectromélie avec aplasia partielle du tibia et aplasia complète des tarses, métatarses et phalanges	
phalange 1,2, complète ;	Hémimélie, radiale			
tubule, partielle ;	Paraxiale incomplète	Méromélie, tibiale M.D		
tarso-metatarsienne, partielle ;	Hémimélie, tibiale			
phalange 1,2, complète				

Ces rubriques ne sont que des exemples ; pour d'autres précisions, se référer à : « La terminologie internationale proposée pour la classification des altérations congénitales des membres » (« The proposed international terminology for the classification of congenital LIMB deficiencies »), Developmental Medicine and Child Neurology, 17, suppl. 34 (1975).

8. Déficiences esthétiques

Les déficiences esthétiques comprennent les troubles physiques pouvant avoir des conséquences sur les relations sociales. Le concept a été interprété de façon large, de manière à inclure des problèmes qui peuvent ne pas être la conséquence de maladies spécifiques comme les déformations, aussi bien que les troubles qui peuvent altérer le contrôle habituel et socialement acceptable des fonctions corporelles.

En revanche, les déficiences plus spécifiquement biomédicales, pouvant engendrer une aversion (par exemple, mouvements anormaux de certaines parties du corps) ont été classées dans les sections précédentes.

Déficience esthétique de la tête et du tronc (80-83)

EXCLUT : celle des oreilles (49), des yeux (58), des organes sexuels (67),
déficience de la posture, de la stature et de la corpulence (70).

80. Altérations au niveau de la tête

80.0. *Défaut au niveau de la voûte crânienne*

80.1. *Défaut au niveau de la mâchoire supérieure*

80.2. *Défaut au niveau de la mâchoire inférieure*

EXCLUT : prognathisme et agénésie de la mâchoire inférieure (70.1.).

80.3. *Autre défaut au niveau du crâne*

80.4. *Bec-de-lièvre*

80.5. *Autre défaut au niveau bucco-dentaire*

80.6. *Défaut au niveau du nez*

80.8. *Autre*

80.9. *Non précisée*

81. Difformité de la tête et du tronc

81.0. *Difformité du nez*

81.1. *Difformité de la tête*

COMPREND : hydrocéphalie, microcéphalie et autres anomalies de la forme du crâne.

81.2. *Éléments surnuméraires au niveau de la tête*

81.3. *Autres difformités de la tête*

COMPREND : difformité des lèvres, de la langue, du palais.

81.4. *Difformité du cou*
EXCLUT : agénésie des vertèbres (70-51).

81.5. *Défaut au niveau du thorax*
EXCLUT : organes internes (65).

81.6. *Défectuosité de la paroi abdominale*

81.7. *Autres défauts au niveau de l'abdomen*
EXCLUT : organes internes (65).

81.8. *Autres*
COMPREND : cage thoracique en entonnoir.

81.9. *Non précisée*

82. Autre déficience esthétique de la tête

COMPREND : le visage.

82.0. *Autres altérations des tissus mous de la tête*
COMPREND : atrophie.

82.1. *Gonflement d'une partie de la tête*
COMPREND : tumeurs.

82.2. *Pigmentation de la peau du visage*
COMPREND : dépigmentation.

82.3. *Autres changements de couleur de la tête*
COMPREND : cyanose, rougeur, éruptions et infections cutanées.

82.4. *Calvitie totale ou partielle*

82.5. *Autre anomalie de la pilosité*

82.6. *Cicatrice au niveau de la tête*

82.7. *Autre anomalie du revêtement cutané de la tête*

82.8. *Autre déficience esthétique de la tête*
COMPREND : laideur prononcée (par exemple : aspect de gargouille).
EXCLUT : difformité du nez (81.0.) ; défaut au niveau bucco-facial (80.4. et 80.5.) et difformité de la tête (81.1.).

82.9. *Non précisée*

83. Autre déficience esthétique du tronc

83.0. *Autre altération des tissus mous du tronc*
COMPREND : atrophie.

83.1. *Gonflement au niveau du tronc*
COMPREND : tumeurs.

EXCLUT : hypertrophie mammaire (67.1.).

- 83.2. *Pigmentation de la peau du tronc*
COMPREND : dépigmentation.
- 83.3. *Autres changements de la couleur du tronc*
COMPREND : éruptions et infections cutanées.
- 83.4. *Pilosité anormale du tronc*
- 83.5. *Cicatrice au niveau du tronc*
- 83.6. *Autre anomalie du revêtement cutané du tronc*
EXCLUT : absence de mamelon (67.0.).
- 83.7. *Éléments surnuméraires au niveau du tronc*
EXCLUT : mamelons surnuméraires (67.2.).
- 83.8. *Autre déficience esthétique au niveau du tronc*
- 83.9. *Non précisée*

Déficiences esthétiques des membres (84-87)

EXCLUT : altération des membres (76-79).

Lors de l'utilisation des catégories 84 à 87, la sous-classification qui suit peut être employée pour indiquer la localisation de la déficience esthétique des membres.

- 0. Épaule et partie supérieure du bras
 - 1. Coude et avant-bras
 - 2. Poignet et carpe
EXCLUT : déficience esthétique comprenant aussi la main (voir ci-dessous n° 3).
 - 3. Métacarpe et main
COMPREND : déficience esthétique associée du poignet et du carpe.
 - 4. Doigt
COMPREND : le pouce.
EXCLUT : déficiences esthétiques classables en 3 (voir plus haut).
 - 5. Hanche et cuisse
 - 6. Genou et jambe
 - 7. Cheville, pied et orteil
 - 8.* Multiple
COMPREND : les déficiences esthétiques affectant un membre entier, ou les membres supérieurs et inférieurs à la fois.
 - 9. Localisation non précisée

84. Défaut de différenciation de certaines parties du corps

COMPREND : défaut de séparation de certaines parties du corps.

84.0. *Difformité congénitale*84.1. *Synostose*84.2. *Contracture congénitale des tissus mous*

COMPREND : contracture secondaire à un défaut de différenciation entre muscles, ligaments, éléments de la capsule articulaire, comme dans l'arthrogrypose, la camptodactylie et les doigts rétractés.

84.3. *Contracture congénitale du squelette*

COMPREND : clinodactylie.

84.4. *Syndactylie simple*84.5. *Fusion des tissus mous*

COMPREND : synéchie.

84.6. *Soudure d'éléments du squelette*

COMPREND : fusions, acrosyndactylie, syndrome d'Apert et bradysyndactylie.

84.8. *Autre*84.9. *Non précisée***85. Autre malformation congénitale**

EXCLUT : celles des organes internes (65 et 66).

85.0. *Hypoplasie de la peau et des ongles*85.1. *Hypoplasie des éléments musculotendineux*85.2. *Hypoplasie des éléments neurovasculaires*85.3. *Autres hypoplasies*

COMPREND : hypoplasie de plus d'un des types de tissus décrits ci-dessus (85.0. à 85.2.).

EXCLUT : nanisme (70.60) et achondroplasie et absence totale de squelette (70.65).

85.4. *Croissance excessive*

EXCLUT : déficience de la stature et gigantisme (70.61).

85.5. *Duplication du squelette*

COMPREND : duplication des os des membres.

85.6. *Autres duplications*

COMPREND : duplication de tous les tissus comme dans le polydactylisme et la main en miroir.

85.7. *Bride congénitale*

85.8. *Autres*

COMPREND : arachnodactylie.

85.9. *Non précisée*

86. Autre déficience esthétique des parties du corps

86.0. *Atrophie généralisée*

EXCLUT : maigreur (70.63).

86.1. *Autres atrophies*

86.2. *Autre altération généralisée des tissus mous*

86.3. *Autre altération des tissus mous*

86.4. *Gonflement des tissus*

COMPREND : tumeurs.

EXCLUT : gonflement dû à un liquide (86.5. et 86.6.).

86.5. *Autre gonflement généralisé*

COMPREND : lymphœdème.

86.6. *Autre gonflement*

COMPREND : œdème.

86.7. *Éléments surnuméraires*

EXCLUT : doigts surnuméraires (85.6.).

86.8. *Autre déficience esthétique des parties du corps*

86.9. *Non précisée*

87. Autre déficience esthétique

87.0. *Pigmentation*

COMPREND : dépigmentation.

87.1. *Cyanose*

87.2. *Autre trouble de la coloration de la peau*

COMPREND : contusions, éruptions, infections cutanées.

EXCLUT : contusions multiples (92.4.).

87.3. *Autres troubles circulatoires au niveau de la peau*

COMPREND : varices.

87.4. *Trouble de la sudation*

87.5. *Exsudation*

COMPREND : desquamation.

87.6. *Cicatrice*

- 87.7. *Pilosité anormale*
- 87.8. *Autre anomalie de la peau*
- 87.9. *Autre et non précisée*

Autres déficiences esthétiques (88-89)

88. Orifice anormal ou artificiel

- 88.0. *Trachéotomie*
- 88.1. *Gastrostomie*
- 88.2. *Iléostomie*
- 88.3. *Colostomie*
- 88.4. *Autre anastomose entre le tube digestif et la peau*
- 88.5. *Sonde urinaire à demeure*
- 88.6. *Autre dérivation urinaire*
COMPREND : fistule extra-urétrale.
- 88.7. *Autre orifice artificiel*
- 88.8. *Autre orifice anormal.*
- 88.9. *Non précisée*

89. Autre déficience esthétique

9. Déficiences de fonctions générales, sensitives, et autres déficiences

Déficiences de fonctions générales (90-94)

90. Déficiência multiple

90.0.* *Déficiência multiple de tous ordres*

90.1.* *Déficiência multiple des fonctions mentales, de la parole et de certains sens*

COMPREND : déficiencia liée aux viscères ou au squelette

90.2.* *Déficiência multiple des fonctions mentales et de la parole*

90.3.* *Déficiência de plusieurs sens, des viscères, du squelette*

90.4.* *Déficiência multiple de plusieurs sens*

90.5.* *Déficiência multiple des viscères et du squelette*

90.8.* *Autre*

90.9.* *Non précisée*

91. Déficiência sévère de la continence

EXCLUT : incontinence réflexe par regorgement, miction impérieuse ou incontinence d'effort (63).

91.0. *Incontinence pouvant être contrôlée par certains moyens*

COMPREND : dispositifs d'adaptation, stimulateurs électriques.

EXCLUT : linges particuliers permettant une protection contre les souillures (qui doivent être classés de façon plus appropriée en 91.1. et 91.8.).

91.1. *Incontinence mixte, survenant plus d'une fois par nuit ou par jour*

COMPREND : incontinence fécale et incontinence urinaire de fréquence supérieure à celles indiquées.

91.2. *Autre incontinence mixte survenant chaque nuit et chaque jour*

91.3. *Incontinence mixte survenant plus d'une fois par semaine, de nuit ou de jour*

91.4. *Autre incontinence mixte*

91.5. *Incontinence fécale survenant plus d'une fois par 24 heures*

91.6. *Autre incontinence fécale survenant plus d'une fois par semaine*

91.7. *Incontinence urinaire survenant une fois par 24 heures*

91.8. *Autre*

91.9. *Non précisée*

EXCLUT : incontinence fécale SAI (62.9.).

92. Susceptibilité anormale aux traumatismes

EXCLUT : déficience intermittente de la conscience (21) et déficience des fonctions d'équilibre (48).

92.0. *Troubles de la coagulation sanguine*

COMPREND : tendance à saigner.

EXCLUT : contusions (92.4.).

92.1. *Fragilité osseuse*

92.2. *Autres susceptibilités anormales aux fractures*

92.3. *Susceptibilité anormale aux escarres*

92.4. *Contusions multiples*

92.5. *Insensibilité anormale à la douleur*

92.6. *Autre susceptibilité anormale de certains tissus*

COMPREND : scorbut.

92.7. *Convalescence difficile associée au vieillissement*

92.8. *Autre*

92.9. *Non précisée*

93. Déficience du métabolisme

EXCLUT : déficience de la stature et de la corpulence (70.6.) et fragilité osseuse (92.1.).

93.0. *Déficience de la croissance*

COMPREND : défaut de développement et de maturation.

93.1. *Constitution délicate*

93.2. *Intolérance à certains aliments*

COMPREND : intolérance au gluten.

93.3. *Autres problèmes liés à l'alimentation*

COMPREND : diabète.

EXCLUT : intolérance alimentaire (62.0.).

93.4. *Malnutrition*

93.5. *Amaigrissement*

EXCLUT : maigreur (70.63).

- 93.6. *Prise de poids*
EXCLUT : obésité (70.64).
- 93.7. *Polydypsie*
- 93.8. *Autre*
- 93.9. *Non précisée*

94. Autre déficience des fonctions générales

- EXCLUT : trouble du sommeil (22).
- 94.0. *Nécessité d'un dispositif électro-mécanique pour assurer la survie*
COMPREND : stimulateur cardiaque, dialyse rénale et respirateur artificiel.
- 94.1. *Prostration intermittente*
COMPREND : la prostration qui peut accompagner une crise d'asthme ou de migraine.
EXCLUT : vertige (48.0.).
- 94.2. *Douleur généralisée*
- 94.3. *Fièvre*
COMPREND : pyrexie.
- 94.4. *Prurit généralisé*
- 94.5. *Autre forme de débilité*
COMPREND : faiblesse générale SAI.
- 94.6. *Fatigue générale*
COMPREND : fatigue SAI.
EXCLUT : fatigabilité (28.5.).
- 94.8. *Autre*
- 94.9. *Non précisée*

Déficiences sensibles (95-98)

95. Déficience sensible au niveau de la tête

- 95.0. *Anesthésie*
EXCLUT : insensibilité cornéenne (58.2.).
- 95.1. *Trouble de la sudation*
- 95.2. *Changement de température*

95.3. *Algie faciale*

95.4. *Céphalée*

95.5. *Autre douleur de la tête*

COMPREND : congestion, sensation de pulsation, d'oppression.

EXCLUT : douleur de l'oreille (49.3.).

95.6. *Prurit*

95.7. *Engourdissement*

COMPREND : paresthésie et sensation de fourmillements.

95.8. *Autre*

95.9. *Non précisée*

96. Déficience sensitive au niveau du tronc

96.0. *Anesthésie*

96.1. *Trouble de la sudation*

96.2. *Changement de température*

96.3. *Douleur dorsale*

COMPREND : cervicalgies et lumbago.

96.4. *Autre douleur dans la région du tronc*

EXCLUT : douleur abdominale (62.3.); douleur thoracique (61.3. et 61.4.) et colique néphrétique (63.0.).

96.5. *Autre forme de sensation pénible de la région du tronc*

COMPREND : congestion, sensation d'oppression.

EXCLUT : douleur thoracique (61.3. et 61.4.) et oppression thoracique due à un exercice physique (61.5.).

96.6. *Prurit*

96.7. *Engourdissement*

COMPREND : paresthésie et fourmillements.

96.8. *Autres*

96.9. *Non précisée*

97. Déficience sensitive au niveau du membre supérieur

97.0. *Anesthésie*

97.1. *Trouble de la sensibilité profonde*

COMPREND : stéréoagnosie.

97.2. *Changement de température*

97.3. *Douleur à l'effort*

97.4. *Autre douleur*

COMPREND : causalgie.

97.5. *Autre sensation pénible*

COMPREND : congestion et constriction.

97.6. *Prurit*

97.7. *Engourdissement*

COMPREND : paresthésie et fourmillements.

97.8. *Autre*

COMPREND : sensation de brûlure ou de piqûre et de crampe ou de spasme.

97.9. *Non précisée*

98. **Autre déficience sensitive**

COMPREND : déficience au niveau des membres inférieurs.

98.0. *Anesthésie*

98.1. *Déficience de la sensibilité profonde*

COMPREND : stéréognosie.

98.2. *Changement de température*

98.3. *Douleur*

COMPREND : causalgie.

EXCLUT : douleur due à l'effort (61.5.).

98.4. *Autres sensations pénibles*

COMPREND : congestion et constriction.

EXCLUT : claudication intermittente (61.5.).

98.5. *Prurit*

EXCLUT : prurit généralisé (94.4.).

98.6. *Engourdissement*

COMPREND : paresthésie et fourmillements.

98.8. *Autre*

COMPREND : sensation de brûlure ou de piqûre et crampe ou spasme.

98.9. *Non précisée*

Autres déficiences (99)

99. Autre déficience

99.0. *État de grossesse* (la grossesse a été incluse dans cette classification car elle est associée à certaines limitations fonctionnelles).

99.1. *Gangrène du membre supérieur*

99.2. *Gangrène du membre inférieur*

99.3. *Autre gangrène*

COMPREND : gangrène affectant à la fois les membres supérieurs et inférieurs.

99.8. *Autre*

99.9. *Non précisée*

COMPREND : déficience SAI.

Indications pour le codage

Les déficiences se rapprochent des maladies telles qu'elles sont classifiées dans la CIM, dans la mesure où elles sont conçues comme des phénomènes de seuil ; la question est de juger pour chaque catégorie si on peut considérer qu'il s'agit ou non de déficience.

L'étendue du code pourrait paraître impressionnante au premier abord. Pourtant, le niveau de détail a deux objets : c'est d'abord le moyen de définir le contenu de chaque classe et c'est ensuite le moyen d'atteindre une précision importante pour les utilisateurs qui pourraient vouloir enregistrer un tel niveau de détail. La structure taxinomique du code est comparable à celle de la CIM, dans la mesure où elle est hiérarchisée et où sa signification est conservée même si le code est utilisé de façon abrégée. En conséquence, c'est l'utilisateur qui doit choisir le niveau de finesse qu'il désire pour le codage de l'information.

Les conséquences les plus immédiates des maladies, les principales déficiences, sont généralement consignées dans les dossiers médicaux. En conséquence, le codage dans les catégories appropriées du code des déficiences ne devrait pas présenter de difficultés majeures. Le principal problème risque d'être celui du manque d'information, c'est-à-dire la probabilité que des déficiences importantes n'aient pas été inscrites par les observateurs.

Dès à présent, on peut suggérer d'utiliser les 9 sections du code des déficiences comme liste de référence à appliquer à chaque individu. Cela exige que l'observateur se pose une série de questions « Est-ce que cette personne présente une déficience intellectuelle, ou d'autres déficiences psychologiques ? » et ainsi de suite. Pour toute réponse positive, il pourrait rechercher plus d'informations dans les lignes plus détaillées du code.

Le principal aspect sur lequel il faudra se pencher dans l'avenir aura probablement trait aux critères d'identification et à leur relation avec la sévérité de la déficience. Ces difficultés ont été indiquées dans le paragraphe « Déviation des normes » du chapitre précédent : « les conséquences des maladies ».

INDEX ALPHABÉTIQUE DES DÉFICIENCES

Dans cet index alphabétique, les nombres correspondant aux catégories de déficiences sont constitués de 2, 3 ou 4 chiffres (ex : Surdi-mutité : 40, Vision en tunnel : 56.6, Cyphose : 70.50). Un tiret (-) peut remplacer le quatrième chiffre (ex : Paralyse des membres NCA 73.9-); cela signifie que cette sous-division, qui existe, n'a pas été indexée. Pour ce dernier exemple, on trouvera, à la rubrique 73, une classification à 4 chiffres pour les catégories 73.0 à 73.9, classification qui indique la nature de la paralysie.

A

- Abdomen (difformité de l') 81.7
 - (douleur de l') 62.3
 - (paroi de l') 81.6
- Absence
 - mamelon 67.0
 - membre (totale). *Voir* Amputation transversale
 - mouvements volontaires 28.1
 - un œil NCA 50.9
 - - avec déficience visuelle de l'autre œil
 - - - légère 50.6
 - - - modérée 50.5
 - - - non précisée 50.8
 - - - nulle 50.7
 - - - presque totale 50.2
 - - - profonde 50.3
 - - - sévère 50.4
 - - - totale 50.1
 - deux yeux 50.0
- Acalculie 19.2
- Accélération du processus intellectuel 17.3
- Accès de colère 26.5
- Achondroplasie 70.65
- Acouphènes 47.2
- Acrosyndactylie 34.6
- Actes impulsifs 27.6
- Activité ralentie NCA 28.1
- Affect pathologique 20.3
 - émoussement 26.2
 - incongruité 26.7
 - (tentative constante de contrôle) 26.81
- Agénésie
 - mâchoire inférieure 70.13
 - membre. *Voir* Amputation transversale
- Agitation
 - mentale 26.82
 - motrice 33.3
- Agnosie 19.0
- Agoraphobie 29.6
- Agressivité 29.7
- Alcoolisme 25.5
- Aliénation (partie ou totalité) de son propre corps 23.30
- Altération longitudinale de membre. *Voir* Amputation longitudinale
 - Transversale. *Voir* Amputation transversale
- Ambiguïté sexuelle 64.4
- Ambivalence
 - dans l'action 7.4
 - de l'affect 26.7
- Amblyopie 57.7
- Amélie. *Voir* Amputation longitudinale
- Amnésie
 - chiffres 15.6
 - événements anciens 15.1
 - - antérieurs 15.0
 - - récents 15.2
 - formes 15.4
 - immédiate 15.2
 - mots 15.5
 - précisée NCA 15.8
 - psychogène 15.3
 - rétrograde 15.0
 - *Voir aussi* Déficience mémoire
- Amputation.
 - axe non précisé. *Voir* catégories 76- et 79- avec 4^e chiffre : 9
 - axes (tous les). *Voir* catégories 76- et 79- avec comme 4^e chiffre : 0
 - bucco-dentaire NCA 80.5
 - cinquième axe NCA. *Voir* catégories 76- et 79- avec comme 4^e chiffre : 9
 - deuxième axe. *Voir* à second axe
 - longitudinale (intermédiaire) NCA 78.9
 - - parties distales d'un membre NCA 79.9
 - - - localisations multiples 79.8
 - - - métacarpe NCA 79.1
 - - - droit 79.0
 - - - métatarse NCA 79.5
 - - - droit 79.4
 - - - phalange du doigt NCA 79.3
 - - - - droit 79.2
 - - - - orteil NCA 79.7
 - - - - droit 79.6

- Amputation
- longitudinale
 - - parties proximales du carpe NCA 77.7
 - - - éléments centraux 77.6
 - - - radiaux 77.5
 - - - clavicule 77.1
 - - - complète NCA. Voir catégories 77 et 78 avec 4^e chiffre : 1
 - - - droite. Voir catégories 77 et 78 avec 4^e chiffre : 0
 - - - cubitus 77.4
 - - - éléments tibiaux 78.6
 - - - extension non précisée. Voir catégories 77- et 78- avec 4^e chiffre : 9
 - - - fémur 78.3-
 - - - humérus 77.2-
 - - - ilion 78.0-
 - - - incomplète NCA. Voir catégories 77 et 78 avec comme 4^e chiffre : 3
 - - - - côté droit. Voir catégories 77 et 78 avec comme 4^e chiffre : 2
 - - - ischion 78.1
 - - - localisation multiples 78.8
 - - - membre inférieur NCA 78.9
 - - - - supérieur NCA 77.9
 - - - - localisations multiples 77.8
 - - - omoplate 77.0
 - - - péroné 78.5-
 - - - pubis 78.2
 - - - radius 77.3
 - - - tarse NCA 78.7
 - - - tibia 78.4
 - main NCA 75.9-
 - membres inférieur et supérieur (transversale) NCA 75.9
 - pied NCA 75.9
 - premier axe NCA. Voir catégories 76- et 79- avec 4^e chiffre : 2
 - - complète. Voir catégories 76- et 79- avec 4^e chiffre : 1
 - quatrième axe NCA. Voir catégories 76- et 79- avec 4^e chiffre : 8
 - - complet. Voir catégories 76- et 79- avec 4^e chiffre : 7
 - second axe NCA. Voir catégories 76- et 79- avec 4^e chiffre : 4
 - - complète. Voir catégories 76- et 79- avec 4^e chiffre : 3
 - tête (au niveau de la) NCA 80.9
 - - localisation précisée NCA 80.8
 - - transversale (terminale) NCA 76.9-
 - - intermédiaire. Voir Amputation longitudinale
 - - - et parties proximales 76.8-
 - - - parties distales du membre NCA 76.9-
 - - - localisations multiples 76.8-
 - - - métacarpe NCA 76.1-
 - - - - droit 76.0-
 - - - métatarse NCA 76.5-
 - - - droit 76.4-
 - - - phalange du doigt NCA 76.3
 - - - - droit 76.2-
 - - - - orteil NCA 76.7-
 - - - - droit 76.6-
 - - - parties proximales d'un membre NCA 75.9-
 - - - avant-bras 75.2-
 - - - bassin 75.4-
 - - - bras (à l'exclusion de l'avant-bras) 75.1-
 - - - carpe 75.3-
 - - - complète NCA. Voir catégories 75.0-75.9 avec 4^e chiffre : 1
 - - - côté droit. Voir catégories 75.0-75.9 avec 4^e chiffre : 0
 - - - cuisse 75.5-
 - - - épaule 75.0-
 - - - incomplète NCA. Voir catégories 75.0-75.9 avec 4^e chiffre : 9
 - - - - côté droit NCA. Voir catégories 75.0-75.9 avec 4^e chiffre : 8
 - - - - tiers inférieur NCA. Voir catégories 75.0-75.9 avec 4^e chiffre : 7
 - - - - - côté droit. Voir catégories 75.0-75.9 avec 4^e chiffre : 6
 - - - - tiers intermédiaire NCA. Voir catégories 75.0-75.9 avec 4^e chiffre : 5
 - - - - - côté droit. Voir catégories 75.0-75.9 avec 4^e chiffre : 4
 - - - - tiers supérieur NCA. Voir catégories 75.0-75.9 avec 4^e chiffre : 3
 - - - - - côté droit. Voir catégories 75.0-75.9 avec 4^e chiffre : 2
 - - - - jambe (à l'exclusion de la cuisse) 75.6-
 - - - - localisations multiples 75.8-
 - - - - - torsion 75.7-
 - troisième axe NCA. Voir catégories 76- et 79- avec 4^e chiffre : 6
 - - complète. Voir catégories 76- et 79- avec 4^e chiffre : 5
 - - voule crânienne 80.0
 - - voir aussi Différent, Anomalies
- Anesthésie
- membre inférieur 98.0
 - - supérieur 97.0
 - œil 58.2
 - tête NCA 95.0
 - - tronc 96.0
- Anévrisme aortique 66.0
- Angoisse. Voir Anxiété
- Anhédonisme. Voir Dépression
- Anite 62.8
- Ankylose de membre NCA. Voir catégories 71.0-71.7 avec 4^e chiffre : 1
 - - bilatérale. Voir catégories 71.0-71.7 avec 4^e chiffre : 0
- Anomalies - anormal(e)
- activité durant le sommeil 22.5
 - arbre trachéobronchique 65.0
 - bruits dans le thorax 61.2
 - cheveux NCA 82.5

- Anomalies-anormal(e)
 - cœur NCA 65.29
 - - justiciable d'une intervention correctrice ou prothétique 65.20
 - - de type précisé, NCA 65.28
 - cycle sommeil/veille 22.3
 - débit rapide de la parole 37.1
 - développement
 - - cardiaque 65.21
 - - de la mâchoire NCA 70.14
 - estomac 65.3
 - foie 65.5
 - forme de la tête, du crâne 81.1
 - gestes limités 33.3
 - intestin 65.4
 - nez 80.6
 - œsophage 65.3
 - organes génitaux internes 65.8
 - - internes NCA 65.9
 - peau NCA 87.8-
 - - membre (inférieur, supérieur) 87.8
 - - tête 82.7
 - - tronc 83.6
 - pilosité membre (inférieur, supérieur) 87.7-
 - - tronc 83.4
 - poumon 65.1
 - rate 65.5
 - rectum 65.4
 - rein NCA 65.69
 - - justiciable d'une transplantation rénale 65.60
 - - de type précisé, NCA 65.68
 - tension musculaire 33.3
 - tissus du tronc NCA 70.72
 - vaisseaux sanguins du thorax et de l'abdomen 66.0
 - valvulaire due à une lésion acquise 65.22
 - vertèbres 70.51
 - vésicule 65.53
 - vessie 65.7
 - viscères (structure) NCA 66.4
 - voix trop calme 36.3
 Anorexie 25.0
 Anxiété (angoisse) NCA 26.09
 - diffuse 26.00
 - pathologique 26.00
 - phobique 26.01
 - précisée NCA 26.08
 Apathie 26.2
 Apert (syndrome d') 84.6
 Appétit
 - augmentation 25.1
 - diminution 25.0
 Apraxie 19.1
 Arachnodactylie 85.8-
 Arthrogrypose 84.2-
 Arythmie 61.6
 Asocial (discours) 37.6
 Assouplissements 22.7
 Astéréognosie. Voir Stéréognosie
 Astigmatisme 57.1
- Atrophie membre (inférieur, supérieur) NCA 86.1
 - - complète 86.0-
 - tête 82.0
 - tronc 83.0
 Attention fixée 24.3
 Augmentation appétit 25.1
 - expressions du visage 33.2
 Autisme 30.1
 Automutilation 29.82
- B**
- Bassin étroit 70.70
 Bec-de-lièvre 80.4
 Bégaitements 37.0
 Besoin d'attention 29.84
 - pathologique (alcool, drogue) 25.7
 Blépharite 58.5
 Bloc cardiaque 61.6
 Borborygmes 62.2
 Boulimie 25.1
 Bradysyndactylie 84.6
 Bredouillements 35.5
 Bride congénitale 85.7
 But (impossibilité de poursuivre un) 25.80
- C**
- Calvitie (partielle, totale) 82.4
 Camptodactylie 84.2-
 Caractère soucieux 29.4
 Caries dentaires 68.2
 Catastrophisme 26.80
 Catatoniques (mouvements) 33.3
 Causalgies membre inférieur 98.3
 - - membre supérieur 97.4
 Cécité bilatérale NCA 51.9
 - un seul œil NCA 54.9
 - - avec vision basse de l'autre œil 52.9
 Céphalées 95.4
 Chaleur. Voir Température
 Changement
 - couleur de membre (inférieur, supérieur) 87.2
 - - tête 82.3
 - - tronc 83.3
 - température. Voir Température
 Chutes (sujet emporté par son élan) 48.6
 - susceptibilité aux chutes 48.5
 Cicatrice au niveau :
 - membre (inférieur, supérieur) 87.6-
 - tête 82.6
 - tronc 83.5
 Claudication SAI 74.97
 - intermittente 61.5

- Clinodactylie 84.3-
 Colère (éclats de) 26.5
 Coliques hépatiques 62.3
 - intestinales 62.3
 - néphrétiques 63.0
 - rénales 63.0
 Colonne vertébrale (déficiency de la) NCA 70.52
 Colostomie 88.3
 Coma 20.0
 Comportement solitaire 29.85
 Compression de la tête (sensation de) 95.5
 Compulsion 27.5
 - de répétition 29.5
 Confabulation 16.0
 Confusion 20.4
 Congestion au niveau de la tête 95.5
 - Voir aussi Sensation pénible
 Constipation 62.4
 Constitution délicate 93.1
 Contraception (utilisation actuelle d'un procédé de) 64.0
 Contracture congénitale
 - squelette 84.3
 - tissus mous 84.2
 Contrôle des affects (tentative constante de) 26.81
 Contusions généralisées 92.4
 - Voir aussi Changement de couleur
 Corps flottants 57.7
 Couleur. Voir Changement de couleur
 Crampe membre inférieur 98.8
 - - supérieur 97.8
 Crâne (défaut du) NCA 80.3
 Craquement de la mâchoire 70.15
 Crise de panique 26.01
 Croissance excessive des membres (inférieurs, supérieurs) 85.4-
 Cryptoamnésie 16.2
 Cryptorchidie 67.5
 Culpabilité (sentiment de) 26.83
 Cyanose membre (inférieur, supérieur) 87.1-
 - tête 82.3
 Cyphose 70.50
- D**
- Défaillance respiratoire 61.0
 Défaut
 - développement 93.0
 - - mâchoire inférieure 70.13
 - différenciation des parties du corps NCA 84.9
 - - - type précisé, NCA 84.8-
 - maturation 93.0
 Défectuosité. Voir Amputation
 Déficiency (de)
 - abstraction 17.0
 - affect NCA 26.9
 - - précisée, NCA 26.88
 - agilité NCA. Voir catégories 74.0-74.9 avec 4^e chiffre : 6
 - appareil auditif NCA 49.9
 - apprentissage NCA 34.9
 - - précisée NCA 34.8
 - attention NCA 24.9
 - - précisée NCA 24.8
 - auditeur (rétroaction de l') 33.1
 - audition NCA 45.9
 - - bilatérale NCA 43.9
 - - légère bilatérale 45.7
 - - - d'une oreille avec déficiency de l'acuité auditive de l'autre oreille :
 - - - - - légère 45.5
 - - - - - non précisée 45.8
 - - - - - nulle 45.8
 - - - - - profonde 44.5
 - - - - - sévère 45.2
 - - - - - très sévère 45.0
 - - - - - avec perte totale de l'acuité auditive de l'autre oreille 44.1
 - - moyenne bilatérale 45.4
 - - - d'une oreille
 - - - - avec déficiency de l'acuité auditive de l'autre oreille :
 - - - - - légère 45.5
 - - - - - non précisée 45.6
 - - - - - nulle 45.6
 - - - - - profonde 44.4
 - - - - - sévère 45.2
 - - - - - très sévère 45.0
 - - - - - avec perte totale de l'acuité auditive de l'autre oreille 44.0
 - - - profonde NCA 41.9
 - - - bilatérale 41.2
 - - - de la meilleure oreille 41.3
 - - - une seule oreille NCA 44.9
 - - - - avec déficiency de l'acuité auditive de l'autre oreille :
 - - - - - légère 44.5
 - - - - - moyenne 44.4
 - - - - - non précisée 44.7
 - - - - - sévère 42.3
 - - - - - très sévère 42.2
 - - - - avec perte totale de l'acuité auditive de l'autre oreille 41.1
 - - - sévère
 - - - bilatérale 43.2
 - - - de la meilleure oreille 43.3
 - - - d'une oreille, avec déficiency de l'acuité auditive de l'autre oreille :
 - - - - - légère 45.2
 - - - - - moyenne 45.2
 - - - - - non précisée 45.3
 - - - - - nulle 45.3
 - - - - - profonde 42.3
 - - - - - très sévère 43.1
 - - - - avec perte totale de l'acuité auditive de l'autre oreille 42.1

Déficiência (de)

- audition subjective NCA 47.3
- - très sévère
- - - bilatérale 43.0
- - - de la meilleure oreille 42.4
- - - d'une oreille avec déficience de l'acuité auditive de l'autre oreille :
 - - - - légère 45.0
 - - - - moyenne 45.0
 - - - - non précisée 45.1
 - - - - nulle 45.1
 - - - - profonde 42.2
 - - - - sévère 43.1
- - - avec perte totale de l'acuité auditive de l'autre oreille 42.0
- auditive (fonction) NCA 47.9
- - multiple 47.4
- - précisée NCA 47.8
- - sensibilité NCA 45.9
- - Voir aussi Déficience de l'audition
- capacité d'acquérir des informations nouvelles 15.2
- - de déplacer son attention 24.3
- - de se mêler aux autres 29.2
- cardiorespiratoire NCA 61.9
- - précisée NCA 61.8
- centres supérieurs de la parole NCA 30.8
- - avec incapacité de communiquer 30.2
- cérébelleuse (fonction) NCA 48.3
- - locomotrice 48.2
- clarté de la conscience NCA 20.9
- - précisée NCA 20.8
- cognitive (toutes fonctions) 14.0
- - globale 14.0
- - lacunaire 14.1
- - partielle 14.1
- cohérence (parole) 37.5
- communication NCA 30.9
- - sévère NCA 30.5
- - - fonctionnelle 30.0
- - - par lésion cérébrale 30.4
- - - avec troubles centraux de la parole et de la fonction visuelle 30.1
- - totale NCA 30.5
- comportement NCA 29.9
- - précisée NCA 29.88
- concentration 24.1
- conceptualisation 17.0
- conduction (son) NCA 47.0
- conscience NCA 22.9
- - précisée NCA 22.8
- continence sévère, NCA 91.9
- - précisée NCA 91.8
- contrôle des impulsions 27.6
- - neurologique des organes de la parole NCA 35.6
- conversation (dans sa forme) NCA 37.7
- coordination (fonction de) 48.3
- croissance 93.0
- déglutition NCA 68.7
- - et mastication NCA 68.9
- - - précisée NCA 68.8
- développement de l'ouïe, totale ou profonde 40.
- discrimination vocale. Voir Déficience, parole (discrimination vocale)
- écriture 34.4
- émotion NCA 26.9
- - précisée NCA 26.88
- épreuve de réalité 23.5
- équilibration 48.9
- - et fonction vestibulaire NCA 48.9
- - - précisée NCA 48.8
- - précisée NCA 48.7
- état de veille. Voir Déficience veille
- expression de la face NCA 33.2
- fonction extralinguistique 32.0
- - et sublinguistique 32.9
- - gnosique 19.0
- - labyrinthique 48.1
- - linguistique NCA 33.9
- - - précisée NCA 33.8
- - reproductrice NCA 64.9
- - spécifique NCA 69.9
- - - précisée NCA 69.8
- - sublinguistique NCA 32.8
- formulation graphique NCA 33.7
- - orale 33.6
- gastrointestinale (fonction) NCA 62.9
- - précisée NCA 62.8
- gnosique (de la fonction) 19.0
- goût 69.2
- - et odorat 69.0
- humeur NCA 26.9
- - précisée NCA 26.88
- humour NCA 38.2
- intellectuelle 19.9
- - précisée NCA 19.8
- intelligence NCA 14.9
- - précisée NCA 14.8
- intensité de la perception 23.09
- - précisée NCA 23.08
- intermittente de la conscience NCA 21.9
- - précisée NCA 21.8
- intestinale NCA 62.7
- labyrinthique 48.1
- langage
- - compréhension (non verbale) NCA 33.5
- - - et utilisation NCA 31.9
- - - - précisée NCA 31.8
- - - (verbale) 33.4
- - du corps NCA 33.3
- - formulation graphique NCA 33.7
- - - orale 33.6
- lecture NCA 34.3
- linguistique (fonction) NCA 33.9
- - précisée NCA 33.8
- mamelons NCA 67.2
- mammaire NCA 67.2

- Déficience (de)
- marche NCA 71.93
 - mastication NCA 68.6
 - - et déglutition NCA 68.9
 - - - précisée NCA 68.8
 - mécanique
 - - articulation astragalocalcanéenne 71.7
 - - avant-bras d'un côté, avec de l'autre côté :
 - - - bras 71.81
 - - - doigt 71.85
 - - - main, poignet 71.84
 - - bras 71.0
 - - - d'un côté, avec de l'autre côté :
 - - - - avant-bras 71.81
 - - - - doigt 71.83
 - - - - main, poignet 71.82
 - - carpe 71.2-
 - - - et métacarpe 71.3-
 - - cheville 71.7-
 - - - d'un côté, avec de l'autre côté :
 - - - - genou ou jambe 71.96
 - - - - hanche ou cuisse 71.95
 - - cou NCA 70.41
 - - coude 71.1-
 - - cuisse 71.5
 - - - d'un côté, avec de l'autre côté :
 - - - - cheville, pied, orteil 71.95
 - - - - genou, jambe 71.94
 - - doigt 71.4-
 - - - d'un côté, avec de l'autre côté :
 - - - - avant-bras 71.85
 - - - - bras 71.83
 - - - - main, poignet 71.86
 - - épaule 71.0
 - - et motrice
 - - - cou NCA 70.49
 - - - - précisée NCA 70.48
 - - - face NCA 70.29
 - - - - précisée NCA 70.28
 - - - mâchoire NCA 70.19
 - - - - précisée NCA 70.18
 - - - organes internes NCA 60.9
 - - - tête NCA 70.39
 - - - - précisée NCA 70.38
 - - - tronc NCA 70.79
 - - - - précisée NCA 70.78
 - - genou 71.6-
 - - - d'un côté, avec de l'autre côté :
 - - - - cheville, pied ou orteil 71.96
 - - - - hanche ou cuisse 71.94
 - - hanche 71.5-
 - - - d'un côté, avec de l'autre côté :
 - - - - cheville, pied ou orteil 71.95
 - - - - genou ou jambe 71.94
 - - jambe 71.6-
 - - - d'un côté, avec de l'autre côté :
 - - - - hanche ou cuisse 71.94
 - - - - hanche, pied ou orteil 71.96
 - - main et poignet 71.3-
 - - - d'un côté, avec de l'autre côté :
 - - - - avant-bras 71.84
 - - - bras 71.82
 - - - doigt 71.86
 - - membres NCA 71.99
 - - - multiples. Voir catégories 71.0-71.7 avec 4^e chiffre : 8
 - - - inférieur NCA 71.93
 - - - (les deux) NCA 71.97
 - - - due à la longueur inégale des membres 71.92
 - - - et supérieur 71.98
 - - - supérieur NCA 71.89
 - - - (les deux) NCA 71.88
 - - - et membre inférieur 71.98
 - - - plusieurs parties 71.80
 - - métacarpe (et carpe) 71.3
 - - métatarses 71.7-
 - - organes internes NCA 60.3
 - - orteil NCA 71.91
 - - - bilatérale 71.90
 - - - d'un côté, avec de l'autre côté :
 - - - - genou ou jambe 71.96
 - - - - hanche ou cuisse 71.95
 - - pied 71.7-
 - - - d'un côté, avec de l'autre côté :
 - - - - genou ou jambe 71.96
 - - - - hanche ou cuisse 71.95
 - - poignet 71.2-
 - - - d'un côté, avec de l'autre côté :
 - - - - avant-bras 71.84
 - - - - bras 71.82
 - - - - doigt 71.86
 - - - - et main 71.3-
 - - pouce 71.4-
 - - tarse 71.7
 - - tête 70.30
 - membres. Voir Amputation, Déficience mécanique, Difformité
 - mémoire NCA 16.9
 - - (amnésie rétrograde) 15.0
 - - ancienne 15.1
 - - chiffres 15.6
 - - événements
 - - - anciens 15.1
 - - - antérieurs 15.0
 - - - récents 15.2
 - - formes 15.4
 - - mots 15.5
 - - précisée NCA 16.8
 - métabolique NCA 93.9
 - - précisée NCA 93.8
 - miction NCA 63.7
 - motivation 25.81
 - motrice NCA
 - - du cou NCA 70.42
 - - ou fonctionnelle analogue des organes internes 60.5
 - - - associations NCA 60.8
 - - et mécanique. Voir Déficience mécanique et motrice
 - - membre(s) NCA 74.9

- Déficience (de)
- motrice membre(s) NCA 74.9
 - - - (quatre) 74.6-
 - - - (trois) 74.6-
 - - - inférieur NCA 74.4
 - - - - (les deux) 74.3
 - - - - et membre supérieur, du même côté 74.5-
 - - - - supérieur NCA 74.2-
 - - - - côté dominant 74.1-
 - - - - (les deux) 74.0-
 - - - - et membre inférieur, du même côté 74.5-
 - - - multiples. Voir catégories 74.0-74.9 avec 4^e chiffre : 8
 - - - précisée NCA 74.8
 - - - - associations NCA 74.8-
 - - - - type NCA. Voir catégories 74.0-74.9 avec 4^e chiffre : 7
 - - tête NCA 70.32
 - multiples NCA 90.9
 - - mentales (fonctions) et parole 90.2
 - - - et sens spécifiques (et viscères et squelette) 90.1
 - - - précisée NCA 90.8
 - - - sens spécifiques 90.4
 - - - - et viscères et squelette 90.5
 - - - squelette 90.5
 - - - tous ordres 90.0
 - - - viscères 90.5
 - nasale (fonction) NCA 69.5
 - neurosensorielle NCA 47.1
 - oculaire NCA 58.9
 - - mal définie 58.7
 - - motilité NCA 57.4
 - - précisée NCA 58.8
 - odorat 69.1
 - - et goût 69.1
 - olfaction. Voir Déficience odorat
 - oreille NCA 49.9
 - - externe NCA 49.8
 - - interne 49.0
 - - moyenne 49.5
 - organes
 - - génitaux NCA 67.9
 - - - externes NCA 67.7
 - - - internes NCA 66.5
 - - internes NCA 66.9
 - - - précisée NCA 66.8
 - ouverture aux idées nouvelles 19.3
 - parole NCA 39
 - - contenu de la NCA 38.9
 - - - précisée NCA 38.9
 - - débit 37.1
 - - discrimination vocale NCA 46.9
 - - - bilatérale NCA 46.8
 - - - - légère 46.4
 - - - - moyenne 46.3
 - - - - profonde 46.0
 - - - - sévère 46.2
 - - - - très sévère 46.1
 - - - unilatérale NCA 46.9
 - - - - légère 46.7
 - - - - moyenne 46.7
 - - - - profonde 46.5
 - - - - sévère 46.6
 - - - - très sévère 46.6
 - - fluidité de la 37.0
 - - forme NCA 37.9
 - - - précisée NCA 37.8
 - - longueur du discours 38.3
 - - organes de la NCA 35.7
 - - - de contrôle neurologique de la NCA 35.6
 - - organisation NCA 37.2
 - - quantitative NCA 38.4
 - paupière NCA 58.6
 - pelvis potentiellement dangereuse pour l'accouchement 70.70
 - pensée
 - - contenu (dans le) NCA 18.9
 - - dans le fond et dans la forme NCA 17.9
 - - - précisée NCA 17.8
 - - logique, 17.1
 - perception NCA 23.9
 - - précisée NCA 23.8
 - phonation NCA 37.3
 - physique NCA 70.69
 - - précisée NCA 70.68
 - posture NCA 70.59
 - - précisée NCA 70.58
 - pratique (fonction) 19.1
 - précisée NCA 99.8
 - psychomotrice NCA 28.9
 - - précisée NCA 28.8
 - pulsions NCA 25.9
 - - précisée NCA 25.88
 - rénale NCA 63.1
 - résonance NCA 37.4
 - rétroaction de l'auditeur 33.1
 - rôle hétérosexuel 25.2
 - salivation NCA 68.5
 - - (fonction de) 68.4
 - sémantique (fonction) 31.5
 - sensorielle NCA 98.9
 - - membre inférieur 98.9
 - - - précisée NCA 98.8
 - - - supérieur NCA 97.9
 - - - précisée NCA 97.8
 - - tête NCA 95.9
 - - - précisée NCA 95.8
 - - tronc NCA 96.9
 - - - précisée NCA 96.8
 - sexuel(le)
 - - acte NCA 25.49
 - - - précisée NCA 25.48
 - - organes NCA 67.9
 - - - précisée NCA 67.8
 - sommeil/veille
 - - cycle NCA 22.6
 - - organisation NCA 22.3
 - squelette (générale) 70.65
 - stature NCA 70.62

- Déficiência (de)
 - stimuli auditifs (organisation, traitement, ré-
tention des) 32.1
 - syntaxe 31.4
 - tête (région de la) NCA 70.9
 - - précisée NCA 70.8
 - tronc (région du) NCA 70.9
 - - précisée NCA 70.8
 - - structure squelettale NCA 70.71
 - urinaire (fonction) NCA 63.8
 - - précisée NCA 63.8
 - utilisation de communication par signe 33.0
 - - - langage non-verbal 33.0
 - - - langage des sourds-muets 33.0
 - veille NCA 22.9
 - - précisée NCA 22.8
 - vestibulaire (fonction) NCA 48.9
 - - et de l'équilibration 48.9
 - - - précisée NCA 48.8
 - locomotion 48.2
 - - précisée NCA 48.4
 - vigilance 24.6
 - vision binoculaire NCA 57.4
 - - couleurs 57.5
 - - nuit (de) 57.6
 - - subjective 57.7
 - - unilatérale NCA 55.9
 - visuelle NCA 57.9
 - - accommodation 57.2
 - - acuité NCA 55.9
 - - Voir aussi Déficiencia de la vision
 - - bilatérale NCA 53.9
 - - champ visuel NCA 56.9
 - - - légère 56.5
 - - - moyenne 56.4
 - - - presque totale 56.1
 - - - profonde 56.2
 - - - sévère 56.3
 - - - totale 56.0
 - - - unilatérale NCA 56.8
 - - légère des deux yeux 55.6
 - - - d'un œil avec déficiencia visuelle de
l'autre œil :
 - - - - moyenne 55.3
 - - - - non précisée 55.8
 - - - - nulle 55.7
 - - - - presque totale 54.3
 - - - - profonde 54.6
 - - - - sévère 55.0
 - - - - totale 54.0
 - - - - autre œil absent 50.6
 - - - moyenne des deux yeux 53.2
 - - - du meilleur œil NCA 53.3
 - - - d'un œil, avec autre œil absent 50.5
 - - - - avec déficiencia visuelle de l'autre
œil :
 - - - - - légère 55.3
 - - - - - non précisée 55.5
 - - - - - nulle 55.4
 - - - - - presque totale 52.3
 - - - - - profonde 52.5
 - - - - - sévère 53.1
 - - - totale 52.1
 - - - précisée NCA 57.8
 - - - presque totale des deux yeux 51.3
 - - - - du meilleur œil NCA 51.5
 - - - - d'un œil avec déficiencia visuelle de
l'autre œil :
 - - - - - légère 54.3
 - - - - - moyenne 52.3
 - - - - - non précisée 54.5
 - - - - - nulle 54.4
 - - - - - profonde 51.4
 - - - - - sévère 52.2
 - - - - - totale 51.1
 - - - - - avec l'autre œil absent 50.2
 - - - - profonde des deux yeux 51.6
 - - - - du meilleur œil NCA 51.7
 - - - - d'un œil, avec déficiencia visuelle de
l'autre œil :
 - - - - - légère 54.6
 - - - - - moyenne 52.5
 - - - - - non précisée 54.8
 - - - - - nulle 54.7
 - - - - - presque totale 51.4
 - - - - - sévère 52.4
 - - - - - totale 51.2
 - - - - - avec l'autre œil absent 50.3
 - - - - sévère des deux yeux 53.0
 - - - - du meilleur œil NCA 52.6
 - - - - d'un œil, avec déficiencia visuelle de
l'autre œil :
 - - - - - légère 55.0
 - - - - - moyenne 53.1
 - - - - - non précisée 52.2
 - - - - - nulle 55.1
 - - - - - presque totale 52.2
 - - - - - profonde 52.4
 - - - - - totale 52.0
 - - - - totale des deux yeux 51.0
 - - - - d'un œil, avec déficiencia visuelle de
l'autre œil :
 - - - - - légère 54.0
 - - - - - moyenne 52.1
 - - - - - nulle 54.1
 - - - - - presque totale 51.1
 - - - - - profonde 51.2
 - - - - - sévère 52.0
 - - - - - non précisée 54.0
 - - - - - avec l'autre œil absent 50.1
 - - - - - vocabulaire 31.3
 - - - - - voix (fonction de la) NCA 36.9
 - - - - - intensité NCA 36.4
 - - - - - intonation NCA 36.5
 - - - - - modulation 36.1
 - - - - - précisée NCA 36.8
 - - - - - production NCA 35.9
 - - - - - précisée NCA 35.8
 - - - - - qualité 36.6
 - - - - - précisée NCA 36.7
 - - - - - ton 36.2
 - - - - - volition NCA 27.9
 - - - - - précisée NCA 27.8

- Déficience (de)
 - vécu (sentiment de déjà) 23.31
 - vu (sentiment de déjà) 23.31
- Délire NCA 18.8
 - culpabilité 18.3
 - dépréciation 18.3
 - dépressif 18.3
 - fantastique 18.6
 - grandeur 18.5
 - hypochondriaque 18.7
 - jalousie 18.4
 - nihiliste 18.7
 - paranoïde 18.2
- Delirium 20.3
- Démence NCA 14.2
 - globale 14.0
 - lacunaire 14.1
 - partielle 14.1
- Dent (dégradation) NCA 68.2
 - - complète 68.1
- Dépendance à l'égard de
 - alcool 25.5
 - dialyse rénale 94.0
 - dispositif assurant la survie 94.0
 - drogue 25.6
 - respirateur artificiel 94.0
 - stimulateur cardiaque 94.0
- Dépigmentation. *Voir* Pigmentation
- Dépression 26.1
- Déréalisation 23.31
- Dérivation gastrointestinale NCA 88.4
 - urinaire NCA 88.6
- Dérive des idées 17.7
- Dermatose de l'oreille 49.3
- Dérobement 21.6
- Désarticulation
 - cheville 75.7-
 - coude 75.2-
 - épaule 75.1-
 - genou 75.6-
 - hanche 75.5-
 - poignet 75.3-
- Désir impérieux (alcool, drogue) 25.7
- Desquamation des membres (inférieurs, supérieurs) 87.5-
- Destructivité NCA 29.83
- Déviatation de la colonne vertébrale 70.50
- Diabète 93.3
- Dialyse rénale 94.0
- Diarrhée 62.5
- Difficulté
 - apprentissage spécifique NCA 34.5
 - compréhension du langage (écrit-parlé) 34.5
 - endormissement 22.0
 - lecture 34.2
 - utilisation du langage (écrit, parlé) 34.5
- Difformité NCA 89
 - colonne vertébrale NCA 70.53
 - congénitale, membre (inférieur, supérieur) 84.0-
 - cou (au niveau du) 81.4
 - globe oculaire 58.4
 - membres (inférieur, supérieur) NCA 87.9
 - - cheville, pied et orteil. *Voir* catégories 84- à 87- avec 4^e chiffre : 7
 - - coude et avant-bras. *Voir* catégories 84-à 87- avec 4^e chiffre : 1
 - - doigt. *Voir* catégories 84- à 87- avec 4^e chiffre : 4
 - - épaule et bras. *Voir* catégories 84- à 87- avec 4^e chiffre : 0
 - - genou et jambe. *Voir* catégories 84- à 87- avec 4^e chiffre : 6
 - - hanche et cuisse. *Voir* catégories 84- à 87- avec 4^e chiffre : 5
 - - métacarpe et main. *Voir* catégories 84-à 87- avec 4^e chiffre : 3
 - - multiple. *Voir* catégories 84- à 87- avec 4^e chiffre : 8
 - - non précisée. *Voir* catégories 84- à 87- avec 4^e chiffre : 2
 - - structurelle NCA 86.9
 - - - précisée, NCA 86.8-
 - nez 81.0
 - oreille NCA 49.9
 - - externe 49.7
 - organes génitaux externes 67.6
 - paupière 58.5
 - tête (au niveau de la) NCA 81.3
 - - forme de la 81.1
 - - revêtement cutané 82.9
 - tronc (au niveau du) NCA 81.9
 - - localisation précisée NCA 81.8
- Diminution d'activité 28.1
 - appétit 25.0
 - libido 25.3
- Diplopie 57.3
- Discours asocial 37.6
 - idiosyncratique 38.0
 - inapproprié NCA 38.1
- Dispositif électromécanique assurant la survie 94.0
- Dissociation de la personnalité 23.30
- Doigts rétractés 84.2-
 - surnuméraires 85.6-
- Douleur
 - abdomen 62.3
 - cou 96.3
 - dos 96.3
 - face 95.3
 - généralisée 94.2
 - membre inférieur NCA 98.3
 - - - à l'effort 61.5
 - membre supérieur NCA 97.4
 - - - à l'effort 97.3
 - œil 58.7
 - oreille 49.3
 - rectum 62.8
 - tête NCA 95.4
 - thorax NCA 61.4
 - - à l'effort 61.3
 - tronc (région du) NCA 96.4
- Drogue (consommation) 25.6
 - dépendance 25.6

- Drop-attack. *Voir* Dérobement
 Duplications NCA
 – membres (tissus) 85.6-
 – – (os des) 85.5-
 – viscères 66.3
 Dysarthrie NCA 31.1
 – sévère 35.3
 Dysfonctionnement de la mâchoire NCA 70.15
 Dyskinésie 70.54
 Dyslexie NCA 31.1
 – sévère 31.0
 Disménorrhée 64.5
 Dyspareunie 64.3
 Dysphasie NCA 30.3
 – sévère 30.2
 Dyspnée 61.0
 Dystonie 70.54
 Dysurie 63.7

E

- Éclats de colère 26.5
 Écoulement
 – auriculaire 49.2
 – génito-urinaire 67.3
 – nasal 69.3
 – oculaire 58.0
 – urétral 67.3
 – vaginal 67.3
 Écriture en miroir 34.4
 Ectromélie. *Voir* Amputation longitudinale
 Éjaculation précoce 25.41
 Éléments sumuméraires. *Voir* Sumuméraires
 Élocution anormalement lente 38.3
 – indistincte 35.5
 Émoussement des affects 26.2
 Engèlures (membre inférieur, supérieur) 87.3-
 Engourdissement des membres NCA 98.6
 – – inférieurs 98.6
 – – supérieurs 97.7
 – tête 95.7
 – tronc 96.7
 Énurésie nocturne 22.4
 Épilepsie NCA 21.5
 – fréquence des crises de moins d'une par
 mois 21.3
 – – une par jour (ou plus) 21.0
 – – – – mois (ou plus) 21.2
 – – – – semaine (ou plus) 21.1
 – psychomotrice 21.4
 Epistaxis 69.3
 Éructations 62.2
 Esprit faible 13.0
 État confusionnel 20.4
 – crépusculaire 20.3
 – dissociatif 20.5
 – hallucinatoire (oniroïde, rêve éveillé) 23.27
 – hypnotique 20.6

F

- Face
 – expression inappropriée 33.2
 – maniérismes 70.22
 – mouvements involontaires 70.21
 – paralysie 70.20
 Faible d'esprit 13.0
 Faiblesse générale NCA 94.5
 – des membres. *Voir* catégories 73.0-73.9 avec
 4^e chiffre : 6
 Fatigabilité 28.5
 Fatigue générale NCA 94.6
 – membres. *Voir* catégories 73.0-73.9, avec
 4^e chiffre : 7
 – oculaire 58.7
 Fausse interprétation 19.4
 – perception 23.29
 – – type précisé, NCA 23.28
 Fièvre 94.3
 Fixation de l'attention 24.3
 – de membre NCA. *Voir* catégories 71.0-71.7
 avec 4^e chiffre : 1
 – – bilatérale. *Voir* catégories 71.0-71.7 avec
 4^e chiffre : 0
 Flatulence 62.2
 Fournillements. *Voir* Engourdissement
 Fragilité du squelette 92.1
 Frigidité 25.42
 Froid (états de). *Voir* Température
 Fugue 21.7

G

- Gangrène de membres NCA 99.3
 – – inférieur 99.2
 – – supérieur 99.1

Gargouille (aspect de) 82.8
 Gastrostomie 88.1
 Gigantisme 70.61
 Gonflement
 - membres (inférieur, supérieur) NCA 86.6-
 - - complet 86.5-
 - tête (une partie de la) 82.1
 - tissus des membres (inférieur, supérieur) 86.4-
 - tronc 83.1
 Grand mal 21.5
 - Voir aussi Épilepsie
 Grande taille (anormale) 70.61
 Grossesse 99.0

H

Hallucination NCA 23.25
 - auditive 23.21
 - gustative 23.24
 - olfactive 23.23
 - tactile 23.22
 - visuelle 23.20
 Hémianopsie 56.7
 Hémiballisme 74.50
 Hémimélie. Voir Amputation longitudinale
 Hémiparésie spastique 72.2
 Hémiplégie spastique NCA 72.1
 - avec atteinte de la parole 72.0
 - côté dominant 72.0
 Hémoptysie 61.8
 Hémorragie interne 66.1
 - rectale 62.8
 - tendances à l' 92.0
 - vaginale 64.6
 Hémorroïdes 62.8
 Hermaphrodisme 64.4
 Hoquet 62.2
 Hostilité 29.7
 Humeur (déficience) NCA 26.9
 - - précisée NCA 26.88
 - instabilité 26.6
 - sautes fréquentes 26.6
 Humour inapproprié 38.2
 Hydrocéphalie 81.1
 Hyperactivité NCA 28.4
 Hyperkinésie chez les enfants 28.3
 Hypermotilité gastro-intestinale 62.7
 Hyperphagie 25.1
 Hypersensibilité au bruit 23.03
 Hypersomnie 22.2
 Hypertrophie mammaire 67.1
 Hypnotique (état) 20.6
 Hypochondrie 29.3
 Hypomanie 26.4
 Hypoplasie NCA 85.3-
 - musculotendineuse 85.1-

- neurovasculaire 85.2-
 - peau et ongles 85.0-
 Hypospadias 67.6

I

Idées obsessionnelles 17.6
 Idiotisme 10
 Iléostomie 88.2
 Illusion(s) NCA 23.14
 - acoustiques 23.11
 - composites 23.15
 - kinesthésiques 23.13
 - mnésiques 16.1
 - optiques 23.10
 - sensorielle précisée, NCA 23.14
 - tactiles 23.12
 Imbécillité 12
 Imitation (sons) 32.0
 Immaturité émotionnelle 26.4
 Immobilité de la face 28.1
 Impotence 25.40
 Impossibilité de poursuivre un but 25.80
 Impulsions 27.6
 Inattention 24.5
 Incohérence NCA 37.5
 - processus de pensée 17.8
 Incongruité de l'affect 26.7
 Inconscience 20.0
 Incontinence
 - fécale NCA 62.9
 - - fréquence supérieure à une fois par semaine 91.6
 - - - 24 heures 91.5
 - mixte NCA 91.4
 - - chaque nuit et chaque jour 91.2
 - - fréquence supérieure à une fois par nuit et une fois par jour 91.1
 - - - semaine, de nuit et de jour 91.3
 - sévère NCA 91.9
 - - précisée NCA 91.8
 - - susceptible d'être contrôlée par des dispositifs 91.0
 - urinaire NCA 63.7
 - - d'effort 63.6
 - - extra-urétrale 88.6
 - - fréquence supérieure à une fois par 24 heures 91.7
 - - miction impérieuse 63.5
 - - réflexe 63.3
 - - regorgement 63.4
 Indécision 29.5
 Infécondité 64.2
 Infection auriculaire NCA 49.4
 - oculaire NCA 58.1
 - peau. Voir Changements de couleur
 Insensibilité cornéenne 58.2
 - à la douleur 92.5

Insuffisance rénale 63.1
Intolérance alimentaire 62.0
– au gluten 93.2

J

Jalousie (délire de) 18.4
Jamais vu (impression de) 23.31

L

Labilité émotionnelle 26.6
Laideur prononcée 82.8
Larmolements 58.0
Larynx artificiel 35.0
– déficient 35.10
Lecture (difficulté de) 34.2
Lenteur de la marche 28.0
– parole 28.0
– pensée 17.2
Libido (diminution de la) 25.3
Loquacité exagérée 28.4
Lordose 70.50
Lumbago 96.3
Lymphœdème du membre (inférieur, supérieur)
86.5-

M

Mâchoire (déficience de la)
– inférieure 80.2
– – agénésie 70.13
– supérieure 80.1
Macropsie 23.4
Maigreur 70.63
Main en miroir 85.6-
Mal de dent 68.3
– de tête 95.4
Malformation congénitale de membre NCA 85.9-
– – – précisée NCA 85.8-
Malnutrition 93.4
Malocclusion 70.11
Maniérisme d'attitude 70.55
– face 70.22
Manque de
– attention 24.5
– coopération 29.7
– coordination NCA. Voir catégories 74.0-74.9
avec 4^e chiffre : 5
– – complète. Voir catégories 74.0-74.9 avec
4^e chiffre : 4

– humour 38.2
– initiative 27.0
– souffle 61.0
Marmonnements 35.5
Mauvaise articulation (parole) 35.5
Membres fantômes (syndrome des) 23.32
– Voir aussi Amputation, Ankylose, Déficience,
Difficulté, Gangrène, Mouvement, Paralysie

Mémoire

– déficiente NCA 16.8
– – chiffres 15.6
– – éléments non précisés 16.9
– – événements anciens 15.1
– – – antérieurs à un événement précis 15.0
– – – récents 15.2
– – formes 15.4
– – mots 15.5
– (illusions de la) 16.1

Ménorragies 64.6

Méromélie. Voir Amputation

Métrorragies 64.6

Microcéphalie 81.1

Micromélie. Voir Amputation

Micropsie 23.4

Mictions fréquentes 63.2

Migraine 95.4

Mouvements anormaux, idiosyncratiques, répétitifs, de :

– – face 70.22
– – langage du corps 33.3
– – membres. Voir catégories 74.0-74.9 avec
4^e chiffre : 3
– – – complets. Voir catégories 74.0-74.9 avec
4^e chiffre : 2
– – posture 70.55
– – tête 70.31
– catatoniques 33.3
– involontaires :
– – corps 70.54
– – face 70.21
– – membre. Voir catégories 74.0-74.9 avec
4^e chiffre : 3
– – – complet. Voir catégories 74.0-74.9 avec
4^e chiffre : 2
– masticatoires 70.21
Mucus rectal 62.8
Murmures cardiaques 61.2
Mutisme 30.0
– akinétique 20.7
– muti-surdité 40

N

Nanisme 70.60
Narcolepsie 22.3
Nausées 62.0
Négligisme 27.3
Nez (défaut du) 80.6

Nystagmus 57.4

○

Obscurcissement de la conscience 20.1
 Obésité 70.64
 Obsessionnelles (idées) 17.6
 - traits 29.5
 Obstruction
 - gastrique 60.1
 - intestinale 60.2
 - nasale 69.4
 - œsophagienne 60.1
 - trachéobronchique 60.0
 - tubaire 66.5
 - urinaire 63.4
 (Edème, membre (inférieur, supérieur) 86.6-
 Oligophrénie. *Voir* Retard mental
 Orifice anormal NCA 88.9
 - - précisée NCA 88.8
 - artificiel NCA 88.7
 Orthopnée 61.0
 Otorrhée 49.2
 Oublis 16.4

P

Palpitations 61.6
 Panique (crise de) 26.01
 Pantomime 33.3
 Para-amnésie 16.1
 Paralysie
 - diaphragmatique 60.4
 - faciale 70.20
 - laryngée 35.6
 - membre(s) NCA 73.9
 - - associations précisées NCA 73.8-
 - - flasque (partielle) NCA. *Voir* catégories
 73.0-73.9 avec 4^e chiffre : 5
 - - - complète. *Voir* catégories 73.0-73.9 avec
 4^e chiffre : 4
 - - - totale NCA. *Voir* catégories 73.0-73.9
 avec 4^e chiffre : 3
 - - - - complète. *Voir* catégories 73.0-73.9
 avec 4^e chiffre : 2
 - - - inférieur NCA 73.4-
 - - - (des deux) 73.3-
 - - - et supérieur, même côté 73.5-
 - - - spastique NCA 73.91
 - - - complète 73.90
 - - - inférieur NCA 73.41
 - - - - complète 73.40
 - - - - (des deux) 72.4
 - - - - - complète 72.3
 - - - - et supérieur, même côté 72.2

- - - - - complète 72.1
 - - - - - avec atteinte de la parole 72.0
 - - - - - plus d'un membre NCA 72.9
 - - - - - association précisée NCA 72.8
 - - - - - quatre membres NCA 72.7
 - - - - - complète 72.6
 - - - - - supérieur 73.21
 - - - - - complète 73.20
 - - - - - côté dominant NCA 73.11
 - - - - - complète 73.10
 - - - - - des deux NCA 73.01
 - - - - - complète 73.00
 - - - - - et inférieur, même côté 72.2
 - - - - - complète 72.1
 - - - - - - avec atteinte de la parole 72.0
 - - - - - trois membres 72.5
 - - - supérieur NCA 73.2-
 - - - côté dominant 73.1-
 - - - (des deux) 73.0-
 - - - et inférieur, même côté 73.5-
 - - - quatre membres 73.7-
 - - - trois membres 73.6-
 Paraparésie spastique 72.4
 Paraplégie spastique 72.3
 Paresthésie. *Voir* Engourdissement
 Parole indistincte 35.5
 - réduction 38.4
 - *Voir aussi* Discours et Élocution
 Pauvreté du contenu de la parole 38.5
 - - pensée 18.0
 Pensée circonstanciée 17.5.
 - *Voir aussi* Déficience de la pensée
 Perception
 - atténuation
 - - globale 23.00
 - - modalités spécifiques 23.01
 - - sélective 23.01
 - exagération globale 23.02
 - - sélective 23.03
 - fausse NCA 28.29
 - précisée NCA 23.28
 Péromélie. *Voir* Amputation transversale
 Perplexité 29.81
 Persévération 17.4
 Perte(s)
 - acquisitions 14.3
 - appétit 25.0
 - capacité de distinguer les fantasmes de la
 réalité 23.5
 - intérêt 27.1
 - libido 25.3
 - mémoire 16.4
 - - *Voir aussi* Amnésie
 - menstruelles excessives 64.6
 - mouvement d'un membre NCA. *Voir* catégo-
 riques 71.0-71.7 avec 4^e chiffre : 7
 - - bilatérale. *Voir* catégories 71.0-71.7 avec
 4^e chiffre : 6

- Perte(s)
- mouvement d'un membre
 - - totale NCA. Voir catégories 71.0-71.7 avec 4^e chiffre : 1
 - - - bilatérale. Voir catégories 71.0-71.7 avec 4^e chiffre : 0
 - ouïe. Voir Déficience, Audition
 - poids 93.5
 - vision NCA 55.9
 - - transitoire 57.7
 - - Voir aussi Déficience de la vision ou visuelle
 - voix, totale 35.2
- Petit mal 21.5
- - Voir aussi Épilepsie
- Petite taille 70.60
- Phobie NCA 29.6
- Phocomélie. Voir Amputation longitudinale
- Pigmentation de la peau membres inférieur, supérieur 87.0-
- tête 82.2
 - tronc 83.2
- Pilosité (anomalies de la) NCA 82.5
- Pilule contraceptive (utilisation) 64.0
- Plaisir (absence de) 26.1
- Poids (perte) 93.5
- prise 93.6
- Polydactylisme 85.6-
- Polydipsie 93.7
- Polyurie 63.2
- Port de verres correcteurs permettant une vision normale ou presque normale 57.0
- Post-vasectomie 64.0
- Posture inappropriée (orientation, position) 33.3
- Prognatisme 70.12
- Prolapsus utérin 67.4
- Prostatisme 63.4
- Prothèse dentaire 68.0
- Prurit généralisé 94.4
- Pseudohallucination 23.26
- Ptose de la paupière 58.5
- Pulsation (sensation de) dans la tête 95.5
- Pyrexie 94.3
- - par déficience mécanique. Voir catégories 71.0-71.7 avec 4^e chiffre : 7
 - - - bilatérale. Voir catégories 71.0-71.7 avec 4^e chiffre : 6
- Ralentissement. Voir Lenteur
- Recherche de la solitude 29.85
- Réduction des
- capacités de récupération due à l'âge 92.7
 - expressions faciales 33.2
 - mouvements des membres NCA. Voir catégories 71.0-71.7 avec 4^e chiffre : 7
 - - - bilatérale. Voir catégories 71.0-71.7 avec 4^e chiffre : 6
 - - volontaires 28.1
- Régime alimentaire
- intolérance alimentaire 93.2
 - restriction alimentaire 93.3
- Regorgement (incontinence par) 63.4
- Régurgitation 62.1
- Repli sur soi 29.1
- Respirateur artificiel 94.0
- Respiration sifflante 61.1
- Restriction alimentaire 93.3
- Retard dans la compréhension et l'utilisation du langage en réponse aux stimuli :
- - auditifs 34.0
 - - visuels 34.1
 - mental NCA 13.9
 - - léger 13.0
 - - moyen 12
 - - précisé NCA 13.8
 - - profond 10
 - - sévère 11
- Rétrécissement du champ de la conscience 20.2
- Réveil prématuré 22.1
- Rhinorrhée 69.3
- Rites (rituels) 27.5
- Rougisement. Voir Changement de couleur

Q

- QI inférieur à 20, 10
- 20 à 34, 11
 - 35 à 49, 12
 - 50 à 70, 13.0

R

- Rage de dent 68.3
- Raideur des membres NCA. Voir catégories 74.0-74.9 avec 4^e chiffre : 1
- - complète. Voir catégories 74.0-74.9 avec 4^e chiffre : 0

S

- Saignement. Voir Hémorragies
- Sauts d'humeur fréquentes 26.6
- Scoliose 70.50
- Scorbut 92.6
- Sécheresse de bouche 68.4
- œil 58.3
- Sécrétion lacrymale excessive 58.0
- Sénilité 27.2
- Sensation
- brûlure ou piqure (membre inférieur) 98.8
 - pénible (membre inférieur) NCA 98.4
 - - membre supérieur 97.5
 - - tête 95.4

- Sensation
 - pénible
 - - tronc 96.5
 Sensibilité excessive 29.2
 - lumière 57.8
 Sentiment de
 - culpabilité 26.83
 - déjà vécu 23.31
 - déjà vu 23.31
 - immobilité du temps 23.4
 - jamais vu 23.31
 Situs inversus 66.2
 Solitude (recherche de la) 29.85
 Sommeil excessif 22.2
 Somnambulisme 22.5
 Somniloquie 22.5
 Somnolence 22.7
 Sonde à demeure 88.5
 Souffle cardiaque 61.2
 - court 61.0
 Soumission 27.2
 Spasme membre inférieur 98.8
 - - supérieur 97.8
 Squelette (fragilité du) 92.1
 Stature. *Voir* Taille
 Stéréoagnosie du membre inférieur 98.1
 - - - non précisée 98.1
 - - supérieur 97.1
 Stéréotypies de la face 70.22
 - posture 70.55
 Stérilité 64.1
 Stimulateur cardiaque in situ 94.0
 Strabisme 57.3
 Stridor 61.1
 Stupeur 20.0
 Surdi-mutité 40
 Surdité bilatérale 41.9
 - psychogène 43.9
 - une seule oreille 44.9
 - *Voir aussi* Déficience de l'audition
 Sumuméraires (doigts) 85.6-
 - éléments au niveau de :
 - - membre (inférieur, supérieur) 86.7-
 - - tête 81.2
 - - tronc 83.7
 - - viscères 66.3
 Susceptibilité 29.0
 - anormale aux chutes 48.5
 - - escarres 92.3
 - - fractures NCA 92.2
 - - traumatismes 92.9
 - - - précisée NCA 92.8
 - des tissus NCA 92.6
 Syncope 21.6
 Syndactylie simple 84.4
 - squelettale 84.6-
 - tissus mous 84.5-
 Syndrome
 - d'Apert 84.6-
 - de chasse 62.7
 - épau-le-main 71.80
 - transitionnel 20.1
 Synéchie 84.5-
 Synostose 84.1-
- T
- Tachycardie 61.6
 Taille anormalement grande 70.61
 - - petite 70.60
 Température (changement de) de membre NCA 98.2
 - - - inférieur 98.2
 - - - supérieur 97.2
 - - tête 95.2
 - - tronc 96.2
 Tentative constante de contrôle des affects 26.81
 Testicule non descendu 67.5
 Tête (se cogner la) 29.82
 - *Voir* au type de déficience
 Tétraparésie spastique 72.7
 Tétraplégie spastique 72.6
 Théâtralisme 29.80
 Thorax (bruits dans le) 61.2
 - défaut NCA 81.5
 - en entonnoir 81.8
 Tics 70.21
 Timidité excessive 29.2
 Tissus mous (défaut des) au niveau des membres (inférieur, supérieur) NCA 86.3
 - - - - complet 86.2
 - tête NCA 82.0
 - tronc NCA 83.0
 Torticolis 70.40
 Toux 61.7
 Trachéotomie 88.0
 Traits obsessionnels 29.5
 Trances 20.6
 Transplantation rénale 65.60
 Transposition de viscères 66.2
 Tremblement NCA 74.92
 - des membres. *Voir* catégories 74.0-74.9 avec 4^e chiffre : 2
 Trouble
 - attention NCA 24.9
 - - durée 24.2
 - - intensité 24.0
 - - mobilité 24.3
 - central de la fonction visuelle NCA 31.2
 - - - et incapacité à communiquer 31.0
 - - - et parole, avec déficience sévère de la communication 30.1
 - circulatoire au niveau de la peau d'un membre (inférieur, supérieur) 87.3-
 - coagulation 92.0
 - conscience
 - - du corps NCA 23.39
 - - - type précisé, NCA 23.38
 - - intermittent 21.4
 - émotionnel NCA 26.9

Trouble

- expression faciale NCA 70.23
- image du corps 23.32
- menstruel NCA 64.8
- perception NCA 23.19
- - espace 23.4
- - image du corps 23.32
- - temps 23.4
- - *Voir aussi* Perception
- personnalité 29.9
- respiratoire 61.1
- rythme cardiaque 61.6
- sensibilité profonde (membre inférieur) 98.1
- - - supérieur 97.1
- sexuel(le)
- - (acte) (sans trouble de la libido) NCA 25.49
- - - précisé, NCA 25.48
- - (fonction) (sans trouble de la libido) NCA 25.49
- - - précisé, NCA 25.48
- sudation au niveau du membre (inférieur, supérieur) 87.4
- - tête 95.1
- - tronc 96.1
- valvules cardiaques (lésion acquise) 65.22
- Trous de mémoire 24.4
- Tumeur de membre (inférieur, supérieur) 86.4-
- tête 82.1
- tronc 83.1

U

Urétrite 67.3

V

- Vaginite 67.3
- Varices 87.3
- Varicosités 87.3
- Vasectomie (post) 64.0
- Verres correcteurs permettant une vision normale ou presque normale 57.0
- Vertèbres (déficience des) 70.51
- Vessie automatique 63.3
- Violence 29.7
- Viscères surnuméraires 66.3
- Vision basse NCA 53.9
- - des deux yeux 53.8
- - d'un œil, autre œil aveugle 52.9
- trouble 58.7
- en tunnel 56.6
- *Voir aussi* Déficience de la vision ou visuelle
- Voix anormalement calme 36.3
- éraillée 36.6
- essoufflée 36.6
- haletante 36.6
- inexpressive 36.1
- plate 36.1
- sans expression 36.1
- substitution (de) 35.0
- Vomissements 62.1
- Vue en tunnel 56.6
- trouble 58.7
- - *Voir aussi* Déficience de la vision ou visuelle
- Vulnérabilité excessive 29.2

Classification des incapacités

Liste à deux chiffres des catégories d'incapacités

1. Incapacités concernant le comportement
2. Incapacités concernant la communication
3. Incapacités concernant les soins corporels
4. Incapacités concernant la locomotion
5. Incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches
6. Maladresses
7. Incapacités révélées par certaines situations
8. Incapacités concernant des aptitudes particulières
9. Autres restrictions d'activités

Classements supplémentaires des incapacités

Indications pour le codage

Classification des incapacités

Définition. Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon, ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain.

Caractéristiques. L'incapacité est caractérisée par une perturbation, par excès ou défaut, dans l'accomplissement d'une activité ou d'un comportement. Ces troubles peuvent être temporaires ou permanents, réversibles ou irréversibles, progressifs ou régressifs. Les incapacités peuvent être, soit la conséquence directe de déficiences, soit une réponse de l'individu, en particulier au niveau psychologique, à une déficience physique, sensorielle ou autre. L'incapacité représente l'objectivation d'une déficience, et, comme telle, reflète les perturbations au niveau de la personne elle-même.

L'incapacité concerne les capacités prises dans le sens des activités et comportements composites généralement considérés comme des éléments essentiels de la vie quotidienne. Cela comprend par exemple des perturbations du comportement, des soins corporels (comme le contrôle de l'excrétion et la capacité de se laver et de se nourrir soi-même), de l'accomplissement des autres activités de la vie quotidienne et de la locomotion (comme la capacité de marcher).

**Liste à deux chiffres
des catégories d'incapacités**

1. Incapacités concernant le comportement

Incapacités concernant la conscience (10-16)

- 10. Incapacité concernant la conscience de soi
- 11. Incapacité en rapport avec l'orientation dans le temps et l'espace
- 12. Autre incapacité concernant l'identification
- 13. Incapacité concernant la sécurité personnelle
- 14. Incapacité concernant le comportement en situation
- 15. Incapacité concernant l'acquisition des connaissances
- 16. Autre incapacité concernant l'éducation

Incapacités concernant les relations (17-19)

- 17. Incapacité concernant les rôles familiaux
- 18. Incapacité concernant les occupations
- 19. Autre incapacité concernant le comportement

2. Incapacités concernant la communication

Incapacités concernant la communication orale (20-22)

- 20. Incapacité concernant la compréhension du langage
- 21. Incapacité concernant la parole
- 22. Autre incapacité concernant la compréhension du langage

Incapacités concernant l'écoute (23-24)

- 23. Incapacité d'écouter quelqu'un parler
- 24. Autre incapacité concernant l'écoute

Incapacités concernant la vision (25-27)

- 25. Incapacité concernant la vision des grandes formes
- 26. Incapacité concernant la vision fine
- 27. Autre incapacité concernant la vision et les activités qui en dépendent

Autres incapacités concernant la communication (28-29)

- 28. Incapacité concernant l'écriture
- 29. Autre incapacité concernant la communication

3. Incapacités concernant les soins corporels

Incapacités concernant les fonctions excrétrices (30-32)

- 30. Contrôle des troubles de l'excrétion
- 31. Trouble non contrôlé de la fonction excrétrice
- 32. Autre incapacité concernant l'excrétion

Incapacités concernant l'hygiène corporelle (33-34)

- 33. Incapacité concernant la toilette complète
- 34. Autre incapacité concernant l'hygiène corporelle

Incapacités concernant l'habillement (35-36)

- 35. Incapacité de mettre ses vêtements
- 36. Autre incapacité concernant l'habillement

Incapacités concernant la nutrition et les autres soins corporels (37-39)

- 37. Incapacité concernant les gestes qui précèdent l'absorption de nourriture
- 38. Autre incapacité concernant l'ingestion des repas
- 39. Autre incapacité concernant les soins personnels

4. Incapacités concernant la locomotion*Incapacités concernant les différents types de marche (40-45)*

- 40. Incapacité de marcher
- 41. Incapacité de franchir les obstacles
- 42. Incapacité de monter les escaliers
- 43. Autre incapacité d'ascension
- 44. Incapacité de courir
- 45. Autre incapacité concernant les différents types de marche

Incapacités entraînant une restriction dans les déplacements (46-47)

- 46. Incapacité de changer de position 162
- 47. Incapacité concernant les transports

Autres incapacités concernant la locomotion (48-49)

- 48. Incapacité de soulever les objets
- 49. Autre incapacité locomotrice

5. Incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches*Incapacités concernant les tâches domestiques (50-51)*

- 50. Incapacité concernant les moyens de subsistance
- 51. Incapacité concernant les activités domestiques

Incapacités concernant les mouvements du corps (52-57)

- 52. Incapacité de ramasser les objets
- 53. Incapacité d'atteindre des objets
- 54. Autre incapacité concernant le fonctionnement du membre supérieur
- 55. Incapacité de s'agenouiller
- 56. Incapacité de s'accroupir
- 57. Autre incapacité concernant les mouvements du corps

Autres incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches (58-59)

- 58. Incapacité concernant la posture
- 59. Autre incapacité concernant l'utilisation du corps

6. Maladresse

Incapacités concernant les activités quotidiennes (60-61)

- 60. Incapacité d'agir sur l'environnement que constitue l'habitation
- 61. Autre incapacité concernant les activités quotidiennes

Incapacités concernant les activités manuelles (62-66)

- 62. Incapacité concernant le doigté
- 63. Incapacité concernant la préhension
- 64. Incapacité de maintenir un objet
- 65. Incapacité liée à la latéralité
- 66. Autre incapacité concernant l'activité manuelle

Autres types de maladresse (67-69)

- 67. Incapacité concernant le contrôle des mouvements des pieds
- 68. Autre incapacité concernant le contrôle du corps
- 69. Autre type de maladresse

7. Incapacités révélées par certaines situations

Incapacités concernant la dépendance et la résistance physique (70-71)

- 70. Dépendance vis-à-vis de certaines circonstances
- 71. Incapacité concernant la résistance physique

Incapacités liées à l'environnement physique (72-77)

- 72. Incapacité liée à l'intolérance à la température
- 73. Incapacité liée à l'intolérance à d'autres caractéristiques climatiques
- 74. Incapacité liée à l'intolérance au bruit
- 75. Incapacité liée à l'intolérance à la lumière artificielle
- 76. Incapacité liée à l'intolérance aux contraintes du travail
- 77. Incapacité concernant l'intolérance à d'autres facteurs de l'environnement physique

Autres incapacités révélées par certaines situations (78)

- 78. Autre incapacité révélée par certaines situations

8. Incapacités concernant des aptitudes particulières

9. Autres restrictions d'activité

1. Incapacités concernant le comportement

Concernent la conscience de soi et la capacité de se conduire normalement dans les activités quotidiennes et dans les rapports avec les autres, ainsi que la capacité d'apprentissage.

EXCLUT : incapacités concernant la communication (2).

Incapacités concernant la conscience (10-16)

La conscience se réfère à l'idée de connaissance.

10. Incapacité concernant la conscience de soi

COMPREND : difficulté à construire ou à maintenir une représentation de l'identité du corps ou du moi de l'individu (image du corps) ainsi que sa continuité dans le temps ; et trouble du comportement résultant du conflit au niveau de la conscience ou du sens de l'identité, ou confusion (interprétation inappropriée, et réponse à des événements extérieurs, qui s'exprime par une agitation, une absence de repos et du tapage).

10.0. *Incapacité transitoire concernant la conscience de soi*

10.1 *Incapacité concernant l'orientation de l'image du corps*

COMPREND : perturbation de la représentation mentale du corps de l'individu, telle que l'incapacité de latéraliser, membres fantômes et autres phénomènes du même type.

10.2. *Manque d'hygiène personnelle*

COMPREND : négliger de se raser, ou mauvais état de la chevelure, ou vêtements sales.

10.3. *Autre trouble de l'apparence*

COMPREND : habillement ou maquillage négligé, aspect bizarre (tel que des vêtements ou ornements spéciaux ayant une signification idiosyncratique, qui peuvent être en rapport avec des idées délirantes), ou de très mauvais goût, ou aspect manifestement démodé.

10.4. *Autre perturbation de la présentation*

COMPREND : difficulté à présenter une image favorable dans certaines situations sociales, telle que l'inobservance de coutumes exprimant l'intérêt porté à autrui (par exemple compliments, vœux de départ, remerciements, excuses et réci-

proxité de ces vœux) et absence de « personnalité » (par exemple absence totale d'originalité ou comportement d'une conformité exagérée).

EXCLUT : comportement qui est volontairement non conventionnel (ce qui n'est pas une incapacité).

10.8 *Autre*

10.9 *Non précisée*

11. Incapacité en rapport avec l'orientation dans le temps et l'espace

COMPREND : perturbation de la capacité de localiser correctement les objets extérieurs, les événements et de se situer soi-même dans le temps et dans l'espace.

11.0. *Incapacité temporaire d'orientation dans le temps et dans l'espace*

11.8. *Autre*

11.9. *Non précisée*

12. Autre incapacité concernant l'identification

COMPREND : difficulté à identifier correctement les personnes et les objets.

12.0. *Incapacité temporaire d'identifier les personnes et les objets*

12.1. *Conduite en contradiction avec le contexte*

Conduite adaptée de façon générale mais inappropriée par rapport à l'espace, au temps, ou à la phase de développement (à l'âge) de l'individu.

COMPREND : choc culturel (chez les immigrants) changement d'identité (par exemple travestissement, ou se faire passer pour quelqu'un d'autre, comme un noir qui se fait passer pour un blanc), se faire passer pour un faible d'esprit, transgresser les tabous.

12.8. *Autre*

12.9. *Non précisée*

13. Incapacité concernant la sécurité personnelle

COMPREND : difficulté à éviter les événements mettant le corps en danger, soit par auto-destruction, soit par incapacité à se protéger d'un danger extérieur.

13.0. *Tendances auto-destructrices*

COMPREND : risque de suicide et automutilation.

13.1. *Incapacité d'assurer sa propre sécurité dans des situations particulières*

COMPREND : être en danger dans des situations particulières, par exemple celles en rapport avec les voyages et les transports, l'emploi et les loisirs, y compris les sports.

EXCLUT : incapacité de remplir son rôle dans le travail (18).

13.2. *Conduite potentiellement dangereuse pour l'individu lui-même*

COMPREND : laisser le gaz ouvert ou les feux allumés.

13.3. *Autre type de conduite irresponsable*

COMPREND : jeter des allumettes allumées sur le tapis.

13.4. *Se perdre*

13.5. *Vagabondage*

COMPREND : être vêtu de façon inappropriée.

13.8. *Autre*

13.9. *Non précisée*

14. **Incapacité concernant le comportement en situation**

COMPREND : perturbation de la capacité d'enregistrer et de comprendre les relations entre les objets et les personnes dans des situations de la vie quotidienne.

EXCLUT : incapacité d'assurer sa propre sécurité dans des situations particulières.

14.0. *Incapacité de comprendre la situation*

COMPREND : perturbation de la capacité de percevoir, d'enregistrer ou de comprendre les relations entre les objets et les personnes.

14.1. *Incapacité d'interpréter la situation*

COMPREND : fausses interprétations des relations entre des choses et des personnes, et de leur signification.

14.2. *Incapacité de faire face à une situation*

COMPREND : perturbation de la capacité d'accomplir des activités dans certaines situations, par exemple hors de l'habitation, ou en présence de certains animaux, etc.

EXCLUT : incapacité de réagir en situation de crise (18.6).

14.8. *Autre*

14.9. *Non précisée*

15. Incapacité concernant l'acquisition des connaissances

COMPREND : perturbation générale de la capacité d'apprendre, pouvant résulter de déficiences de l'intellect, ou de la capacité d'acquérir de nouvelles aptitudes.

16. Autre incapacité concernant l'éducation

COMPREND : autre incapacité à bénéficier de l'éducation due à un trouble des capacités individuelles d'acquérir, de traiter et de stocker des informations nouvelles.

EXCLUT : incapacités provenant de troubles de la communication (2) ou autre (3-7).

16.9. *Non précisée*

COMPREND : ralentissement des fonctions mentales SAI.

Incapacités concernant les relations (17-19)

17. Incapacité concernant les rôles familiaux

17.0 *Incapacité de participer aux activités domestiques*

COMPREND : les activités habituelles telles que prendre des repas ensemble, effectuer les travaux ménagers, sortir ou se rendre visite, jouer, regarder la télévision et la conduite lors de ces activités ; la capacité de prendre des décisions concernant la vie domestique, telles que celles concernant les enfants et l'argent.

17.1. *Incapacité concernant le rôle de partenaire du point de vue affectif*

COMPREND : relation affective avec un partenaire régulier où un conjoint et communication (telles que conversation au sujet des enfants, des nouvelles et des événements ordinaires), capacité de manifester de l'affection et de la chaleur (mais à l'exclusion de l'irritabilité, des éclats de colère acceptés culturellement), et sentiment d'être un soutien pour le partenaire.

17.2. *Autre incapacité concernant le rôle de partenaire*

COMPREND : perturbation des relations sexuelles avec un partenaire régulier (comprenant la fréquence des relations sexuelles et la satisfaction qu'en retire chacun des individus).

17.3. *Incapacité concernant le rôle parental*

COMPREND : la prise en charge et l'accomplissement des tâches correspondant à la position de l'individu dans la famille (tel que, pour les petits enfants, les faire manger, les mettre au lit, les amener à l'école et pour les grands enfants, veiller à satisfaire leurs besoins) et l'intérêt porté aux enfants (comme jouer avec eux, leur faire la lecture et s'intéresser aux problèmes des enfants ou à leur travail scolaire).

17.8. *Autre incapacité concernant le rôle familial*

17.9. *Non précisée*

18. Incapacité concernant les occupations

COMPREND : perturbation de la capacité d'organiser et de participer aux activités routinières en relation avec l'utilisation du temps, mais pas exclusivement dans le travail.

EXCLUT : incapacités révélées par certaines situations (70-79).

18.0. *Incapacité concernant la motivation*

COMPREND : altération de la capacité de travail due à une déficience sévère de l'énergie.

18.1. *Incapacité concernant la coopération*

COMPREND : incapacité de coopérer avec les autres et de faire des compromis dans les relations sociales.

18.2. *Incapacité concernant les routines de travail*

COMPREND : autres aspects de l'accommodation aux routines de travail (comme la présence régulière au travail, la ponctualité et l'observation des règlements).

18.3. *Incapacité concernant l'organisation des routines quotidiennes*

COMPREND : troubles de la capacité de planifier correctement les activités et difficulté à prendre des décisions concernant les affaires quotidiennes.

18.4. *Autre incapacité concernant l'exécution du travail*

COMPREND : autre défaut concernant l'exécution ou le résultat du travail.

18.5. *Incapacité concernant les loisirs*

COMPREND : absence d'intérêt pour les activités de loisirs (telles que regarder la télévision, écouter la radio, lire le journal ou des livres, participer à des jeux et avoir des passe-temps) ou absence d'intérêt pour les événements locaux ou mondiaux (y compris les efforts nécessaires pour obtenir l'information).

18.6. *Incapacité concernant la conduite en situation de crise*

COMPREND : réponses insuffisantes ou inappropriées à certains événements (comme une maladie, un accident ou un autre événement concernant un membre de la famille ou impliquant d'autres personnes), aux urgences (comme un incendie) et à d'autres situations requérant généralement une décision et une action rapide.

18.8. *Autre incapacité concernant les activités sociales*

COMPREND : pour les individus n'ayant pas de travail, leur intérêt à en obtenir ou à en retrouver et les démarches réellement effectuées dans ce but.

EXCLUT : autre incapacité concernant les rôles sociaux (19.2).

18.9. *Non précisée*

19. **Autre incapacité concernant le comportement**

COMPREND : perturbation des relations interpersonnelles en dehors de la maisonnée.

EXCLUT : incapacité concernant les occupations (18).

19.0. *Comportement asocial*

COMPREND : individu gravement inadapté, psychopathe et délinquant.

19.1. *Indifférence aux règles de bienséance*

COMPREND : conduite embarrassante (telle que faire des suggestions d'ordre sexuel ou des avances, ou manquer de retenue en se grattant les organes génitaux, ou en éructant ou émettant des gaz de façon bruyante), irrévérencieuse (telle que chanter, faire des plaisanteries facétieuses et stupides, faire des remarques désinvoltes ou être trop familier), ou théâtrale (telle qu'exprimer des sentiments d'une façon exagérée, dramatique ou théâtrale).

19.2. *Autre incapacité concernant les rôles sociaux*

COMPREND : conduite publique de l'individu comprenant des disputes, de l'arrogance, de la colère, une irritabilité marquée ou autre friction survenant dans une situation sociale en dehors de son propre foyer (par exemple avec des supérieurs, des collègues, des clients si l'individu travaille à l'extérieur ; avec des voisins et d'autres personnes de la communauté si l'individu a un rôle domestique ; avec les enseignants, les autorités académiques et d'autres étudiants si l'individu est étudiant ; avec d'autres membres de l'habitation si l'individu vit en communauté).

EXCLUT : incapacités concernant la conscience de soi (10) et incapacités concernant l'identification (11-12).

19.3. *Autre incapacité concernant la personnalité*

COMPREND : autre exagération ou absence d'un trait de personnalité habituel SAI.

19.4. *Autre trouble grave du comportement*

COMPREND : autre perturbation du comportement (telle que : agressivité, destructivité, suractivité extrême et recherche d'attention) qui entraîne des problèmes dans la conduite de la vie sociale et qui n'est pas classée ailleurs.

19.8. *Autre*

19.9. *Non précisée*

COMPREND : troubles du comportement SAI.

2. Incapacités concernant la communication

Concernent la capacité de l'individu de produire et d'émettre des messages et de recevoir et de comprendre les messages.

Incapacités concernant la communication orale (20-22)

20. Incapacité concernant la compréhension du langage

COMPREND : absence ou réduction de la capacité de comprendre la signification des messages verbaux.

EXCLUT : incapacité due à l'inattention (23) et difficultés dues à une situation précise comme ne pas connaître un dialecte.

21. Incapacité concernant la parole

COMPREND : absence ou restriction de la capacité de produire des messages verbaux audibles et de transmettre le sens du message par la parole.

22. Autre incapacité concernant la compréhension du langage

22.0. *Incapacité de comprendre d'autres messages audibles*

EXCLUT : incapacités concernant l'écoute (23-24)

22.1. *Incapacité d'expression à travers des substituts de langage*

COMPREND : absence ou réduction de la capacité de transmettre l'information par un langage de signes.

22.2. *Autres incapacités liées à des substituts de langage*

COMPREND : absence ou réduction de la capacité de recevoir l'information par un langage de signes.

Incapacités concernant l'écoute (23-24)

23. Incapacité d'écouter quelqu'un parler

COMPREND : absence ou réduction de la capacité de prêter attention à des messages verbaux.

24. Autre incapacité concernant l'écoute

COMPREND : absence ou réduction de la capacité de recevoir d'autres messages audibles.

Incapacités concernant la vision (25-27)

25. Incapacité concernant la vision des grandes formes

COMPREND : absence ou réduction de la capacité d'exécution des tâches nécessitant une vision de loin ou périphérique.

26. Incapacité concernant la vision fine

COMPREND : absence ou réduction de la capacité d'exécuter des tâches nécessitant une acuité visuelle adéquate, comme la lecture, la possibilité de reconnaître les visages, l'écriture et l'agilité visuelle.

27. Autre incapacité concernant la vision et les activités qui en dépendent

EXCLUT : incapacité liée à la tolérance de la luminosité (75).

27.0. Incapacité concernant la vision nocturne

27.1. Incapacité de distinguer les couleurs

27.2. Incapacité de comprendre les messages écrits

COMPREND : absence ou réduction de la capacité de décoder et de comprendre les messages écrits.

27.3. Autre incapacité de lire le langage écrit

COMPREND : difficulté en rapport avec la rapidité ou la patience.

27.4. Incapacité concernant la lecture d'autres systèmes d'écriture

COMPREND : absence ou réduction de la capacité de lire le Braille pour un individu malvoyant qui en avait eu la capacité auparavant ; ou difficulté à apprendre ce système d'écriture pour un individu malvoyant.

27.5. Incapacité de lire sur les lèvres (langage phonomimique)

COMPREND : absence ou réduction de la capacité de lire sur les lèvres pour un individu malentendant qui avait eu cette capacité auparavant ; ou difficulté à acquérir cette aptitude pour un individu malentendant.

27.8. *Autre*

27.9. *Non précisée*

Autres incapacités concernant la communication (28-29)

28. Incapacité concernant l'écriture

COMPREND : absence ou réduction de la capacité de convertir le langage en mots écrits, ou d'exécuter des messages écrits, ou de tracer des signes.

29. Autre incapacité concernant la communication

29.0. *Incapacité concernant la communication symbolique*

COMPREND : absence ou réduction de la capacité de comprendre les signes et symboles associés aux codes conventionnels (par exemple : signaux et feux de circulation et pictogrammes), de lire les cartes, les diagrammes simples et autres représentations schématisées d'objets.

29.1. *Autre incapacité concernant l'expression non verbale*

COMPREND : absence ou réduction de la capacité de transmettre une information par un geste, une expression ou des moyens analogues.

29.2. *Autre incapacité concernant la communication non verbale*

COMPREND : absence ou restriction de la capacité de recevoir une information contenue dans un geste, une expression, ou des moyens analogues.

29.8. *Autre*

29.9. *Non précisée*

COMPREND : incapacité concernant la communication.

3. Incapacités concernant les soins corporels

Concerne la capacité d'un individu de s'occuper de lui-même pour les activités physiologiques de base, comme les fonctions excrétrices et de nutrition et de prendre soin de lui-même pour l'hygiène et l'habillement par exemple.

Incapacités concernant les fonctions excrétrices (30-32)

30. Contrôle de troubles de l'excrétion

Le contrôle concerne la possibilité de modérer les conséquences des troubles de l'excrétion, soit par des appareillages permettant l'adaptation, comme des stimulateurs électriques ou des vêtements de protection, soit par d'autres moyens, de telle façon qu'une existence normale devienne possible.

30.0. *Contrôle par des appareillages*

30.1. *Contrôle par des stimulateurs électriques*

30.2. *Dérivation gastro-intestinale*

COMPREND : iléostomie et colostomie.

EXCLUT : anastomoses chirurgicales entre différents organes (70.5).

30.3. *Sonde urinaire à demeure*

30.4. *Autre dérivation urinaire*

COMPREND : avec un orifice artificiel (telle une cystostomie).

EXCLUT : anastomoses chirurgicales entre différents organes (70.5).

30.5. *Contrôle par des vêtements de protection*

30.8. *Autre moyen de contrôle des troubles de la fonction excrétrice*

30.9. *Non précisée*

31. Trouble non contrôlé de la fonction excrétrice

31.0. *Incontinence mixte sévère*

Fréquence : quotidienne diurne et nocturne

COMPREND : incontinence fécale et incontinence urinaire.

31.1. *Incontinence mixte modérée*

Survenant plus d'une fois par semaine, diurne et nocturne.

31.2. *Autre incontinence mixte*

31.3. *Autre incontinence fécale*

- 31.4. *Autre incontinence urinaire*
- 31.8. *Autre incontinence non contrôlée*
- 31.9. *Non précisée*

32. Autre incapacité concernant l'excrétion

- 32.0. *Difficulté associée à une difficulté de déplacement dans la maison*
Difficulté de l'individu à se rendre aux toilettes et à en revenir.
- 32.1. *Association à des difficultés de déplacement hors du logement*
- 32.2. *Autres difficultés à utiliser les équipements sanitaires*
- 32.8. *Autre incapacité concernant l'excrétion*
- 32.9. *Non précisée*

Incapacité concernant l'hygiène corporelle (33-34)

33. Incapacité concernant la toilette complète

COMPREND : faire une toilette complète, se laver le corps, y compris le dos, et se sécher.

- 33.0. *Incapacité due à une difficulté à se déplacer*
Difficulté de l'individu à entrer dans le bain et en sortir.
- 33.1. *Autre difficulté à prendre un bain*
- 33.2. *Difficulté à prendre une douche*
- 33.8. *Autre incapacité concernant la toilette complète*
- 33.9. *Non précisée*

34. Autre incapacité concernant l'hygiène corporelle

- 34.0. *Toilette du visage*
COMPREND : lavage du cou et des oreilles.
- 34.1. *Lavage des cheveux*
- 34.2. *Soin des mains*
COMPREND : lavage des mains et soin des ongles.
- 34.3. *Soin des pieds*
COMPREND : lavage des pieds et soin des ongles.
- 34.4. *Nettoyage après excrétion des matières ou des urines*
- 34.5. *Hygiène menstruelle*

34.6. *Hygiène dentaire*

34.7. *Hygiène spécifique à chaque sexe*

COMPREND : brossage ou coup de peigne, ou rasage.

34.8. *Autre*

34.9. *Non précisée*

Incapacités concernant l'habillement (35-36)

35. Incapacité de mettre ses vêtements

EXCLUT : chaussures (36.1).

35.0. *Sous-vêtements*

35.1. *Vêtement à passer par le bas*

COMPREND : mettre sa jupe ou son pantalon.

35.2. *Vêtement à passer par les bras et épaules*

COMPREND : mettre sa veste.

35.3. *Vêtement à passer par la tête*

COMPREND : mettre sa blouse, sa chemise ou sa chemise de nuit.

35.4. *Vêtement d'extérieur*

COMPREND : mettre sa combinaison de travail, sa blouse ou son manteau.

35.5. *Attacher les vêtements*

COMPREND : fermer les boutons, les crochets, les fermetures à glissière.

35.8. *Autre*

35.9. *Non précisée*

36. Autre incapacité concernant l'habillement

36.0. *Lingerie*

COMPREND : mettre les chaussettes et les bas.

36.1. *Chaussures*

COMPREND : mettre ses chaussures et serrer les lacets.

36.2. *Gants, mitaines ou moufles*

36.3. *Chapeaux*

36.4. *Maquillage*

36.5. *Autres parures*

36.8. *Autres*

36.9. *Non précisée*

Incapacités concernant la nutrition et les autres soins corporels (37-39)

37. Incapacité concernant les gestes qui précèdent l'absorption de nourriture

37.0. *Servir des boissons*

COMPREND : verser le thé.

37.1. *Tenir son verre ou son bol*

37.2. *Distribuer la nourriture*

COMPREND : servir à manger.

37.3. *Préparer la nourriture*

COMPREND : couper la viande et beurrer le pain.

37.4. *Couverts*

COMPREND : tenir son couteau et autres couverts.

37.8. *Autre*

37.9. *Non précisée*

38. Autre incapacité concernant l'ingestion des repas

38.0. *Boire*

COMPREND : porter les boissons à la bouche et les consommer (par exemple les siroter).

38.1. *Manger*

COMPREND : porter les aliments à la bouche et les ingérer.

38.2. *Mâcher*

COMPREND : mastication.

38.3. *Avaler*

38.4. *Gastrostomie*

38.5. *Manque d'appétit*

38.8. *Autre*

38.9. *Non précisée*

39. Autre incapacité concernant les soins personnels

39.0. *Difficulté pour se coucher*

COMPREND : difficulté à se lever pour aller au lit et incapacité de prendre la décision d'aller au lit.

EXCLUT : incapacité concernant le déplacement.

39.1. *Difficulté étant au lit*

COMPREND : difficulté à manier les draps.

39.8. *Autre*

39.9. *Non précisée*

4. Incapacités concernant la locomotion

Concerne la capacité d'un individu d'exécuter les activités en relation avec le changement de place des objets ou de son propre corps.

EXCLUT : mobilité générale et considérations sur le degré d'amélioration possible par l'assistance (coder dans la classification des désavantages) ainsi que les incapacités dues à un manque de résistance physique (71).

Incapacités concernant les différents types de marche (40-45)

40. Incapacité de marcher

COMPREND : marche en terrain plat.

EXCLUT : négociation des irrégularités du terrain (41-43).

41. Incapacité de franchir les obstacles

COMPREND : négociation des irrégularités du terrain, par exemple le passage d'un niveau à l'autre.

EXCLUT : monter les escaliers (42) et autre type d'ascension (43).

42. Incapacité de monter les escaliers

COMPREND : monter les marches des escaliers et autres obstacles construits, par exemple les échelles.

EXCLUT : passage d'un niveau à l'autre par une seule marche (41).

43. Autre incapacité d'ascension

COMPREND : obstacles naturels.

44. Incapacité de courir

45. Autre incapacité concernant les différents types de marche

Incapacités entraînant une restriction dans les déplacements (46-47)

46. Incapacité de changer de position

EXCLUT : incapacités en rapport avec la fonction excrétrice (32) la toilette (33) et les transports (47).

46.0. *Changement de position à partir de la position couchée*

COMPREND : difficulté à se coucher ou à se lever du lit.

EXCLUT : difficulté à se lever ou à se coucher qui n'est pas due à un problème de déplacement en soi (39.0).

46.1. *Changement à partir de la position assise*

COMPREND : difficulté à se lever d'une chaise ou à s'asseoir.

EXCLUT : difficulté à aller aux toilettes et à en sortir (32), aller dans une voiture ou en sortir (47.0).

46.2. *Déplacement debout*

COMPREND : difficulté dans les déplacements en position debout vers ou à partir du lit, associée à des problèmes de manipulation.

46.3. *Parvenir au lit ou à la chaise*

COMPREND : difficulté à parvenir au lit ou à la chaise.

46.8. *Autre*

46.9. *Non précisée*

47. Incapacité concernant les transports

47.0. *Moyen de transport personnel*

COMPREND : difficulté à entrer ou sortir de sa voiture ou à utiliser d'autres moyens de transport personnel.

47.1. *Autres véhicules*

COMPREND : monter ou descendre des transports en commun.

47.2. *Autre difficulté pour faire ses courses hors du quartier*

COMPREND : inaccessibilité à partir du lieu où l'individu a été transporté (par exemple, si les véhicules ne peuvent pas être garés à proximité des magasins).

EXCLUT : courses dans le quartier (50.0) ou absence de moyens de transport (ce qui est un désavantage).

47.7. Autre incapacité due au transport

47.8. Autre incapacité réduisant les déplacements

47.9. Non précisée

Autres incapacités de locomotion (48-49)

48. Incapacité de soulever les objets

COMPREND : le transport de ces objets.

EXCLUT : difficulté à soulever et à transporter les denrées alimentaires (50).

49. Autre incapacité locomotrice

EXCLUT : incapacité concernant les mouvements du corps (52-57).

5. Incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches

Concernent la capacité pour un individu d'exécuter des activités particulières, nécessitant l'utilisation de certaines parties du corps, y compris les activités dérivées, comme les tâches domestiques.

EXCLUT : maladie (6).

Incapacités concernant les tâches domestiques (50-51)

50. Incapacité concernant les moyens de subsistance

50.0. *Se procurer les moyens de subsistance*

COMPREND : faire ses courses dans le quartier.

EXCLUT : problèmes de transport pour faire ses courses à distance (47).

50.1. *Transport des moyens de subsistance*

COMPREND : faire provision de marchandises en les transportant à la maison (par exemple en portant les courses).

50.2. *Ouverture des différents conditionnements d'aliments*

COMPREND : ouverture des boîtes de conserve et des bouteilles.

50.3. *Préparation de la nourriture*

COMPREND : la couper et la hacher.

50.4. *Mélange des aliments*

COMPREND : les battre.

50.5. *Cuisson des aliments solides*

COMPREND : soulever des casseroles et des poêles et les utiliser pour servir.

50.6. *Cuisson des aliments liquides*

COMPREND : manier et servir à partir de récipients contenant des liquides chauds.

50.7. *Service de la nourriture*

COMPREND : transport des plats.

50.8. *Hygiène alimentaire*

COMPREND : lavage des ustensiles après les repas.

50.9. *Autre et non précisée*

51. Incapacité concernant les activités domestiques

51.0. *Faire les lits*

51.1. *Petite lessive*

COMPREND : linge demandant à être lavé à la main (par exemple petit linge ou linge fragile).

51.2. *Grosse lessive*

COMPREND : lavage des vêtements ou du linge de maison.

51.3. *Séchage du linge*

COMPREND : essorer, étendre et accrocher le linge.

51.4. *Ménage exécuté à la main*

COMPREND : essuyage, dépoussiérage, astiquage et cirage.

51.5. *Ménage exécuté à l'aide d'instruments*

COMPREND : balayage et nettoyage du sol avec un instrument (par exemple avec un aspirateur).

51.6. *Soins à donner aux personnes à charge*

Par exemple : aide aux enfants et autres personnes à charge pour les repas et l'habillage.

51.8. *Autre*

EXCLUT : faire du rangement (61.3) et tendre la main pour atteindre et attraper un objet (53).

51.9. *Non précisée*

Incapacités concernant les mouvements du corps (52-57)

EXCLUT : incapacités classables en activités domestiques (50-51).

52. Incapacité de ramasser les objets

COMPREND : attraper les objets par terre et se courber.

EXCLUT : attraper et porter de petits objets (61.3).

53. Incapacité d'atteindre des objets

COMPREND : tendre la main pour atteindre un objet.

54. Autre incapacité concernant le fonctionnement du membre supérieur

COMPREND : capacité de pousser ou de tirer un objet avec les membres supérieurs.

55. Incapacité de s'agenouiller

56. Incapacité de s'accroupir

COMPREND : se baisser.

57. Autre incapacité concernant les mouvements du corps

Autres incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches (58-59)

58. Incapacité concernant la posture

COMPREND : difficulté à se mettre, et à rester dans certaines positions (par exemple dans les troubles de l'équilibre).

EXCLUT : difficultés liées à un manque de résistance (71).

59. Autre incapacité concernant l'utilisation du corps

COMPREND : autre difficulté à maintenir les relations appropriées entre les différentes parties du corps.

6. Maladresse

Concerne l'adresse et l'aptitude à effectuer des mouvements avec son corps, y compris l'aptitude à effectuer certaines manipulations et la capacité de réguler les mécanismes de contrôle.

EXCLUT : capacité d'écrire ou de tracer des signes (28).

Incapacités concernant les activités quotidiennes (60-61)

- 60. Incapacité d'agir sur l'environnement que constitue l'habitation**
 - 60.0. *Incapacité concernant la sécurité*
 COMPREND : fermeture des loquets et autres moyens de fermeture (comme les poignées de portes) et utilisation des clefs.
 - 60.1. *Incapacité concernant l'accès à un lieu*
 COMPREND : ouverture et fermeture des portes.
 - 60.2. *Feu*
 COMPREND : allumer un feu ou craquer des allumettes.
 - 60.3. *Accessoires domestiques*
 COMPREND : utilisation des robinets, pompes, commutateurs et prises électriques.
 - 60.4. *Aération*
 COMPREND : ouverture des fenêtres.
 - 60.8. *Autre*
 - 60.9. *Non précisée*
- 61. Autre incapacité concernant les activités quotidiennes**
 - 61.0. *Utilisation du téléphone*
 - 61.1. *Argent*
 COMPREND : manipuler l'argent.
 - 61.2. *Autres mouvements précis*
 COMPREND : remonter les montres et les pendules.
 - 61.3. *Déplacement des objets*
 COMPREND : attraper et porter les objets de petite taille, sans les faire tomber.

EXCLUT : ramasser les objets (52).

61.4. *Tenir les objets dans la main*
 COMPREND : manipuler un journal.

61.8. *Autre*
 Non précisée

Incapacités concernant les activités manuelles (62-66)

EXCLUT : incapacité concernant l'écriture (28).

62. **Incapacité concernant le doigté**

COMPREND : capacité de manipuler un objet avec les doigts.

63. **Incapacité concernant la préhension**

COMPREND : capacité de prendre et de serrer un objet et de le déplacer.

64. **Incapacité de maintenir un objet**

COMPREND : capacité d'immobiliser un objet en le tenant.

65. **Incapacité liée à la latéralité**

COMPREND : individu gaucher défavorisé dans une culture où les droitiers prédominent.

66. **Autre incapacité concernant l'activité manuelle**

COMPREND : autre difficulté de coordination.

Autres types de maladie (67-69)

67. **Incapacité concernant le contrôle des mouvements des pieds**

COMPREND : capacité d'utiliser les mécanismes de contrôle des mouvements des pieds.

68. Autre incapacité concernant le contrôle du corps

COMPREND : capacité d'utiliser les autres parties du corps pour la régulation des mécanismes de contrôle.

69. Autre type de maladresse

7. Incapacités révélées par certaines situations

Bien que certaines difficultés répertoriées dans ce paragraphe ne correspondent pas strictement à des perturbations dans l'exécution d'activités (en fait un certain nombre de ces difficultés pourraient être conçues comme des déficiences), elles ont été incluses ici pour des raisons pratiques en particulier à cause de la définition de l'environnement telle qu'elle a été donnée (voir plus haut le chapitre « les Conséquences des maladies »).

Incapacités concernant la dépendance et la résistance physique (70-71)

70. Dépendance vis-à-vis de certaines circonstances

COMPREND : dépendance vis-à-vis d'un équipement permettant d'assurer artificiellement la survie grâce à des moyens d'action ou des soins particuliers.

70.1. *Dépendance vis-à-vis d'équipements mécaniques extérieurs*

COMPREND : dépendance vis-à-vis de tout type de machine extérieure au corps, permettant la survie, comme une aspiration, un respirateur ou un rein artificiel (dialyse) ou tout dispositif électromécanique permettant le maintien ou l'amélioration des potentiels d'activité, comme le « Possum » et d'autres dispositifs analogues.

70.2. *Dépendance vis-à-vis d'équipements internes pour la survie*

COMPREND : stimulateur cardiaque.

70.3. *Dépendance vis-à-vis d'autres équipements internes*

COMPREND : valves intra-cardiaques artificielles et prothèses articulaires.

70.4. *Incapacité liée à une greffe d'organe*

70.5. *Incapacité liée à d'autres modifications des organes*

COMPREND : interventions chirurgicales d'anastomose et présence d'orifices artificiels.

EXCLUT : ablation d'organes sans conséquence fonctionnelle (par exemple appendicectomie ou cholecystectomie), orifices artificiels permettant l'excrétion (30) et la nutrition (38).

70.6. *Dépendance vis-à-vis d'un régime alimentaire particulier*

COMPREND : incapacité de participer aux repas habituels.

70.8. *Dépendance vis-à-vis d'autres types de soins*

EXCLUT : dépendance vis-à-vis de l'aide d'un autre individu (voir « classements supplémentaires des incapacités »).

70.9. *Dépendance non précisée*

71. Incapacité concernant la résistance physique

71.0. *Incapacité de maintenir une position*

COMPREND : rester assis ou debout.

71.1. *Intolérance à l'effort*

71.2. *Incapacité concernant d'autres aspects de la résistance physique*

71.8. *Autre incapacité concernant la résistance*

71.9. *Non précisée*

Incapacités liées à l'environnement physique (72-77)

72. Incapacité liée à l'intolérance à la température

72.0. *Résistance au froid*

72.1. *Résistance à la chaleur*

72.8. *Résistance à d'autres aspects de l'aération*

72.9. *Non précisée*

73. Incapacité liée à l'intolérance à d'autres caractéristiques climatiques

73.0. *Intolérance aux rayons ultraviolets*

COMPREND : lumière du soleil.

EXCLUT : intolérance à une illumination intense (75.0).

73.1. *Intolérance à l'humidité*

73.2. *Intolérance aux variations importantes de la pression barométrique*

COMPREND : intolérance aux variations de la pressurisation lors des voyages en avion.

73.9. *Non précisée*

74. Incapacité liée à l'intolérance au bruit

75. Incapacité liée à une intolérance à la lumière artificielle

75.0. *Intolérance à une illumination intense*

75.1. *Intolérance aux variations de la luminosité*

75.8. *Autre*

75.9. *Non précisée*

76. Incapacité liée à l'intolérance aux contraintes du travail

COMPREND : incapacité à supporter le rythme et autres aspects des contraintes de travail.

EXCLUT : incapacité attribuable aux incapacités concernant les occupations (18).

77. Incapacité concernant l'intolérance à d'autres facteurs de l'environnement physique

77.0. *Intolérance à la poussière*

77.1. *Intolérance à d'autres allergènes*

77.2. *Susceptibilité anormale à des agents chimiques*

COMPREND : susceptibilité associée à un trouble de la fonction hépatique et celle survenant lors de l'exposition à des toxiques chimiques, dans les limites normales de sécurité.

77.3. *Susceptibilité anormale à d'autres toxiques*

77.4. *Susceptibilité anormale aux radiations ionisantes*

COMPREND : susceptibilité survenant à la suite de l'exposition à des radiations dans des limites normales de sécurité.

77.8. *Intolérance à d'autres facteurs de l'environnement physique*

77.9. *Non précisée*

Autres incapacités révélées par certaines situations (78)

78. Autre incapacité révélée par certaines situations

COMPREND : réduction globale de l'activité d'un individu liée à des causes telles que la fragilité générale ou la susceptibilité anormale aux traumatismes.

8. Incapacités concernant des aptitudes particulières

Les changements de profession obligent à évaluer les nombreux aspects des capacités personnelles et des qualités professionnelles des individus concernés. Celles-ci comprennent :

- Les capacités concernant le comportement en général, comme l'intelligence, l'énergie, les motivations (y compris l'attitude face au reclassement professionnel) les qualités perceptives, la perspicacité (y compris la connaissance des possibilités et limitations), les capacités d'apprentissage (y compris l'ouverture aux idées nouvelles et les possibilités d'apprentissage), l'orientation dans les formes et l'espace, la concentration (y compris son intensité et sa durée), la mémoire (des mots, des chiffres, des formes et la mémoire ancienne) et la pensée (logique et abstraite), ainsi que la façon de réagir aux critiques, la capacité de coopérer et autres aspects des relations sociales.
- La capacité d'effectuer son travail, comme par exemple l'aptitude à planifier le travail, résoudre les problèmes (souplesse et imagination), l'adaptabilité, l'indépendance dans l'exécution, la motivation et l'intérêt au travail, la capacité de contrôler son propre travail et de le comparer avec celui des autres, la coordination motrice et sensorielle, l'adresse (pour les choses fines et les tâches plus grossières), l'exactitude, la bonne tenue, la ponctualité, la conduite de sécurité, la résistance en ce qui concerne à la fois la capacité de supporter un travail à temps plein et les conditions de travail (comme la résistance à la fatigue), la quantité de travail accompli (pour des tâches répétitives ou pour un travail plus complexe) et la qualité de l'exécution.

La plupart de ces éléments ont été classés de façon appropriée, soit comme déficience, soit comme incapacité. Pourtant on doit aussi classer les aptitudes relatives aux occupations, qu'elles soient physiques ou non, si elles n'ont pas été enregistrées sous d'autres rubriques. Ce problème peut varier d'un contexte à un autre, mais actuellement nous n'avons pas les moyens nécessaires pour construire une sous-classification des aptitudes liées aux occupations qui puisse avoir une application universelle.

Néanmoins, cette rubrique a été ouverte en prévision de ces besoins, dans l'espoir qu'une expérience préliminaire dans l'utilisation de la classification permettra d'indiquer la meilleure approche. On espère que les utilisateurs de la classification des incapacités construiront leur propre sous-classification à titre expérimental.

9. Autres restrictions d'activités

De même, cette rubrique est mise à la disposition des utilisateurs dans le but de répondre à des besoins non satisfaits dans d'autres domaines de la classification. Il est souhaité à nouveau que les utilisateurs de la classification des incapacités développent leurs propres sous-classifications à titre expérimental, ce qui pourrait servir de point de départ à un chapitre plus standardisé dans le futur.

Classements supplémentaires des incapacités

Sévérité. La plupart des gens qui s'occupent d'individus présentant une incapacité qualifient leurs observations selon la sévérité de la réduction d'activité. On a donc prévu un supplément à la classification des incapacités, avec un quatrième chiffre.

Pronostic. Un certain nombre d'utilisateurs ont exprimé le souhait de coder l'évolution possible des individus présentant une incapacité. On a donc prévu un cinquième chiffre qui peut être utilisé à cette fin.

Conventions de codage. La classification des incapacités peut être codée jusqu'à 3 chiffres. Dans le but d'éviter toute ambiguïté, on recommande donc que ces codages supplémentaires soient toujours faits en quatrième ou cinquième position, même si la classification n'est utilisée qu'au niveau du premier ou deuxième chiffre.

Intervention extérieure et sévérité

Dans la vie quotidienne, l'exécution d'une tâche n'est que très rarement une question de tout ou rien; la plupart des observateurs reconnaissent ce fait en graduant la sévérité de la réduction d'activité. On recommande que le codage selon les catégories de l'échelle ci-après corresponde au 4^e chiffre comme supplément à la classification des incapacités. Il n'y a que très peu d'incapacités auxquelles on ne puisse appliquer cette échelle standardisée.

En ce qui concerne les catégories de l'échelle, il y a quatre objectifs d'intervention sur l'incapacité.

Prévention de l'incapacité. L'individu peut accomplir ses activités sans aide, par lui-même et sans difficulté.

Possibilité d'amélioration. L'individu peut accomplir ses activités sans aide, par lui-même, mais avec difficulté.

Suppléance. L'individu peut accomplir ses activités mais seulement avec de l'aide, y compris celle des autres.

Substitution. L'individu ne peut pas accomplir ses activités, même avec de l'aide.

Ces objectifs peuvent être illustrés par les différents niveaux d'incapacité de la vision de la façon suivante :

Niveau I. L'individu peut effectuer toutes les tâches visuelles.

Niveau II. On doit améliorer la vision de l'individu, s'il veut jouir d'une vision détaillée sans difficulté. L'amélioration peut être apportée directement par exemple par le port de verres correcteurs, ou indirectement,

par l'adaptation : soit par un ajustement de la luminosité, soit par une assistance complémentaire telle que l'utilisation de gros caractères d'imprimerie.

Niveau III. L'individu peut voir grossièrement et seulement avec de l'aide. La suppléance peut être directe : utilisation continue de dispositifs comme des lentilles correctrices puissantes, ou guidage par un chien ou, pour d'autres types d'incapacité physique, aide d'un tiers. La suppléance peut être indirecte : ajustement ou adaptation de l'environnement (par exemple, par l'utilisation de signes en relief sur les appareils de commande, comme des boutons, ce qui renforce la précision de l'ajustement grâce aux stimuli tactiles).

Niveau IV. L'individu ne peut se servir de sa vue, et il dépend donc d'une substitution pour accomplir les tâches demandant habituellement une certaine vision. La substitution peut être faite de façon variée : par exemple la radio, substitut de journal, comme source d'information ; l'apport de livres parlés ; ou l'aménagement de l'environnement de façon convenable pour éliminer les risques qu'un individu évite normalement grâce à la vue.

Au premier abord, on pourrait penser que ces quatre niveaux peuvent constituer la base d'une graduation simple de l'incapacité. Bien sûr, ces catégories ont le mérite d'être faciles à définir, et le degré de l'incapacité est facile à établir et, d'ailleurs, de telles échelles à 4 niveaux sont très largement utilisées. Pourtant, ces catégories sont trop vagues pour permettre d'indiquer avec assez de précision le type d'intervention nécessaire pour améliorer l'exécution de la tâche. Plus encore, ces catégories sont d'inégale portée ; ainsi les niveaux I et II se rapportent à un individu qui pourrait, dans la plupart des circonstances, être considéré comme indépendant, alors que les niveaux III et IV pourraient être subdivisés, ce qui permettrait d'exposer de façon plus détaillée le type d'intervention nécessaire.

Degré de sévérité de l'incapacité

(4^e chiffre du code-optionnel)

Définition

Le degré de sévérité de l'incapacité correspond au degré auquel les activités de l'individu sont réduites.

Caractéristique

Construction de l'échelle : elle est basée sur les possibilités d'intervention au niveau individuel permettant d'améliorer l'accomplissement des tâches.

Comprend : indications concernant les possibilités de répondre à des besoins non satisfaits.

Exclut : la sévérité des déficiences sous-jacentes, ainsi que la possibilité de réduire le désavantage de l'individu, en particulier par des mesures d'aide sociale.

Catégories de l'échelle de sévérité

0. *Pas d'incapacité* (non classable en catégories 1 à 9)

COMPREND : pas d'incapacité (c'est-à-dire que l'individu peut effectuer une activité ou avoir le comportement souhaité sans aide, par lui-même et sans difficulté).

1. *Difficulté d'exécution* : (non classable dans les catégories 2 à 9)

COMPREND : présence d'une difficulté (c'est-à-dire que l'individu peut effectuer l'activité ou avoir le comportement souhaité sans aide et par lui-même mais avec difficulté).

2. *Besoin d'aide pour l'exécution de la tâche* : (non classable dans les catégories 3 à 9)

COMPREND : aides et appareillages nécessaires (c'est-à-dire que l'individu ne peut effectuer une activité que grâce à une aide physique ou un appareillage).

EXCLUT : assistance d'autres personnes (catégorie 3).

3. *Besoin d'assistance* : (non classable dans les catégories 4 à 9)

COMPREND : besoin d'une aide (c'est-à-dire que l'individu ne peut effectuer une activité ou avoir la conduite souhaitée – qu'elle soit améliorée ou non par une aide physique – que s'il est assisté par une autre personne).

4. *Dépendance* : (non classable dans les catégories 5 à 9)

COMPREND : dépendance complète vis-à-vis de la présence d'une autre personne (c'est-à-dire que l'individu peut effectuer son activité ou avoir la conduite souhaitée, mais seulement si quelqu'un est avec lui la plupart du temps).

EXCLUT : invalidité (catégories 5 et 6).

5. *Invalidité accrue* : (non classable dans les catégories 6 à 9)

COMPREND : impossibilité d'effectuer l'activité sans l'intervention d'une personne, cette dernière ne pouvant agir qu'avec une aide ou un appareillage (par exemple, l'individu ne peut sortir de son lit qu'avec un lève-malade) ; la conduite correcte

ne peut être obtenue qu'en présence d'une autre personne et dans un environnement protégé.

6. *Invalidité totale* : (non classable dans les catégories 8 ou 9)
 COMPREND : impossibilité de mener à bien une activité ou un comportement (par exemple, individu gabataire).
8. *Inapproprié* :
 COMPREND : type d'incapacité pour laquelle l'échelle de sévérité est inutilisable.
9. *Sévérité non précisée*
 On voit que l'échelle de sévérité correspond aux niveaux d'intervention suivants :
 Aide : catégorie de l'échelle 1
 Suppléance : catégorie de l'échelle 2 à 4
 Substitution : catégorie de l'échelle 5 et 6

Règles d'utilisation

- Classer l'individu selon son degré d'activité en considérant toutes les aides, appareillages et assistance permettant ce niveau de réalisation.
- On ne doit pas inclure les aides et appareillages que l'on a l'intention de procurer ou de prescrire. Ceci ferait de l'échelle une mesure approximative de ce qui avait pu être accompli à partir du moment où l'aide ou l'appareillage étaient apportés.
- Si l'on a un doute quant à la catégorie dans laquelle l'incapacité devrait être classée, la coder dans la moins favorisée (c'est-à-dire, celle de chiffre plus élevé).

Évolutivité

(cinquième chiffre facultatif)

Définition

L'évolutivité traduit l'évolution probable du niveau d'incapacité d'un individu.

Caractéristiques

Construction de l'échelle : la construction de l'échelle repose sur l'amélioration fonctionnelle qu'on peut attendre d'une intervention au niveau

individuel. Ceci est apprécié par rapport à l'évolution prévisible de l'incapacité.

Comprend : indications sur les besoins prévisibles liés à l'incapacité.

Exclut : 1) pronostic des déficiences sous-jacentes, en dehors des cas où le degré d'incapacité est en corrélation étroite avec l'évolutivité de la déficience ; 2) les possibilités de réduire le désavantage de l'individu, en particulier par des mesures sociales.

Catégories de l'échelle d'évolutivité

0. *Pas d'incapacité* (non classable dans les catégories 1 à 9)
 COMPREND : absence d'incapacité.
1. *Possibilité de rétablissement complet* (non classable dans les catégories 2 à 9)
 COMPREND : présence d'une incapacité en voie d'amélioration et rétablissement total vraisemblable sans limitation fonctionnelle.
2. *Possibilité d'amélioration* (non classable dans les catégories 3 à 9)
 COMPREND : Présence d'une invalidité en voie d'amélioration, avec vraisemblablement comme séquelle une limitation fonctionnelle.
3. *Possibilité d'assistance* (non classable dans les catégories 4 à 9)
 COMPREND : incapacité de niveau stable, mais la fonction pourrait être améliorée grâce à une aide, une assistance, ou un autre type de soutien.
4. *Incapacité stable* (non classable dans les catégories 5 à 9)
 COMPREND : incapacité de niveau stable sans espérance d'amélioration de la fonction.
5. *Possibilité d'adaptation* (non classable dans les catégories 6 à 9)
 Adapter signifie rendre plus supportable
 COMPREND : cas où l'incapacité s'aggrave, mais la fonction correspondante pourrait être améliorée grâce à une aide, une assistance ou un autre type de soutien.
6. *Incapacité en voie d'aggravation* (non classable dans les catégories 8 et 9)
 COMPREND : aggravation de l'incapacité sans espoir d'amélioration.
8. *Évolutivité imprévisible*
9. *Évolutivité non précisée*

Règles de codage

1. On classe un individu selon l'évolutivité de son activité fonctionnelle (c'est-à-dire du degré d'incapacité), et non pas selon le pronostic des déficiences sous-jacentes, en dehors des cas où l'incapacité est en corrélation étroite avec la tendance évolutive des déficiences ; on prend en considération les aides et appareillages, modifications ou adaptations de l'environnement immédiat, ainsi que l'assistance offerte par les autres personnes.
2. On ne doit pas inclure les aides et appareillages que l'on a l'intention de procurer ou de prescrire. Ceci ferait alors de l'utilisation de l'échelle une mesure approximative de ce qui avait été accompli à partir du moment où une telle aide ou adaptation étaient apportées.
(N.B. l'échelle est construite en relation avec les possibilités d'intervention ce qui fait qu'on a attribué à des possibilités d'assistance ou d'amélioration des chiffres plus bas qu'aux catégories stables ou en voie d'aggravation. En conséquence, l'apport d'une assistance entraînera probablement le passage à une catégorie de chiffre plus élevé, dans la mesure où on ne pourra plus alors espérer d'amélioration).
3. S'il existe un doute quant à la catégorie dans laquelle l'incapacité devrait être classée, il faut la coder dans la catégorie la moins favorisée (c'est-à-dire celle de chiffre plus élevé).

Indications pour le codage

Dans une certaine mesure, les incapacités peuvent être considérées comme des phénomènes de seuil. Ainsi, pour déterminer s'il existe ou non une incapacité et quelle est sa nature, il faut uniquement porter un jugement sur les possibilités (ou non) d'accomplir une activité particulière. En principe, il ne devrait pas être trop difficile d'affecter les réductions d'activité aux catégories appropriées du code.

La structure taxinomique du code ressemble à celle de la Classification Internationale des Maladies, dans la mesure où elle est hiérarchique. La signification en est préservée même si le code est utilisé de façon abrégée. Encore une fois, le niveau de détail fourni doit permettre de délimiter le contenu des classes, ainsi que de fournir plus de spécificité pour ceux des utilisateurs qui le désirent. Malgré tout, ce schéma est moins exhaustif que le code « D », et on a prévu de l'améliorer selon les besoins qui émergeront lors de l'utilisation du code. Ainsi le niveau de détail à enregistrer dépend des choix de l'utilisateur.

Les principales difficultés des individus sont généralement consignées dans les observations générales. Il ne devrait donc pas y avoir trop de difficulté à coder ce qui a été observé dans les catégories appropriées du code des incapacités. Pourtant, il faut signaler deux problèmes. D'abord, l'information consignée dans les documents existants est souvent insuffisante et entraîne une sous-estimation – le degré des incapacités importantes risque de ne pas avoir été précisé. En outre, il faut être prudent quant à la variabilité probable des méthodes d'évaluation. Ainsi, il y aura sans doute des différences entre les constatations fondées sur une étude clinique, sur des tests fonctionnels (y compris ceux concernant les activités quotidiennes) ou sur des questionnaires.

Les sections principales du code des incapacités pourraient dorénavant être utilisées comme une liste de contrôle à appliquer à chaque individu. L'observateur devrait donc se poser une série de questions : « Est-ce que cette personne présente une incapacité concernant le comportement, la communication, les soins corporels ? »... et ainsi de suite. Ensuite on pourrait obtenir davantage d'informations pour chaque question à laquelle il aura été répondu positivement, selon les rubriques plus détaillées du code.

D'autres questions peuvent se poser après avoir établi la présence de certaines incapacités. Ceci est dû au fait que l'incapacité correspond à une réduction d'activité, et qu'on peut s'attendre à ce qu'il y ait plusieurs degrés dans la réduction, ce qui conduit à déterminer la sévérité des incapacités de l'individu. Il est aussi vraisemblablement utile de déterminer l'évolutivité. Le principe de ces évaluations a été indiqué dans les pages précédentes, traitant des classifications supplémentaires. Il est dommage que, en cherchant à déterminer rétrospectivement l'incapa-

cité sur des documents existants, l'insuffisance de précision concernant le niveau de l'activité puisse entraver l'utilisation complète des codes supplémentaires.

Deux aspects du code des incapacités risquent de retenir l'attention dans l'avenir. D'abord, les propositions de codage de ce manuel contrastent fortement avec la complexité et l'exhaustivité des méthodes d'évaluation conventionnelles des activités de la vie quotidienne. La différence d'approche est due à une nouvelle appréciation des buts et des méthodes¹, et nous espérons que l'expérimentation de ce code permettra de réduire ces déficiences afin de simplifier l'évaluation de l'incapacité dans l'avenir.

Deuxièmement, les utilisateurs peuvent étendre le code de façon plus satisfaisante pour eux. Nous espérons, comme cela a été demandé dans l'introduction, que ces développements seront communiqués aux auteurs des classifications.

1. Badley EM, Lee J and Wood PHN (1979). *Rheumatology and Rehabilitation*, 18, 105-109.

Partie 4

Classification des désavantages

Liste des dimensions des désavantages

1. Désavantages d'orientation
2. Désavantages d'indépendance physique
3. Désavantages de mobilité
4. Désavantages d'occupations
5. Désavantages d'intégration sociale
6. Désavantages d'indépendance économique
7. Autres désavantages

Indications pour le codage

Classification des désavantages

Définition

Dans le domaine de la santé, le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels.

Caractéristiques

Le désavantage se rapporte à la valeur attachée à la situation ou à l'expérience d'un individu quand elle s'écarte de la norme. Celle-ci est caractérisée par une contradiction entre le statut (ou les possibilités) et les aspirations de l'individu lui-même ou du groupe dont il fait partie. Le désavantage représente ainsi la socialisation d'une déficience ou d'une incapacité et reflète donc pour l'individu les conséquences culturelles, sociales, économiques et environnementales issues de la déficience ou de l'incapacité.

Le désavantage vient de l'impossibilité de se conformer aux normes ou aux attentes du monde dans lequel vit l'individu et survient quand les « rôles de survie » (voir pages suivantes) deviennent difficiles à accomplir.

Classification

Il est important de noter que cette classification des désavantages n'est ni une taxinomie des désavantages sociaux, ni une classification des individus. C'est plutôt une classification des conditions dans lesquelles les personnes frappées d'incapacité peuvent se trouver, ce qui place ces individus dans une situation désavantageuse par rapport à leurs pairs du point de vue des normes sociales.

Liste des dimensions des désavantages

Rôles de survie

1. Désavantages d'orientation
2. Désavantages d'indépendance physique
3. Désavantages de mobilité
4. Désavantages d'occupations
5. Désavantages d'intégration sociale
6. Désavantages d'indépendance économique

Autres désavantages

7. Autres désavantages
-

Rôles de survie

Les six dimensions-clés de l'expérience pour lesquelles la compétence de l'individu est nécessaire ont été désignées sous le titre de « rôle de survie ». Pour chacune de ces dimensions, on a établi la plus grande hiérarchie de circonstances possibles.

Au contraire des classifications des déficiences et des incapacités, dans lesquelles les individus ne sont classés que dans la seule catégorie qui peut leur être appliquée, il est souhaitable pour cette classification des désavantages que les individus entrent toujours dans chacune des dimensions (des rôles de survie). On obtiendra ainsi un profil de leur désavantage social.

Autres handicaps

Les six rôles de survie principaux ne couvrent pas toutes les possibilités du désavantage social, loin de là, quoiqu'ils embrassent les problèmes les plus importants. Les autres désavantages étant de nature variée, la hiérarchisation est impossible et seule l'identification des difficultés a été prévue.

1. Désavantages d'orientation

Définition

L'orientation est la capacité d'un individu de s'orienter lui-même par rapport à son environnement.

Caractéristiques

Construction de l'échelle : l'échelle est basée sur l'orientation par rapport à l'environnement, comprenant la réciprocité ou l'interaction avec l'environnement.

Comprend : réception des signaux de l'environnement (par exemple par la vue, l'ouïe, l'odorat ou le toucher), assimilation de ces signaux et expression d'une réponse à ce qui a été assimilé ; conséquences des incapacités du comportement et de la communication, comprenant les différents degrés de la vue, de l'ouïe, du toucher, de la parole et l'assimilation de ces fonctions par l'intellect.

Exclut : réponse à la réception et à l'assimilation de signaux en provenance de l'environnement manifestée par des désavantages dans les soins corporels (indépendance physique, 2), évitement de dangers physiques (mobilité, 3), comportement dans des situations spécifiques (occupations, 4) et comportement vis-à-vis des autres (intégration sociale, 5).

Catégories de l'échelle

0. *Bien orienté* (non classable en catégorie 1 à 9)

1. *Altération de l'orientation bien compensée* (non classable en catégories 2 à 9)

COMPREND : utilisation continue d'un secours pour la vue (ex. : lunettes), l'ouïe (ex. : amplificateur) ou extension du toucher (ex. : canne), ou utilisation continue de médicaments pour remédier aux incapacités du comportement ou de la communication avec pour résultat la restauration totale de l'orientation.

EXCLUT : secours ou médication utilisés par intermittence (autres désavantages, 7).

2. *Trouble intermittent de l'orientation* (non classable en catégories 3 à 9)

COMPREND : troubles épisodiques qui peuvent altérer l'orientation comme les vertiges, la maladie de Ménière, la diplopie (telle qu'on peut la rencontrer dans la sclérose multiple), la perte

intermittente de la conscience (ex. : épilepsie) et certaines altérations de la parole (ex. : bégaiement).

EXCLUT : troubles bien corrigés ou supprimés (catégorie 1).

3. *Trouble de l'orientation partiellement compensé* (non classable en catégories 4 à 9)

COMPREND : individus classables en catégories 1 ou 2, mais qui subissent un désavantage dans un certain domaine de leur vie parce que l'altération de l'orientation les rend vulnérables dans certaines circonstances, comme une dépendance critique à l'égard de l'intensité de la lumière, pour certaines incapacités de la vue ; une dépendance critique à l'égard de l'intensité du bruit de fond ou autres signaux concurrentiels, pour les incapacités auditives et certaines incapacités linguistiques (ex. : quand le volume de la parole est anormal) ; et désavantage dû à un besoin de secours de médication (ex. : incapacité d'occuper certains emplois ou de conduire une voiture – coder en plus ces circonstances comme difficulté liée à l'occupation – catégorie 2 des occupations, 4).

4. *Altération moyenne de l'orientation* (non classable en catégories 5 à 9)

COMPREND : quand secours ou médication ne peuvent compenser l'altération de façon satisfaisante, de telle sorte que la difficulté reste appréciable ; ou lorsque l'assistance d'un tiers est requise, comme pour les malvoyants, les malentendants, ceux qui souffrent d'une insensibilité au toucher, sont atteints de confusion mentale ou ont d'autres altérations importantes.

5. *Altération sévère de l'orientation* (non classable en catégories 6 à 9)

COMPREND : incapacités sévères du comportement ou de la communication où un mécanisme de substitution est nécessaire, comme pour les degrés les plus sévères des états rencontrés en catégorie 4 (ex. : l'individu ne peut accomplir une activité, même avec un secours, et doit substituer d'autres modes d'orientation pour compenser, comme lorsqu'un aveugle se fie à l'ouïe ou au toucher), ou désorientation moyenne.

6. *Perte de l'orientation* (non classable en catégorie 7 à 9)

COMPREND : lorsqu'il existe une altération moyenne ou sévère de plus d'un mode d'orientation, ces modes étant la vue, l'ouïe, le toucher et la parole.

EXCLUT : incapacités de la parole liées à la surdité (coder alors les individus uniquement en fonction de leur statut auditif, à

moins que le trouble de la parole soit sévère au point d'altérer la communication ; dans ce cas coder les individus en catégorie 6).

7. *Désorientation* (non classable en catégorie 8 ou 9)

COMPREND : incapacité de l'individu à s'orienter lui-même dans son environnement au point qu'il requiert une aide institutionnelle.

8. *Inconscience*

9. *Non précisée*

Règles de codage

1. Une difficulté ou un besoin de secours occasionnels ne doivent pas empêcher de classer l'individu dans une catégorie plus favorisée (c'est-à-dire celle affectée d'un numéro moins élevé).
2. Les secours ou les adaptations que l'on a l'intention de procurer ou de prescrire ne doivent pas être pris en compte. Cela permettrait l'utilisation de la classification comme mesure approximative de ce qui a été accompli, quand un tel secours ou une telle adaptation ont été fournis.
3. Si l'on a un doute sur la catégorie dans laquelle un individu doit entrer, le classer dans la catégorie la plus défavorisée (c'est-à-dire celle affectée du numéro le plus élevé).
4. Le point de vue subjectif est évidemment un facteur important, mais un individu doit être classé selon son degré réel de dépendance plutôt que d'après ce dont le codeur le croit capable.

2. Désavantages d'indépendance physique

Définition

L'indépendance physique est la capacité d'un individu de poursuivre habituellement une existence indépendante.

Caractéristiques

Construction de l'échelle : l'échelle est basée sur l'indépendance vis-à-vis des secours et de l'assistance d'autrui.

Comprend : soins personnels et autres activités de la vie quotidienne.

Exclut : secours ou assistance dans l'orientation « Désavantage d'orientation » (1).

Catégories de l'échelle

0. *Totalement indépendant* (non classable en catégories 1 à 9)

COMPREND : indépendance en ce qui concerne les soins corporels et indépendance vis-à-vis de secours, de dispositifs, de modifications de l'environnement ou de l'assistance d'un tiers, ou dépendance seulement à l'égard de secours mineurs, non essentiels quant à l'indépendance (ce dernier point doit être codé dans les « Autres désavantages », 7).

1. *Indépendance assistée* (non classable en catégorie 2 à 9)

On classe dans cette catégorie les individus auxquels un secours ou un appareillage a été apporté, et qui l'utilisent. Les individus qui ont reçu un secours ou un appareillage mais ne l'utilisent pas et perdent ainsi une partie de leur indépendance, et les individus vivant dans des cultures où le secours et l'appareillage adéquats n'existent pas, doivent être codés en catégories 3 ou 4.

COMPREND : dépendance vis-à-vis des secours et des appareillages, tels qu'un membre artificiel ou de substitution, autres prothèses, aide à la marche ou aide dans la vie quotidienne et difficultés à contrôler l'excrétion.

EXCLUT : secours ou appareillages mineurs, non déterminants en ce qui concerne l'indépendance, comme les prothèses dentaires ou les pessaires pour prolapsus utérin, ou les aides de la vue (lunettes), étant entendu que l'individu n'est pas dépendant d'un type d'assistance décrit dans les catégories 4 à 8 ; les individus dont la vie est assistée ou améliorée par des secours mineurs de ce type doivent être codés en caté-

gorie 0 et doivent aussi être classés, selon le cas, dans les « Désavantages d'orientation » (1) ou les « Autres désavantages » (7).

2. *Indépendance par adaptation* (non classable en catégories 3 à 9)

Le classement dans cette catégorie présuppose deux conditions : d'abord, que l'environnement immédiat de la vie quotidienne d'un individu et le groupe dans lequel il vit opposent des obstacles physiques à son indépendance, par exemple des entraves structurelles ou architecturales comme des échelles ou des marches (dans cette catégorie, l'environnement immédiat doit être compris comme l'habitat) ; ensuite, que la possibilité de créer ou de procurer un autre environnement soit envisageable dans cette culture. Par exemple, un habitant de cité lacustre peut rencontrer un obstacle car il doit grimper à une échelle pour atteindre son habitation ; son milieu culturel ne lui permet pas d'alternative.

COMPREND : dépendance à l'égard de modifications ou d'adaptations de l'environnement immédiat, comme les individus dépendants d'un fauteuil roulant, pourvu que la personne puisse s'y asseoir et s'en relever, le manipuler, aller au fauteuil et le quitter sans l'assistance d'un tiers ; les individus qui ont été relogés dans le but de réduire leur dépendance physique, à cause de leur incapacité précédente à vivre dans un logement de plus d'un niveau ; et les individus dont l'habitat a subi des modifications structurelles ou des adaptations spéciales, comme un ascenseur ou une rampe, ou une modification de la hauteur de la surface de travail, etc.

EXCLUT : obstacles architecturaux non liés à l'habitation de l'individu (les difficultés de ce type doivent être codées aux catégories 3 ou 4, selon le cas) ; les individus qui refusent l'offre d'un logement pourvu de commodités propres à réduire la dépendance physique doivent être codés en catégorie 3 ou 4.

3. *Dépendance dans certaines situations* (non classable en catégories 4 à 9)

COMPREND : difficulté dans la satisfaction de besoins personnels mais sans beaucoup dépendre des autres, comme lorsque les secours et les appareillages ou les modifications ou adaptations environnementales sont impossibles ou inaccessibles dans la culture où vit l'individu, ou si, étant accessibles, ils sont refusés ; difficulté à sortir de chez soi qui ne peut être surmontée qu'avec l'aide d'autrui ; et les altérations moyennes de l'orientation qui requièrent l'assistance d'un tiers.

4. *Dépendance vis-à-vis d'une assistance de fréquence limitée* (non classable en catégories 5 à 9)

COMPREND : dépendance vis-à-vis d'autrui pour satisfaire des nécessités de fréquence limitée comme les courses ou les travaux ménagers (qui sont liées à la capacité d'accomplir les tâches nécessaires au maintien d'un degré acceptable de niveau de subsistance, de chauffage, de propreté et de sécurité), nécessité d'un logement protégé et surveillé.

EXCLUT : dépendance culturellement déterminée, comme la dépendance de l'homme qui travaille vis-à-vis de son épouse (ce qui dans ce contexte ne sera pas considéré comme un désavantage).

5. *Dépendance vis-à-vis d'une assistance de fréquence rapprochée* (non classable en catégories 6 à 9)

Les nécessités de fréquence rapprochée sont celles qui apparaissent plusieurs fois par jour.

COMPREND : dépendance vis-à-vis d'autres individus pour les nécessités de fréquence rapprochée telles que celles imposées par l'hygiène personnelle, la nourriture et d'autres incapacités concernant les soins corporels ; mobilité à l'intérieur de l'habitation ; aller s'asseoir ou aller aux toilettes ; vider le pot de chambre ou le seau de toilette ; changer les draps et laver le linge sale par l'urine ou les selles et nécessité d'une surveillance à domicile.

6. *Dépendance vis-à-vis d'une assistance constamment disponible* (non classable en catégories 7 à 9)

Ces nécessités surviennent à des intervalles courts et imprévisibles dans une journée et requièrent la disponibilité permanente de tiers.

COMPREND : dépendance vis-à-vis de tiers pour satisfaire des nécessités tels qu'aller aux toilettes, défaire et enlever un vêtement, utiliser le papier hygiénique et s'essuyer ; individus incapables de se lever d'un lit ou d'un siège, d'aller aux toilettes sans assistance, de les utiliser et de s'en retourner sans risquer de tomber, et individus faibles physiquement ou instables mentalement courant des dangers de ce fait ; besoin d'un secours institutionnel pour la surveillance, comme dans le cas d'un comportement socialement inacceptable.

7. *Dépendance vis-à-vis de soins spéciaux* (non classable en catégories 8 ou 9)

Les besoins qui surviennent soit principalement pendant la journée, soit principalement pendant la nuit, donnant lieu à une surveillance

et une aide continue, impliquent la dépendance vis-à-vis de soins spéciaux. (S'oppose à la simple disponibilité de l'aide telle qu'elle est décrite en catégorie 6).

COMPREND : individus ayant besoin de quelqu'un pour pourvoir à leurs besoins personnels et pour prendre soin d'eux en ce qui concerne les contingences quotidiennes, ou étant à ce point séniles, ou handicapés mentalement, qu'ils ont besoin de ce type d'aide et, par conséquent de l'assistance constante d'un tiers tout au long de la journée ; souillure importante des vêtements ou du lit par l'urine ou les selles, plus fréquemment que le besoin physique ne l'impose, et individu ayant besoin d'aide pour l'excrétion ou autre fonction essentielle (en tant que comportement) pratiquement toutes les nuits mais qui sont moins dépendants le jour. Nécessité de placement en institution pour canaliser le comportement.

8. *Dépendance vis-à-vis de soins intensifs*

On considère que l'individu dépend de soins intensifs quand ceux-ci doivent être procurés pratiquement toutes les nuits aussi bien que pendant le jour ce qui par conséquent nécessite l'assistance constante d'un tiers tout au long des 24 heures.

COMPREND : individus ayant besoin d'aide pour l'excrétion ou autre fonction essentielle (en tant que comportement) pratiquement toutes les nuits et aussi pendant le jour. La plupart des individus de cette catégorie ont besoin d'être nourris et habillés, de même qu'ils requièrent beaucoup d'aide dans la journée pour la toilette et pour l'excrétion, ou sont incontinents.

9. *Non précisée*

Règles de codage

1. Une difficulté ou un besoin de secours occasionnels ne doivent pas empêcher de classer l'individu dans une catégorie plus favorisée (c'est-à-dire celle affectée d'un numéro moins élevé).
2. Les secours ou les adaptations que l'on a l'intention de procurer ou de prescrire ne doivent pas être pris en compte. Cela permettrait l'utilisation de la classification comme mesure approximative de ce qui a été accompli quand un tel secours ou une telle adaptation ont été fournis.
3. Si l'on a un doute sur la catégorie dans laquelle un individu doit entrer, le classer dans la catégorie la plus défavorisée (c'est-à-dire celle affectée du numéro le plus élevé).

4. Le point de vue subjectif est évidemment un facteur important, mais un individu doit être classé selon son degré réel de dépendance plutôt que d'après ce dont le codeur le croit capable.

3. Désavantages de mobilité

Définition

La mobilité est la capacité d'un individu de se mouvoir efficacement dans son environnement.

Caractéristiques

Construction de l'échelle : l'échelle est basée sur l'étendue de la mobilité à partir d'un point de référence, le lit de l'individu.

Comprend : les capacités de l'individu augmentées, s'il y a lieu, par une prothèse ou un autre secours physique, y compris le fauteuil roulant (elles doivent toutes avoir été codées dans les catégories 1 ou 2 de l'indépendance physique, 2).

Exclut : mobilité possible avec l'aide d'autres individus (qui peut être codée comme une dépendance d'une assistance de fréquence limitée, catégorie 4 des « Désavantages de l'indépendance physique », 2).

Catégories de l'échelle

0. *Tout à fait mobile* (non classable en catégories 2 à 9)

1. *Réduction variable de la mobilité*

COMPREND : bronchitique gêné à l'exercice l'hiver, asthmatique sévère gêné à l'exercice par intermittence, et déficiences et incapacités fluctuantes comme une légère arthrite rhumatoïde ou une (ostéo) arthrose.

2. *Mobilité déficiente* (non classable en catégories 3 à 9)

COMPREND : réduction telle que la capacité de se déplacer n'est pas altérée, mais que le déplacement peut prendre plus de temps, par exemple parce qu'à cause de cette incapacité l'individu se sent moins sûr de lui, ou en raison d'un manque d'assurance ayant d'autres origines ou parce que dans un milieu urbanisé, l'individu a une difficulté mais est tout de même capable d'utiliser les transports en commun en toutes circonstances.

3. *Mobilité réduite* (non classable en catégories 4 à 9)

COMPREND : réduction telle que la capacité de se déplacer est diminuée, par exemple parce qu'une incapacité visuelle intervient dans l'aptitude à se déplacer, ou réduction à cause d'un manque d'assurance, d'une faiblesse ou d'une débilité ; ou incapacité de faire des efforts violents à cause d'une

déficience cardiaque ou respiratoire ; ou, dans un milieu urbanisé, impossibilité d'utiliser les transports en commun en toutes circonstances, ou difficulté à assumer un travail suivi parce que le lieu de travail est éloigné du domicile.

4. *Mobilité limitée au simple voisinage* (non classable en catégories 5 à 9)
 COMPREND : mobilité limitée aux abords immédiats de l'habitation, comme dans le cas d'une déficience cardiaque ou respiratoire qui impose de modérer les efforts.
5. *Mobilité limitée au lieu d'habitation* (non classable en catégories 6 à 9)
 COMPREND : confinement au lieu d'habitation dû par exemple à une incapacité visuelle sévère ou à une déficience cardiaque ou respiratoire n'autorisant que des efforts minimes.
6. *Mobilité réduite à la chambre* (non classable en catégories 7 à 9)
 COMPREND : confinement à la chambre, comme lorsqu'une déficience cardiaque ou respiratoire impose le repos.
7. *Mobilité réduite au fauteuil* (non classable en catégories 8 à 9)
 COMPREND : confinement au fauteuil, comme lorsqu'une déficience cardiaque ou respiratoire impose de rester couché ou que, pour entrer et sortir du lit, un lève-malade ou autre appareillage est nécessaire.
8. *Réduction totale de mobilité*
 COMPREND : grabataire ou individu confiné au lit.
9. *Non précisée*

Règles de codage

1. Classer l'individu selon ses capacités d'indépendance, en prenant en considération les secours et les appareillages, et les modifications ou adaptations de son environnement immédiat, mais sans tenir compte de ce qu'il peut accomplir avec l'aide d'un tiers (ainsi le manque d'assurance classé en catégorie 3 ou 4 peut être réduit grâce au concours d'autres personnes ; cette réduction consécutive ne doit néanmoins pas être prise en compte, mais la dépendance vis-à-vis d'autrui doit être codée en catégorie 3 ou 5, selon le cas, des « Désavantages de l'indépendance physique », 2).
2. La réduction ou la restriction occasionnelle de mobilité ne doit pas exclure le classement dans une catégorie plus favorisée (c'est-à-dire celle affectée d'un numéro moins élevé).
3. Les secours ou les adaptations que l'on a l'intention de procurer ou de prescrire ne doivent pas être pris en compte.

4. Si l'on a un doute sur la catégorie dans laquelle un individu doit être codé, choisir la plus défavorisée (c'est-à-dire le numéro le plus élevé).
5. Un individu doit être codé selon son degré réel de mobilité, et non selon ses capacités présumées par le codeur.

Notes

- On peut rencontrer des problèmes dans le choix de la catégorie, comme entre les catégories 2 et 3, lorsque des moyens de transports publics n'existent pas. Dans des cas comme celui-ci, l'individu doit être classé dans la catégorie la plus défavorisée, selon la règle 4, car c'est seulement avec l'aide d'un véhicule spécial que la mobilité de catégorie 2 peut être obtenue. Cette convention doit être appliquée même si le travail ou le style de vie d'un individu ne réclame pas une mobilité tous azimuts. Dans ce cas, c'est seulement sur l'effort qu'il faudrait faire pour procurer une mobilité totale qu'on se basera.
- Le fait qu'un désavantage social soit lié aux normes culturelles est bien illustré par un problème d'une société urbanisée. Le comportement des chauffeurs d'autobus dans une certaine ville peut interdire l'utilisation des transports publics aux personnes handicapées, alors qu'un comportement plus compréhensif des chauffeurs dans une autre ville peut permettre aux personnes affectées du même handicap l'utilisation du même mode de transport. Ceci entraîne une contradiction entre la reproductibilité (une catégorie doit vouloir dire la même chose toujours et partout) et la capacité de la classification de refléter les besoins d'un individu particulier. La classification des désavantages a été prévue principalement dans cette dernière intention et seulement secondairement pour des comparaisons transculturelles.

4. Désavantages d'occupations

Définition

L'occupation est la capacité d'un individu d'occuper son temps d'une manière habituelle selon son sexe, son âge et sa culture.

Caractéristiques

Construction de l'échelle : l'échelle est basée sur la capacité d'occuper le temps de façon appropriée pendant un jour d'activité.

Comprend : jeu ou distraction, emploi et les occupations habituelles des personnes âgées, ce qui dans de nombreuses cultures comprend l'exécution d'un rôle domestique, même après avoir dépassé l'âge maximum de participation à la vie active.

Exclut : réduction ou perte de la capacité d'assumer une occupation, non attribuable à la déficience individuelle, mais à des événements comme des modifications dans le marché de l'emploi.

Catégories de l'échelle

0. *Occupé de façon normale* (non classable en catégories 1 à 9)

COMPREND : dans la mesure où les possibilités éducatives existent, la capacité d'un enfant de suivre l'école normalement ; indépendamment des structures éducatives, la capacité d'un enfant de participer aux activités habituelles de son groupe d'âge ; la capacité de tenir une maison de façon normale et la capacité d'assumer les responsabilités habituelles d'un parent élevant ses jeunes enfants.

1. *Inoccupé de façon intermittente* (non classable en catégories 2 à 9)

COMPREND : incapacité intermittente d'assumer une occupation habituelle ou des activités de loisirs, par exemple à cause de perturbations comme des crises d'épilepsie, de migraine ou d'allergie, ou à cause de chutes occasionnelles chez les personnes âgées (avec ou sans blessure).

2. *Difficultés liées à l'occupation*

COMPREND : réduction de la capacité d'assumer une occupation habituelle, comme les enfants capables de suivre l'école normalement mais qui ne peuvent participer entièrement à toutes les activités de l'école. Individus ne pouvant pas participer à toutes les activités occupationnelles ou récréatives qui sont les leurs (par exemple, affectables à des « postes

doux »), et individus ayant des difficultés à tenir leur maison ou à assumer les responsabilités habituelles d'un parent élevant ses jeunes enfants, bien qu'ils en soient quand même capables.

3. *Adaptation de l'occupation* (non classable en catégories 4 à 9)

COMPREND : incapacité d'assumer une occupation habituelle, mais l'individu est capable d'avoir une occupation à plein temps autre ou modifiée (comprenant des modifications de l'occupation habituelle, par exemple remaniements sur le lieu de travail ou apport d'aides ou d'assistance spéciales), modification des distractions ou des autres activités de loisirs (par exemple les passe-temps), nécessité d'une assistance spéciale dans le cadre de l'école ordinaire (par exemple, parce que l'individu est malvoyant ou malentendant, ou parce qu'il a besoin d'aide pour aller aux toilettes ou pour manger), réduction du choix dans l'éventail professionnel en raison d'une déficience ou d'une incapacité, nécessité de changer d'emploi ou d'occupation (comprenant la retraite anticipée – après avoir atteint l'âge de la retraite, l'individu doit être recodé dans une des catégories de 0 à 2 selon le cas), et aménagements spéciaux nécessaires pour pouvoir continuer à tenir la maison ou à s'occuper des enfants (par exemple, rôle compensatoire du conjoint, soutien prodigué par le réseau social, acquisition de dispositifs permettant d'alléger le travail, engagement d'une aide rémunérée pour des tâches d'ordre général comme le ménage).

4. *Réduction quantitative de l'occupation* (non classable en catégories 5 à 9)

COMPREND : limitation quantitative du temps que l'individu est capable de consacrer à son occupation, comme la réduction des distractions ou d'autres activités de loisir (par exemple à cause d'une cardiopathie rhumatismale), capacité de suivre l'école seulement à temps partiel, ou autre réduction quantitative de l'instruction normale, capacité d'assumer un emploi ou une occupation à temps partiel seulement, en raison d'une déficience ou d'une incapacité, déficience dans la concentration chez les personnes âgées. Les responsabilités domestiques et parentales peuvent habituellement être réparties d'une façon plus souple dans le temps que les autres occupations, et ainsi le temps qui leur est consacré peut être aménagé. Pour cette raison, la gêne dans ces activités ne figure pas dans cette catégorie.

5. *Restriction qualitative de l'occupation* (non classable en catégories 6 à 9)

COMPREND : limitation dans le type d'occupation assumé par l'individu, telle qu'une restriction importante dans la participation à des activités habituelles pour le groupe d'âge auquel il appartient, incapacités qui empêchent un enfant de suivre l'école ordinaire (par exemple nécessité de fréquenter un établissement spécial pour enfant handicapé, lorsqu'il existe), retard mental modéré, capacité de gagner sa vie dans des conditions particulières (par exemple, dans un atelier protégé) ; obligation de se décharger des responsabilités concernant la tenue de la maison et l'éducation des enfants (par exemple, par un soutien appréciable du réseau social ou par l'engagement d'une aide), et chutes fréquentes chez les personnes âgées.

6. *Confinement de l'occupation* (non classable en catégories 7 à 9)

COMPREND : limitations à la fois dans le type d'occupation et dans le temps que l'individu peut y consacrer, telles que l'incapacité de participer aux activités habituelles de son groupe d'âge, incapacités qui obligent un enfant à vivre en institution pour y poursuivre son éducation (lorsqu'une telle possibilité existe), ou à être éduqué à domicile (quand ce n'est pas une pratique normale), retard mental sévère, capacité de ne se livrer qu'à des activités domestiques très limitées (par exemple, celles en rapport avec la tenue de la maison ou à l'éducation des enfants), et déficience de la concentration entraînant une difficulté à assumer une occupation.

EXCLUT : vie en institution due à l'inadaptation du comportement ou à la nécessité de le canaliser (catégories 5 à 8 de l'indépendance physique, 2).

7. *Pas d'occupation* (non classable en catégories 8 ou 9)

COMPREND : incapacité d'assumer une occupation en raison d'une déficience ou d'une incapacité, telle qu'une capacité très limitée de bénéficier de toute forme d'éducation (par exemple, retard mental profond), impossibilité d'assumer un type quelconque d'emploi, impossibilité de tenir une maison ou d'élever ses enfants, et déficience sévère de la concentration entraînant une incapacité d'assumer une occupation.

8. *Inoccupable*

COMPREND : incapacité d'avoir une occupation qui ait un sens.

9. *Non précisée*

Règles de codage

- Un épisode aggravant mais occasionnel ne doit pas exclure le classement dans une catégorie plus favorisée (c'est-à-dire affectée d'un numéro plus bas).
- En cas de doute sur la catégorie dans laquelle un individu doit être codé, choisir la plus défavorisée (c'est-à-dire, affectée d'un numéro plus élevé).
- Un individu doit être classé selon son statut occupationnel réel et non d'après ce dont le codeur le croit capable.

5. Désavantages d'intégration sociale

Définition

L'intégration sociale est la capacité d'un individu de participer aux relations sociales habituelles et de les maintenir.

Caractéristiques

Construction de l'échelle : elle est basée sur le degré de contact d'un individu dans un cercle qui va en s'élargissant à partir du point de référence que constitue sa propre personne.

Catégories de l'échelle

0. *Bien intégré socialement* (non classable en catégories 1 à 9)
 COMPREND : participation totale à toutes les relations sociales ordinaires.
1. *Participation inhibée* (non classable en catégories 2 à 9)
 COMPREND : individus chez qui la présence d'une déficience ou d'une incapacité entraîne un désavantage non spécifique, lequel peut inhiber mais non empêcher la participation à l'ensemble des activités sociales ordinaires (comprend l'embarras, la timidité et autres altérations de l'image de soi dues à la laideur ou autre déficience ou incapacité), et certains troubles légers de la personnalité ou du comportement.
2. *Participation réduite dans certains cas* (non classable en catégories 3 à 9)
 COMPREND : individus ne participant pas à l'ensemble des activités sociales habituelles, comme ceux affligés d'une déficience ou d'une incapacité qui les empêche de se marier ; entrave à l'activité sexuelle due à une déficience ou une incapacité, et certains troubles de la personnalité ou du comportement.
 EXCLUT : déficience ou handicap n'ayant pas de retentissement sur les relations sociales, par exemple un prolapsus utérin soutenu par un pessaire n'entraîne pas de restrictions notables de l'activité sexuelle.
3. *Participation diminuée en général* (non classable en catégories 4 à 9)
 COMPREND : individus incapables de nouer des liens occasionnels, de telle sorte que leurs relations sociales sont limitées à des contacts primaires et secondaires avec la famille, les amis, les voisins et les collègues, et individus retardés dans

leur développement physique, psychologique et social, mais chez qui le développement se poursuit.

4. *Pauvreté des relations* (non classable en catégories 5 à 9)

COMPREND : individus qui éprouvent des difficultés à entretenir des relations d'ordre secondaire avec des amis, des voisins et des collègues, et individus retardés dans leur développement physique, psychologique ou social et chez qui la poursuite de ce développement ne peut être affirmée.

5. *Relations très limitées* (non classable en catégories 6 à 9)

COMPREND : individus capables d'entretenir les relations uniquement avec des proches, comme les parents ou le conjoint ; retrait ou désengagement chez les personnes âgées, et troubles assez sévères du comportement.

6. *Relations perturbées* (non classable en catégories 7 à 9)

COMPREND : individus ayant des difficultés relationnelles avec les proches, et troubles très sévères du comportement.

7. *Aliénation* (non classable en catégorie 8 à 9)

COMPREND : individus incapables d'une relation avec autrui ; déficience ou incapacité empêchant le développement de relations sociales normales et individus dont l'adaptation comportementale interdit la coexistence et l'intégration dans un foyer ou une famille normale, et personnes âgées ayant perdu toute leur famille et leurs amis, et peu aptes à former d'autres relations.

8. *Isolement social*

COMPREND : individus dont l'aptitude aux relations sociales est indéterminable à cause de leur situation isolée, comme les personnes admises en institution en raison d'un manque de soutien social du foyer ou du milieu (par exemple, enfants en orphelinat ou abandonnés et pensionnaires de maison de retraite).

9. *Non précisée*

Règles de codage

- Une réduction occasionnelle de l'intégration sociale ne doit pas empêcher le classement dans une catégorie plus favorisée (c'est-à-dire celle affectée d'un numéro moins élevé).
- Si l'on a des doutes sur la catégorie dans laquelle un individu doit être classé, le coder dans la catégorie la plus défavorisée (c'est-à-dire celle affectée d'un numéro plus élevé).

- Un individu doit être codé selon son degré réel d'intégration sociale, plutôt que d'après ce dont le codeur le croit capable.

6. Désavantages d'indépendance économique

Définition

L'indépendance économique est la capacité pour un individu d'assumer une activité socio-économique habituelle et son autonomie.

Caractéristiques

Construction de l'échelle : l'échelle est basée sur l'indépendance économique, à partir du point de référence que constitue l'absence totale de ressources, mais, contrairement aux autres échelles de désavantages, la hiérarchie a été étendue à la possession ou à la gestion de ressources considérables. La justification de cette extension réside dans le potentiel que d'abondantes ressources procurent pour améliorer ou alléger un désavantage dans une autre dimension.

Comprend : l'indépendance économique d'un individu en ce qui concerne l'obligation d'entretenir les autres, comme les membres de sa famille. L'indépendance économique maintenue grâce à des compensations de l'incapacité, des pensions d'invalidité ou de retraite que l'individu touche ou auxquelles il a droit, à l'exclusion des subsides supplémentaires alloués au titre de la pauvreté ; l'indépendance économique procurée par les revenus (gagnés ou obtenus d'une autre manière), ou possessions matérielles telles que des ressources naturelles, du bétail, des récoltes ; et pauvreté résultant de ou aggravée par une déficience ou une incapacité.

Exclut : manque de ressources dû à d'autres facteurs que la déficience ou l'incapacité.

Catégories de l'échelle

0. *Opulence* (non classable en catégories 1 à 9)

COMPREND : individus possédant des ressources considérables comparées à celles de la majorité de la population à laquelle ils appartiennent.

1. *Aisance* (non classable en catégories 2 à 9)

COMPREND : individus ayant des revenus suffisamment importants pour soutenir leur train de vie habituel, au point que la dépense supplémentaire occasionnée par l'amélioration du désavantage ou de l'incapacité peut être assumée sans sacrifice notable.

2. *Revenus suffisants* (non classable en catégories 3 à 9)

COMPREND : indépendance économique sans soutien ou dépendance à l'égard d'un secours financier ou matériel de la part d'autres individus ou de la communauté (y compris l'État, mais l'invalidité ou l'incapacité pensionnées, ou les allocations de retraite doivent être considérés comme des revenus plutôt que comme des secours dans ce contexte) et telle que le poids financier que représente l'amélioration du désavantage ou de l'incapacité peut être assumé sans privations notables.

3. *Indépendance réduite* (non classable en catégories 4 à 9)

COMPREND : individus qui, bien qu'indépendants économiquement, ont subi une réduction de leur niveau de vie, comparé à celui qui a précédé l'apparition de la déficience ou de l'incapacité, ou à celui qu'aurait eu l'individu s'il n'était pas déficient, comme ceux qui voient leur salaire diminuer en raison d'un changement d'activité, ou ceux qui ont supporté des dépenses supplémentaires à cause de leur incapacité au point d'en avoir subi des privations notables.

4. *Indépendance précaire* (non classable en catégories 5 à 9)

COMPREND : individus qui, à la suite d'une réduction de leur niveau de vie, ne restent indépendants que grâce à un soutien ou à l'aide financière ou matérielle d'autres individus ou de la communauté (y compris l'État, telle une allocation ou un subside qui vient s'ajouter à la pension d'incapacité ou de retraite à laquelle ils ont droit), et qui par là mettent en péril l'indépendance économique de leur famille ou imposent des privations à ses membres.

5. *Insuffisance de ressources* (non classable en catégories 6 à 9)

COMPREND : individus qui ne sont que partiellement indépendants parce que leurs revenus, leurs avoirs, l'aide financière ou matérielle d'autres individus ou de la communauté ne couvrent qu'une partie de leurs besoins ; et qui peuvent ainsi acculer leur famille au niveau de la simple subsistance.

6. *Pauvreté* (non classable en catégories 7 à 9)

COMPREND : individus non indépendants parce qu'ils sont totalement tributaires pour l'aide financière ou matérielle du bon vouloir d'autres individus ou de la communauté, en raison de l'inexistence ou de l'inaccession à une pension d'incapacité ou de retraite ou autres subsides, et qui peuvent ainsi conduire leur famille à un niveau de vie inférieur à celui de la subsistance ; ou individus vivant dans une institution destinée au démunis.

7. *Indigence* (non classable en catégories 8 ou 9)

COMPREND : individus non indépendants et qui ne peuvent bénéficier de l'aide d'autrui, de telle sorte que leur état d'incapacité se trouve aggravé.

8. *Inactif*

COMPREND : individus sans soutien familial, incapables d'une activité économique en raison de leur compétence limitée (comme celle résultant d'un retard mental) ou d'un âge trop bas (comme un enfant qui n'a pas atteint l'âge où l'on devient habituellement indépendant vis-à-vis de sa famille, économiquement ou matériellement).

EXCLUT : ceux bénéficiant d'une aide familiale, et ceux considérés comme inactifs en vertu de leur statut de « dépendance », comme le conjoint ou un autre cohabitant (coder dans une des catégories de 0 à 7, selon l'indépendance économique de la famille ou du chef de famille).

9. *Non précisée*

Règles de codage

- Coder l'individu selon l'indépendance économique de la famille, son statut de dépendance vis-à-vis de la famille n'étant pas pris en compte.
- Une réduction occasionnelle de l'indépendance économique ne doit pas empêcher le classement dans une catégorie plus favorisée (c'est-à-dire, affectée d'un numéro moins élevé).
- Les pensions ou subsides supplémentaires que l'on a l'intention de procurer ou d'attribuer ne doivent pas être pris en compte.
- Si l'on a des doutes sur la catégorie dans laquelle un individu doit être classé, le coder dans la catégorie la plus défavorisée (c'est-à-dire celle affectée du numéro le plus élevé).

7. Autres désavantages

Définition

Autres circonstances qui peuvent donner lieu à un désavantage social.

Caractéristiques

Exclut : désavantages sociaux identifiés ailleurs dans la classification des désavantages.

Catégories

0. *Pas de désavantage*

COMPREND : déficiences ou incapacités ne donnant pas lieu à un désavantage notable, comme certaines maladies chroniques qui n'affectent pas de façon appréciable la vie quotidienne.

1. *Désavantage mineur*

COMPREND : besoin de secours mineurs qui n'affectent pas notablement la vie quotidienne, comme une prothèse dentaire, des lunettes pour lire, ou un pessaire pour prolapsus utérin, utilisation intermittente d'aides ou de médicaments pour remédier à une incapacité.

2. *Désavantage non spécifique*

COMPREND : déficiences ou incapacités donnant lieu à un désavantage général ou non spécifique, comme la maladie coeliaque ou une constitution délicate.

3. *Désavantage spécifique*

COMPREND : altération de la qualité de la vie résultant d'un désavantage spécifique non identifié ailleurs dans la classification des désavantages.

9. *Désavantage non précisé*

9. Désavantage non précisé

Indications pour le codage

La structure du code des désavantages est différente de celle des autres classifications issues de la CIM. Ainsi les codes ne sont pas hiérarchisés au sens habituel du terme, et l'abréviation n'est pas vraiment possible. Il faudrait que chaque individu soit codé dans chaque dimension du code des désavantages, ce dernier faisant état des différentes conditions dans lesquelles les personnes désavantagées peuvent se trouver.

En conséquence, les difficultés qui résident dans l'application du code des désavantages ne sont pas liées à l'affectation d'un individu à une certaine catégorie, mais au codage du statut de l'individu dans chacune des dimensions du désavantage. De toutes façons la base pour un tel codage a été indiquée pour chacune des dimensions.

Dans le cas d'une application rétrospective de données précédemment enregistrées, le problème principal réside dans l'information incomplète. Toutefois, comme il est dit dans l'introduction, la prise en compte de toute information qui peut entrer dans les dimensions du code 3 peut être très instructive.

Il est souhaitable que l'information soit dorénavant recueillie de façon à pouvoir classer l'individu dans chaque dimension du code.

Co-édition CTNERHI/INSERM
Tirage par la Division Reprographie
Dépôt légal : Septembre 1993

ISBN : 2-87710-076-6
ISSN : 0223-4696
CPPAP : 60.119
ISBN INSERM : 2-85598-575-7

Le Directeur : Annick DEVEAU

