

La Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) de l'OMS.

Un outil informatisé d'aide à la décision pour une réorientation professionnelle.*

Docteur Freddy Falez **

Résumé.

L'incapacité de travail s'évalue en Belgique, au regard de la profession habituelle du travailleur, ou du groupe de professions qu'il a ou aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle. Lorsque cette incapacité est totale, probablement définitive ou de très longue durée, il reste possible, dans un certain nombre de cas, d'aider le travailleur à se réinsérer sur le marché du travail en lui accordant une rééducation professionnelle. La loi du 14 juillet 1994 et son arrêté d'application du 3 juillet 1996 fixent le dispositif légal d'accompagnement des travailleurs dans ce processus.

Avant de réaliser cette rééducation, il est souvent souhaitable de faire procéder à un examen de réorientation professionnelle.

Le médecin-conseil, après s'être assuré de l'incapacité définitive ou très prolongée d'un patient, doit évaluer ses capacités à se réorienter. La rééducation individuelle est en effet un processus généreux, mais socialement coûteux. D'autre part, le médecin-conseil ne devrait jamais, idéalement, conclure à l'incapacité de réinsertion professionnelle d'un travailleur, avant d'avoir exploré méthodiquement ses capacités à se rééduquer.

La CIF est, dans ce sens, un outil informatisé et convivial, qui permet de standardiser l'évaluation et d'établir une meilleure communication entre les différents acteurs.

Introduction.

Dans notre culture, l'insertion sociale passe par l'activité professionnelle. Si l'Assurance Maladie Invalidité a pour objectif premier, l'indemnisation du travailleur en incapacité de travail pour motif de santé, la législation prévoit la rééducation professionnelle comme une prestation de santé (art 34, 8° de la loi du 14 juillet 1994).

L'article 146 de l'A.R. du 3 juillet 1996 élabore le dispositif réglementaire permettant la rééducation professionnelle.

Le § 1^{er} prévoit que « les frais d'examen d'orientation professionnelle, d'inscriptions aux cours et aux examens, d'internat ou de séjour, de voyage, de prime d'assurance contre les accidents de travail, de matériels et d'équipements nécessaires à la formation professionnelle » font partie de ces prestations de santé.

* Exposé lors de la journée de formation de l'ASMA du 27 novembre 2002.

· Médecin- conseiller, Direction Etudes, Union Nationale des Mutualités Socialistes.

**Membre du Collège d'Enseignement du DES en Evaluation des Atteintes à la Santé (Université Libre de Bruxelles, Prof Lucas).

Les §§ 2 à 6 précisent le rôle des médecins- conseils, du CMI et du service soins de santé, ainsi que le rôle du Collège des Médecins- Directeurs (CMD) dans ce processus. Résumons les lapidairement en soulignant que le médecin- conseil joue le rôle principal pour introduire les demandes, et le CMI un rôle plus lointain. La procédure d'accord par le Collège des Médecins- Directeurs est lourde et augmente le délai entre l'introduction de la demande et l'accord éventuel. Ce délai (le plus souvent de plusieurs mois) peut diminuer la motivation du travailleur pour entrer dans le processus de la rééducation, parfois long de plusieurs années. C'est ainsi que le CMD a décidé de mener des expériences pilotes, confiant au médecin conseil la compétence d'accorder le bénéfice d'une rééducation professionnelle.

L'article 239 du même A.R., prévoit que le patient est présumé en incapacité de travail pendant sa période de rééducation.

Enfin, l'art 234 du même AR, appliquant l'art 106 de la loi du 14 juillet 1994, prévoit la possibilité de réduire de 10% les indemnités du patient qui refuse une rééducation professionnelle dont le programme a été approuvé par le Collège des Médecins Directeurs.

Le présent exposé a pour objet d'étudier les préliminaires de tout ce processus. La question qui se pose est de savoir quand et comment le médecin-conseil doit envisager d'étudier, avec un patient donné, l'opportunité et la nécessité d'entamer ce long cheminement. Nous nous situons donc en aval de l'examen d'orientation professionnelle, et toujours au stade de l'évaluation.

Décision et aide à la prise de décision pour une réorientation professionnelle.

Processus décisionnel.

Évaluer de la capacité de gain.

La rééducation professionnelle est une prestation de santé qui est destinée au travailleur en incapacité de travail. Cette affirmation semble logique, mais rien n'existe dans ce sens au niveau des textes légaux.

L'incapacité de travail s'évalue au regard des critères définis par l'art 100 de la loi du 14 juillet 1994.

Il semble logique de ne penser à une rééducation professionnelle que si le patient est en incapacité de travail définitive ou très prolongée (avec un risque d'incapacité partielle élevée) pour son travail habituel ou pour le groupe de professions de référence de l'article 100. Il n'est pas normal d'engager les moyens sociaux de rééducation professionnelle pour un patient qui garde sa capacité de gain pour les professions qu'il a ou aurait pu faire du fait de sa formation et de sa carrière professionnelles.

L'évaluation de la capacité de gain doit donc avoir rigoureusement écarté la possibilité de réinsertion du patient dans son groupe de professions.

Envisager une réorientation.

La question de réorientation doit toujours préoccuper le médecin-conseil. Plus longue est la durée d'une incapacité, plus difficile est la réinsertion

professionnelle. Le processus décisionnel démarre donc de manière la plus précoce possible, idéalement, dès le début d'une incapacité dont les causes sont réputées provoquer une incapacité de longue durée, qui risque éventuellement de devenir définitive.

La question de la rééducation se pose en deux temps : sera-t-elle nécessaire et si oui, le patient possède-t-il les capacités et la motivation indispensables ? Il est en effet utopique de proposer ce long processus chez un patient qui ne possède aucune motivation. Dans ce cas, il est nécessaire de trouver les causes de démotivation, et, si possible, d'agir sur ces causes.

La question se pose quel que soit l'âge du patient. Le vieillissement démographique et l'évolution du politique imposeront progressivement de maintenir une activité professionnelle aussi longtemps que possible. Signalons d'ailleurs que se poser la question n'implique pas, *in se*, d'y répondre par l'affirmative.

Évaluer les possibilités de la rééducation.

La rééducation n'a pas de chance de succès chez un patient qui serait incapable de la suivre. Outre la motivation, il convient d'évaluer d'autres facteurs qui présument du succès. L'ambition du projet doit être compatible avec les possibilités du patient : état de santé, intelligence, niveau de formation actuel, attitudes de la famille par rapport au projet, possibilités matérielles de réalisation (lieu et accessibilité, nécessités de déplacement ou de logement, etc.).

Cette évaluation est complexe. Elle demande du temps, mais aussi une technicité suffisante. Un outil d'aide à la décision prend ici son sens. Il doit permettre au médecin-conseil d'envisager toutes les facettes du processus décisionnel, mais aussi améliorer la fidélité des décisions entre les médecins-conseils. La CIF peut jouer ce rôle d'aide à la décision.

L'aide à la décision apportée par la CIF.

Définition de la CIF.

La CIF est une classification proposée par l'OMS. Elle offre un langage uniformisé et normalisé pour la description des états de santé. Elle se distingue par là de la CIM qui propose une classification diagnostique. Dans la CIF, la personne est abordée, à la fois en tant qu'individu et qu'être social. La classification propose ainsi un langage commun pour améliorer la communication entre les acteurs, y compris pour les décideurs. C'est aussi un outil clinique pour l'évaluation des aptitudes professionnelles et un outil de politique sociale.

Propriétés de la CIF.

Univers

La CIF décrit tous les états de la santé humaine et certaines composantes du bien-être en tant que domaines de la santé et de domaines liés à la santé. Dans ce cadre, elle ne couvre pas les circonstances de la vie qui ne se rapportent pas à la santé, telle la perte d'un emploi pour motif économique.

Champ d'application.

La CIF organise l'information en deux parties

➤ Fonctionnement et handicap.

Cette partie comporte deux composantes :

- La composante organisme.

Elle comprend une classification pour les fonctions des systèmes organiques, c'est-à-dire des systèmes physiologiques et psychiques du fonctionnement humain, et une classification pour les structures anatomiques, conçues ici comme « appareils » anatomiques et non comme une description anatomique classique.

- La composante activité et participation.

Elle couvre les domaines définissant le fonctionnement de l'individu du point de vue de la personne et en tant qu'être social.

Facteurs contextuels.

Ils regroupent :

➤ Les facteurs environnementaux.

Ces facteurs ont un impact sur le fonctionnement de la personne. Ils vont de l'environnement le plus proche à l'environnement le plus général.

➤ Les facteurs personnels.

Les importantes variations sociales et culturelles n'ont pas permis de les intégrer dans la classification.

Le niveau de fonctionnement de la personne résulte de l'interaction dynamique entre son état de santé et les facteurs contextuels suivant le schéma suivant :

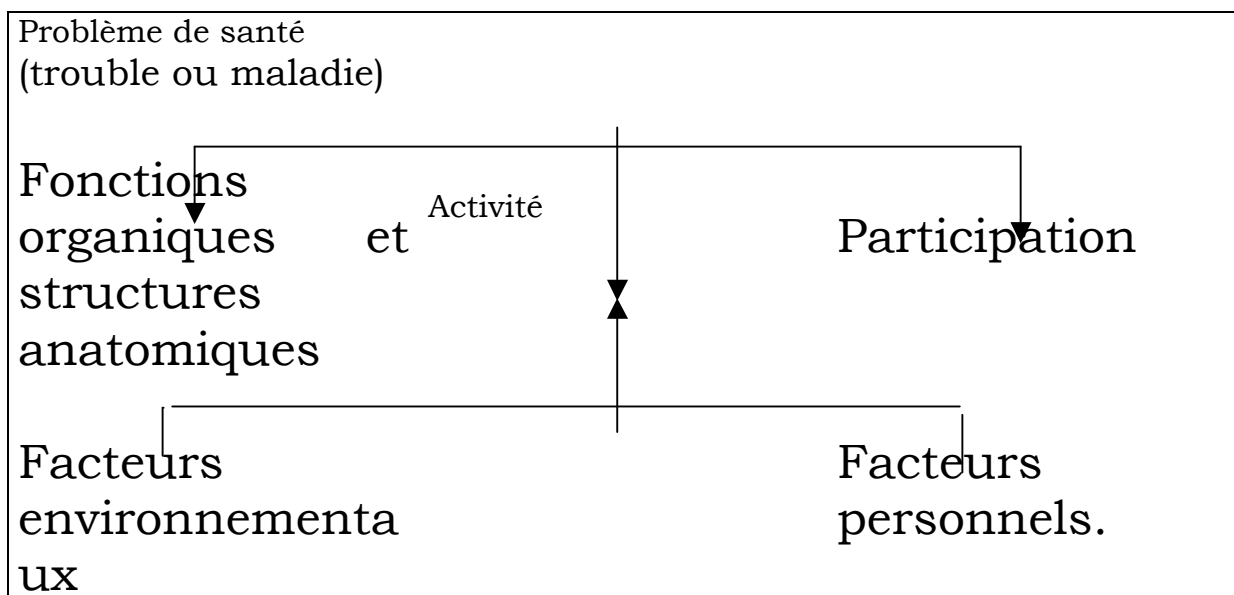


Figure 1 : fonctionnement de la personne.

Les schémas de la CIF.

Les unités de classification sont les catégories qui déterminent chaque domaine de la santé et des états liés à la santé. La classification possède une version complète permettant des catégories à 4 niveaux et une version courte, permettant des catégories à 2 niveaux.

La classification à deux niveaux comporte un système alphanumérique comprenant une lettre (b pour fonctionnement des systèmes organiques ou *body*, s, pour les structures anatomiques, d pour activité et participation ou e pour les facteurs environnementaux), suivi d'un premier chiffre qui est le numéro de chapitre de la composante et de deux autres chiffres.

Exemple : s410 : structures du système cardio-vasculaire.

La classification à trois et quatre niveaux comporte un chiffre complémentaire par niveau :

Exemple : s4100 : cœur (classification du 3^{ème} niveau)

S41001 : ventricules (classification du 4^{ème} niveau).

Chaque catégorie correspond aux principaux critères suivants. Les définitions sont claires, logiques, identifiant uniquement le concept visé dans la catégorie. Elles sont précises, non ambiguës et exhaustives. Elles comportent les inclusions et les exclusions précisant le contenu si nécessaire.

Derrière la catégorie, le schéma est représenté par un code qualificatif qui est séparé de la catégorie par un (.) s'il s'agit d'une perte ou par un + s'il s'agit d'un qualificateur « facilitateur » (uniquement pour les facteurs contextuels). Pour la composante « organisme », le premier chiffre qui suit la catégorie représente une *déficience*. Pour la composante fonctionnement et participation, le premier chiffre qui suit la catégorie représente une *diminution de la performance* de l'individu, c'est-à-dire une diminution de ce qu'il fait dans la vie réelle et le second, une *diminution de sa capacité*, c'est-à-dire de réaliser une activité à son niveau le plus élevé dans un environnement uniformisé (qui n'est ni obstacle ni facilitateur pour la personne). Perte de performance et de capacité aboutissent à une *restriction de participation*.

Les schémas vont de 0 à 4 de la manière suivante :

0 : pas de problème, (aucun, absent, négligeable)	0-4%
1 : problème léger (léger, faible)	5-24%
2 : problème modéré (moyen, passable)	25-49%
3 : problème grave (élevé, extrême)	50%-95%
4 : problème entier (total)	96-100%

Tableau 1 : schémas de la CIF.

Les fourchettes de pourcentage sont fort larges et des calibrages ultérieurs seront nécessaires, mais cette première approche est suffisante dans le système de « tout ou rien » belge. Moins il y a de niveaux, plus la fidélité des décisions est élevée.

Les facteurs environnementaux peuvent jouer un rôle *facilitateur* ou un rôle *d'obstacle* au fonctionnement. Dans le premier cas, la catégorie sera suivie du signe + et du schéma (1 chiffre de 0 à 4), dans le second, la catégorie sera suivie d'un point (.) et du schéma.

Exemples :

d420.33 : problème grave pour la performance et la capacité de se déplacer.

e410+3 : attitude facilitatrice élevée de la famille proche.

e430.3 : attitude des personnes en position d'autorité qui fait gravement obstacle

Emploi de la CIF.

Aborder la CIF n'est pas un exercice aisé et nécessite une formation. L'emploi de la classification est largement facilité par l'informatique. Un moteur de recherche est disponible sur le site de l'OMS (www.who.int) ou sur CD rom.

Utilisation de la CIF comme outil d'aide à la décision pour la réorientation professionnelle.

La classification permet de standardiser la démarche d'évaluation du médecin-conseil. La standardisation n'est pas une directive décisionnelle, mais une ligne directrice d'aide à la décision. Chaque personne doit être évaluée *individuellement*. La classification permet un « check up » de la situation du patient, qui aborde les différentes dimensions des contraintes qui s'exercent sur lui dans le processus de réadaptation.

La composante « organisme » n'a ici qu'une utilité d'illustration des problèmes de fonctionnement de la personne. Ce qui intéresse le médecin-conseil dans son évaluation, c'est l'aptitude de la personne à faire de nouveaux apprentissages et à les appliquer en retrouvant une activité professionnelle, cet apprentissage et cette réinsertion se déroulant dans un environnement proche et élargi.

Les composantes « activité et participation » et « facteurs environnementaux » sont donc les parties de la classification qui nous intéressent ici.

Activité et participation.

Comme nous l'avons vu, chaque catégorie est ici suivie d'un code qualificateur à 2 chiffres, le premier étant celui de la performance et le second celui de la capacité. La différence entre la capacité et la performance est un indicateur de solutions à fournir pour améliorer la performance. Comme nous ne disposons pas d'environnement uniforme pour évaluer la capacité, on l'évaluera en comparant celle du patient à la capacité attendue d'une personne qui ne présente pas de problème de santé.

Pour apprécier correctement la possibilité de rééducation de la personne, la classification complète est parfois requise, mais la classification à 2 niveaux est souvent suffisante. Les différentes catégories suivantes sont proposées en première réflexion. Pour chacune d'entre elles, il est nécessaire d'évaluer les capacités. Dans ce cas, le schéma doit indiquer le vide laissé par l'évaluation

de la performance grâce à un _ après la catégorie. Exemple : d150._2 : incapacité modérée pour apprendre à calculer.

Apprentissage et application des connaissances.

d150 :	apprendre à calculer	(si nécessaire) ;
d1551 :	acquérir un savoir faire complexe	(nécessaire)
d160 :	fixer son attention	(nécessaire)
d163 :	penser	(nécessaire)
d166 :	lire	(nécessaire)
d169 :	écrire	(nécessaire)
d172 :	calculer	(si nécessaire)
d1751 :	résoudre des problèmes complexes	(nécessaire)
d178 :	prendre des décisions	(nécessaire).

Tâches et exigences générales.

d220 :	entreprendre des tâches multiples	(nécessaire)
d230 :	effectuer la routine quotidienne	(nécessaire)
d240 :	gérer le stress	(nécessaire)

Mobilité.

d430 :	soulever et porter des objets	(si nécessaire)
d440 :	activités motrices fines	(si nécessaire)
d445 :	utilisation des mains et des bras	(si nécessaire)
d460 :	se déplacer dans différents lieux	(nécessaire)
d470 :	utiliser un moyen de transport	(nécessaire)
d4751 :	conduire des véhicules motorisés	(si nécessaire)

Relations et interactions avec autrui.

d7400 :	relation avec des personnes ayant autorité	(nécessaire)
d7402 :	relations avec des pairs	(nécessaire)

Grands domaines de la vie.

d825 :	éducation professionnelle	(si nécessaire)
d830 :	éducation supérieure	(si nécessaire)
d840 :	apprentissage	(si nécessaire)
d8450 :	chercher un emploi	(nécessaire)
d8451 :	garder un emploi	(nécessaire)
d8500 :	travail en indépendant	(si nécessaire)
d8501 :	travail à temps partiel	(si nécessaire)
d8502 :	travail à temps complet	(si nécessaire)
d855 :	emploi non rémunéré	(si nécessaire).

Facteurs environnementaux.

Après avoir évalué les capacités de la personne à suivre un programme de rééducation professionnelle et à rechercher un emploi, il convient de s'assurer que l'environnement immédiat (la famille) et plus lointain (les structures où se donnent les formations) jouent un rôle facilitateur ou neutre ou encore, obstacle mineur. Les catégories suivantes de la classification aideront le médecin-conseil (ou, un travailleur social), dans son évaluation.

attitudes :

e410 : attitudes individuelles de la famille proche (nécessaire)
e460 : attitudes sociétales (si nécessaire)

Services, systèmes et politique

e540 : services, systèmes et politique en matière de transport (si nécessaire)
e585 : services, systèmes et politique en matière d'éducation et de formation. (si nécessaire)

Discussion.

Cet exposé n'a d'autre ambition que d'être une première approche de l'utilisation de la CIF en tant qu'outil d'évaluation dans le problème de la réorientation professionnelle. Il ne saurait dès lors être exhaustif.

Élaboration d'un outil standardisé.

Les patients en incapacité de travail ont le droit à un traitement équitable de leur situation. Les possibilités de réinsertion sociale, y compris par l'intermédiaire de la rééducation professionnelle, font partie de ce droit. La fidélité des décisions des médecins-conseils fait également partie de ce droit.

L'élaboration d'un outil standardisé a pour objectifs, d'une part de garantir la meilleure fidélité possible, d'autre part, d'aider le médecin-conseil à prendre ses décisions, sur base d'une évaluation aussi objective que possible et qui envisage toutes les dimensions d'un problème. L'élaboration de cet outil doit se faire par des méthodes scientifiques, et, nous pensons ici plus spécialement aux méthodes de consensus d'experts.

Place de la CIF.

La CIF a de nombreux avantages :

Langage uniformisé.

Les catégories de la classification reçoivent des définitions dénuées d'ambiguïté et sont éventuellement complétées par des inclusions et des exclusions. Elle permet ainsi une meilleure communication entre les intervenants même au niveau international.

Evaluation fonctionnelle.

La classification aide à évaluer le *fonctionnement* de la personne avec son état de santé. Elle est innovante car elle permet de se détacher du diagnostic pour entrer dans le domaine de l'évaluation fonctionnelle. Dans le cadre de la rééducation professionnelle, elle permet à la fois une évaluation des capacités de la personne à s'inscrire dans un processus de formation parfois fort long et d'élaborer un projet dont l'ambition est compatible avec l'état de santé et les possibilités de la personne.

Aide mémoire.

Un travail de consensus d'experts devrait permettre de choisir les catégories de la classification qui serviraient d'aide mémoire pour le médecin-conseil dans sa mission de conseil auprès du patient.

Conclusions.

Cet exposé n'est qu'une première étape. Des recherches sont nécessaires. Elles doivent se fixer comme objectifs :

- Elaboration de lignes directrices concernant l'évaluation des possibilités de rééducation professionnelle.
- Identification précise des facteurs environnementaux faisant obstacle à une démarche aussi systématique que possible vers une rééducation professionnelle.
- L'intégration de la CIF comme outil d'aide à la décision.

Nous pourrions ainsi quitter le domaine de la théorie pour celui de la concrétisation de nos missions.