

L'Organisation Mondiale de la Santé a décidé, lors de la révision de la Classification Internationale des Maladies de 1974, de proposer à l'expérimentation des professionnels de santé une Classification des Handicaps issue d'une proposition française (A. Grossiord) et placée sous la responsabilité de Philip Wood.

Nous n'avons pas retrouvé jusqu'ici de publication faisant état de l'utilisation de ce dispositif de classification - évaluation par des orthophonistes. Nous avons donc entrepris de classer 100 dossiers de personnes ayant subi une lésion cérébrale selon la classification proposée par l'O.M.S. La même orthophoniste a classé les 100 cas. Une épreuve de corrélation interjuge a été effectuée sur 10 cas. Une réflexion collective de 4 orthophonistes et d'un médecin rééducateur a permis de mieux cerner les difficultés rencontrées : séparation artificielle entre le niveau des déficiences et celui des incapacités ; inutilité de bon nombre d'items (51 des 100 items concernant nos patients ont été utilisés) ; ambiguïté des définitions qui diffèrent de façon très importante du vocabulaire des professionnels de l'orthophonie en langue française ; redondance et doublons fréquents.

Dans sa version actuelle, la classification proposée apparaît inadaptée aux professionnels de l'orthophonie. Il est souhaité que la révision en cours permette une évolution favorable d'un outil dont les rééducateurs en orthophonie attendent une amélioration de la pratique.

Laboratoire
Georges LAMBERT
Service
de Réadaptation Médicale
C.H.U. Henri MONDOR
et Albert CHENEVIER
Faculté de Médecine
Université PARIS XII
94010 CRETEIL

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS (O.M.S.) ET PRATIQUE DE L'ORTHOPHONIE ETUDE SUR 100 CAS DE CEREBRO-LESIONS

**par Martine GOUGE*, Ghislaine COUTURE*,
Claude HAMONET****

* Orthophoniste
** Professeur - Chef de service
Médecin Rééducateur

Nous n'avons pas eu connaissance de l'appréciation d'orthophonistes sur l'utilisation de la Classification Internationale des Handicaps (C.I.H.), proposée en 1980 par l'Organisation Mondiale de la Santé. C'est pourquoi il nous a paru intéressant d'apporter notre contribution à l'étude critique de cet outil de classification en réalisant une étude sur 100 cas de personnes cérébro-lésées ayant bénéficié d'une évaluation et d'une rééducation par des orthophonistes. Cette étude s'est limitée aux deux premiers niveaux de la classification actuelle. Le troisième niveau des handicaps («Désavantages») dans la version française de la traduction francophone) est apparu trop peu élaboré pour pouvoir être utilisé dans sa forme actuelle. Il fera seulement l'objet de quelques remarques.

Mots-clés

Classification Internationale des Handicaps (O.M.S.) - Orthophonie (Speech Therapy) - Cérébro-lésions (Brain injuries Stroke).

Méthodologie

1) Le choix des items :

Nous avons utilisé les chapitres suivants de la C.I.H. parce qu'ils ont paru les plus adaptés à la pratique de l'orthophonie :

* Chapitre 2 de la partie 3 : «Incapacités concernant la communication» (codes 20 à 29).

* Chapitre 3 de la partie 2 : Déficiences (D) intitulé : «Déficiences du langage et de la parole» (codes 30 à 39).

2) Méthodes d'utilisation

Il s'agit d'une étude essentiellement **rétrospective** sur 90 dossiers. Seuls 10 cas ont bénéficié d'une **étude prospective**.

* Un premier observateur a d'abord mené un travail individuel de codage de toutes les données dans tous les cas pour quelques dossiers seulement (10).

* Un deuxième codage a été effectué par un autre orthophoniste.

3) Choix de la population

Il s'est effectué à partir de l'étude de 180 dossiers orthophoniques de patients adultes cérébro-lésés et ayant des troubles du langage. Nous en avons retenu 100 sur les critères suivants :

* indication et réalisation effective d'une rééducation orthophonique.

* existence d'informations nombreuses,

* étiologie vasculaire ou traumatique.

Il n'y a pas eu de limitation par l'âge.

Nos patients présentaient les tableaux cliniques suivants : aphasie de Broca, aphasie de Wernicke, aphasie de conduction, aphasie mixte, syndrome frontal, lésion de l'hémisphère mineur, cécité corticale avec leurs divers troubles associés (hémiplégie, hémianopsie, paralysie faciale,...), 70 d'entre eux ont été suivis par les Services de Rééducation des hôpitaux Henri Mondor et Albert Chenevier ; 30 autres ont été rééduqués en exercice libéral.

Description de la population

	FEMMES	HOMMES	TOTAL
SEXE	25	75	100
MOYENNE D'AGE (entre 15 et 91 ans)	49 ans et 9 mois	55 ans et 9 mois	
ÉTIOLOGIE			
Vasculaire	24	56	80
Traumatique	1	19	20

Résultats

A - Les déficiences

1) Fréquence d'utilisation des items

Sur les 77 items que comporte le chapitre des déficiences, 40 items seulement ont été utilisés.

LES RUBRIQUES LES PLUS UTILISÉES

31-5 Déficience sémantique.....	38 %
32-5 Déficience du traitement, de l'organisation et de la rétention des stimuli auditifs structurés.....	33 %
33-5 Autre déficience de la compréhension du langage.....	29 %
30-0 Déficience fonctionnelle sévère de la communication.....	28 %
38-0 Utilisation idiosyncratique de mots ou de phrases.....	26 %
38-5 Pauvreté du contenu du discours.....	26 %
31-4 Déficience syntaxique.....	22 %
38-4 Autre déficience quantitative de la parole.....	21 %
35-5 Elocution indistincte.....	16 %
37-5 Déficience de la cohérence.....	15 %
38-3 Déficience de la longueur du discours.....	12 %
37-1 Déficience du débit.....	10 %

2) Difficultés d'interprétation des items

Un effort important d'interprétation de la terminologie utilisée dans la C.I.H. a été nécessaire car elle diverge souvent de la terminologie usuelle française.

Code 31.3 «Déficience du vocabulaire» a été choisi pour coder «le manque de mots» dont souffrent de nombreux aphasiques. Nous l'avons utilisé dans 63 % des cas. Cet item a été utilisé malgré la contradiction contenue dans l'intitulé de la rubrique 31: «Déficience de la compréhension et de l'utilisation du langage» qui amalgame deux versants bien distincts de la communication.

Code 33.7 «Autre déficience de la formulation» a été choisi pour traduire les troubles de l'écriture des patients. Nous avons joué sur l'ambiguïté des termes «formulation graphique» et graphisme pour remplacer l'item «déficience de l'écriture» inutilisable dans la rubrique 34 «Autre déficience de l'apprentissage».

Code 31.1 «Autre dyslexie» a été choisi pour coder les troubles de la lecture. Il remplace les items 34.2 «Difficultés de lecture» inutilisable dans la rubrique 34 malgré la réserve de l'intitulé 31.

Code 30.4 «Autre déficience sévère de la communication» a été choisi pour coder le trouble aphasique et la réduction orale assez importante de certains patients.

Code 31.5 «Déficience sémantique» a été choisi pour coder les «paraphasies sémantiques» avec la même réserve pour l'intitulé de la rubrique 31.

Code 32.1 «Déficience du traitement, de l'organisation de la rétention des stimuli structurés» est utilisé pour coder les troubles de la compréhension orale (que nous pensions trouver en rubrique 31). Nous avons dû interpréter cet item pour le rendre utilisable.

Code 33.5 «Autre déficience de la compréhension du langage» permet de coder les troubles de la compréhension écrite. Pour cela, nous avons donc interprété l'exemple qui a été donné «d'un langage non verbal» en «langage écrit». Ce qui est probablement très critiquable.

Code 30.0 «Déficience fonctionnelle sévère de la communication» comprenant le mutisme est choisi pour coder les troubles plus massifs de communication de certains patients et non pas seulement le mutisme donné en exemple.

Code 38.0 «Utilisation idiosyncratique de mots ou phrases» choisi pour coder les «paraphasies phonémiques», les «jargons» ou néologismes.

Code 38.5 «Pauvreté du contenu du discours» est choisi pour coder la «réduction quantitative des productions langagières» mais aussi la «réduction du langage élaboré». Le codage n'apparaît donc plus pertinent et son taux de fréquence assez bas (28 %) le démontre. En effet, la majorité de notre population souffre d'une réduction langagière mais certains patients sont informatifs malgré un langage peu élaboré.

Code 31.4 «Déficience syntaxique» est choisi pour coder les problèmes de dysyntaxie et d'agrammatisme, malgré la réserve constante pour l'intitulé de la rubrique 31. L'absence de discernement entre ces deux troubles du langage nous a cependant gênés.

Code 38.4 «Autre déficience quantitative de la parole» est choisi pour coder la «réduction quantitative langagière» plus importante de certains patients. Son taux

d'utilisation assez bas (21%) traduit bien l'ambiguïté de cet item et des termes «déficience quantitative» qui peuvent concerner la majorité de notre population aphasique.

Code 35.5 «Elocution indistincte» est choisi pour coder les «troubles praxiques» et «l'apraxie bucco-faciale».

Code 37.5 «Déficience de la cohérence» est choisi pour coder l'incohérence de certaines productions verbales (cas du jargon, de l'aphasie de Wernicke, du syndrome frontal par exemple). Ce codage évoque plutôt un trouble du contenu du discours classé en rubrique 38 «qu'une déficience de la parole dans la forme».

Code 38.3 «Déficience de la longueur du discours» est choisi pour coder les anomalies dans la longueur des productions verbales (dans le jargon logorrhétique par exemple).

Code 37.1 «Déficience du débit comprenant le débit trop rapide» est choisi pour coder les anomalies d'un débit verbal trop abondant (cas de la logorrhée particulièrement). Nous souhaitons pouvoir coder également le débit trop lent (trouble plus fréquent pour notre population) mais n'avons pas trouvé l'item correspondant.

Sur les 40 codes des Déficiences utilisés, nous en avons relevé 16 qui ont été utilisés avec réserve. Ceux qui ne font pas l'objet de discussion ni de réserves sont les suivants:

- **code 38.0** «Utilisation idiosyncratique de mots ou de phrases»(néologismes).
- **code 38.3** «Déficience de la longueur du discours»
- **code 37.1** «Déficience du débit».

B - Les incapacités

Parmi les **23** items que compte la partie Incapacités, **11** items ont été utilisés.

LES ITEMS UTILISÉS PAR ORDRE DE FRÉQUENCE DÉCROISSANTE (cf tableau page 8)

21 Incapacité concernant la parole.....	67 %
28 Incapacité concernant l'écriture.....	49 %
26 Incapacité concernant la vision fine.....	35 %
20 Incapacité concernant la compréhension du langage.....	29 %
27-2 Incapacité de comprendre les messages écrits.....	23 %

Commentaires

Code 21 «Incapacités concernant la parole» a été choisi pour coder une majorité de cas (67%). Cet item représentait l'un des codes principaux concernant l'orthophonie et la population étudiée. L'absence de degré de sévérité a cependant diminué le taux d'utilisation, certains patients souffrant d'une réduction trop modérée pour être qualifiée d'incapacité. L'exemple donné nous a embarrassé car nous y trouvons mélangés le versant productif et le versant informatif («produire des messages verbaux» et «transmettre le sens du message»).

Code 28 «Incapacité concernant l'écriture» a été utilisé sans ambiguïté. Là aussi, on peut regretter l'absence d'échelle de sévérité.

Code 26 «Incapacité concernant la vision fine» a permis de coder les troubles alexiques. Nous sommes embarrassés par les multiples troubles concernés par cet item : acuité visuelle, lecture, reconnaissance des visages, agilité visuelle. Notre choix est hésitant car cet item est peu pertinent. De plus, la majorité de notre population ne souffre pas de réels problèmes visuels.

Code 20 «Incapacité concernant la compréhension» a été choisi pour coder les troubles de compréhension orale. L'absence d'échelle de sévérité nous a empêchés de coder le cas 17 par exemple dont la compréhension orale se limitait aux textes simples. Cet item est assez explicite et aucun glissement n'a été effectué vers la rubrique 22 «Autre incapacité concernant la compréhension du langage».

Code 27.2 «Incapacité de comprendre les messages écrits» a été choisi pour coder les troubles de la compréhension écrite. L'exemple donné indique une «incapacité de décoder et de comprendre les messages écrits». Nous trouvons là une ambiguïté lorsque nous nous référons à l'intitulé de la rubrique 27 «Autre incapacité concernant la vision et les activités qui en dépendent».

Code 23 «Incapacité d'écouter quelqu'un parler» qui a été choisi pour coder les troubles de l'attention, est assez explicite et peut convenir à certaines sémiologies de type

syndrome frontal ou aphasie de Wernicke.

Code 29.0 «Incapacité concernant la communication symbolique» est un item assez explicite.

Code 27.1 «Incapacité de distinguer les couleurs». Cet item est explicite et concerne l'agnosie des couleurs dont peuvent souffrir certains patients cérébro-lésés.

Code 25 «Incapacité concernant la vision des grandes formes» a été choisi pour coder les cas de troubles neurovisuels importants.

Code 29.1 «Autre incapacité concernant l'expression non verbale comprenant l'incapacité de transmettre une information par un geste, une expression ou des moyens analogues». Cet item nous a paru explicite.

Code 27.3 «Autre incapacité de lire le langage écrit comprenant la difficulté en rapport avec la rapidité ou la patience» a été choisi pour coder un cas de syndrome frontal avec troubles du comportement et donc «manque de patience». Le manque de «rapidité», en particulier pour la lecture, est très souvent observé chez les 100 sujets cérébro-lésés inclus dans notre travail. Nous n'avons pas pris en compte cet aspect proposé par l'item ce qui explique son faible taux d'utilisation (1%).

5 codes représentent les troubles systématiquement recherchés dans une évaluation en vue d'une rééducation orthophonique: expression orale (21) ; compréhension orale (20) ; expression écrite (28) ; lecture (26) ; compréhension écrite (27.2) et sont de fait les plus utilisés dans notre étude. Le codage n'est possible que grâce à des «aménagements» ou interprétations dans l'utilisation des codes.

Seuls **6 codes sont utilisés sans ambiguïté** ni hésitations : **28** «Incapacité concernant l'écriture» ; **20** «Incapacité concernant la compréhension du langage» ; **23** «Incapacité d'écouter quelqu'un parler» ; **29.0** «Incapacité concernant la communication symbolique» ; **27.0** «Incapacité de distinguer les couleurs» ; **29.1** «Autre incapacité concernant l'expression non verbale».

Les codes restants sont considérés comme sujets à des interprétations subjectives et donc considérés comme peu fiables.

Présentation des corrélations inter-juges

Cette comparaison s'est effectuée sur 10 dossiers seulement (choisis au hasard). La difficulté pratique pour la poursuite de l'étude de corrélation a été la désaffection des orthophonistes pour le dispositif de classification qu'ils ont finalement rejeté.

UTILISATION DES ITEMS DU CODE-DÉFICIENCE	
Différence supérieure à 3 cas entre les 2 observateurs	17 fois
Différence inférieure à 3 cas entre les 2 observateurs	21 fois

FRÉQUENCE D'UTILISATION DU CODE INCAPACITÉS DANS LES 5 ITEMS CONSIDÉRÉS COMME LES PLUS PERTINENTS EN ORTHOPHONIE		
Identification du code O.M.S.	Fréquence d'utilisation par le 1er observateur	Fréquence d'utilisation par le 2ème observateur
21	6/10	8/10
20	4/10	4/10
28	8/10	7/10
26	1/10	2/10
27-2	1/10	1/10

L'ensemble du codage «incapacités» est utilisé de façon plus homogène et plus cohérente que le codage des «déficiences».

CORRÉLATION INTER-OBSERVATEUR		
CODE D (déficiences)		
CODE	1er observateur	2ème observateur
30.0	5/10	4/10
31.4	0/10	1/10
31.5	0/10	3/10
32.1	0/10	5/10
35.5	5/10	5/10
37.1	0/10	1/10
37.5	7/10	1/10
38.0	3/10	5/10
38.3	0/10	1/10
38.4	5/10	2/10
38.5	6/10	6/10

Ce tableau regroupe les codes les plus utilisés lors de l'étude faite sur 100 cas

Discussion : les principales difficultés rencontrées

A - La terminologie

Le principal obstacle rencontré par les professionnels de l'orthophonie est celui de la terminologie utilisée qui, dans bien des cas, est éloignée de celle communément utilisée en France par ces professionnels. Nous l'illustrerons par quelques exemples.

«Déficiences de la compréhension et de l'utilisation du langage» (code 31). Cette définition ne peut inclure celle de l'aphasie : «Trouble du langage consécutif à des lésions cérébrales responsables d'une perturbation de l'utilisation des règles nécessaires à la production et/ou à la compréhension d'un message verbal» qui est aussi évoqué au code 30 sous le terme inapproprié pour le vocabulaire de l'orthophonie de «dysphonie». Le terme «utilisation du langage» prête à confusion avec celui «d'expression du langage» qui est l'un des 2 versants habituels de l'évaluation du langage, l'autre versant étant la compréhension.

Déficience des fonctions linguistiques et sublinguistiques a fait l'objet de beaucoup de discussions et de l'absence de consensus dans le groupe des orthophonistes. Par exemple «stimuli auditifs structurés» (code 31) n'a pas été compris. Cet item a été «traduit» de 2 façons : «sous structurés» et «structures rythmiques» et compris comme étant peut-être les mots du langage oral.

Le code 34 «autre déficience de l'apprentissage» a lui aussi posé de difficiles problèmes d'interprétation du contenu : «difficulté de l'écriture» (34-2), «déficience de l'écriture» (34-4) n'ont pas pu être en liaison avec l'intitulé du code 34. L'explication de l'item 34-5 («Autres difficultés spécifiques de l'apprentissage») est incompréhensible pour les orthophonistes.

Les **codes 22-0** «Incapacité de comprendre d'autres messages audibles» et **29-1** «Autre incapacité concernant la communication non verbale» n'ont pu être interprétés par le groupe des orthophonistes, malgré les commentaires retenus dans le manuel.

Un bon nombre d'autres rubriques de codage sont apparues ambiguës ou imprécises par des professionnels de l'orthophonie et ont été la cause d'interrogations sur leur signification. Ce sont les codes : **34-4 ; 31-0 ; 32 ; 33 ; 33-7 ; 36-2 ; 36-3 ; 36-51 ; 37-5 ; 38-2 ; 38-5** («autre déficience de l'humeur») pour les déficiences et **22-1** pour les incapacités. D'une façon plus générale, la répartition de ces différents items entre déficiences et incapacités n'apparaît pas justifiée. Ceci apparaît jusque dans la formulation utilisée par les rédacteurs de la classification : code 31-0 «Troubles centraux de la fonction visuelle avec incapacité de communiquer». Il faut en rapprocher ce constat du grand nombre de possibilités de codage (37 au total) pour les déficiences (troubles) de la parole alors qu'au

niveau des incapacités un seul code (21 = incapacités concernant la parole) est utilisable.

Le jugement porté par les orthophonistes sur les codes utilisés dans le champ disciplinaire de la phoniatry est qu'ils sont plus maniables que ceux affectés au langage pathologique.

B - Les rubriques absentes de la classification

Le groupe des orthophonistes n'a pas trouvé place dans la classification pour les troubles de la compréhension, les troubles du graphisme, les stéréotypies verbales, les persévérations dans le langage.

C - Difficultés d'utilisation pratique du manuel de la classification internationale

Le repérage des rubriques est rendu très difficile du fait d'un classement discutable et surprenant pour des orthophonistes. Ceci représente un temps pour la recherche préjudiciable au bon usage. Le fait que les codes au niveau des déficiences soient redondants avec ceux des incapacités constitue une gêne supplémentaire : code 30 des déficiences : difficultés du langage. Le code 20 des incapacités concerne le langage oral.

Le niveau de déficience apparaît beaucoup trop vaste avec des items trop nombreux, souvent proches les uns des autres, donc probablement inutiles. Paradoxalement (si on se réfère aux définitions de l'OMS) les codes sont moins nombreux pour les incapacités (23) que pour les déficiences (77) ce qui en facilite, du point de vue des orthophonistes, l'utilisation.

Du fait de ces difficultés il n'a pas été possible de dégager une cohérence intra-observateur (test-retest), ni inter-observateur. Le sentiment des usagers orthophonistes après cette expérience a été de ne pas savoir distinguer nettement la frontière entre les déficiences et les incapacités.

D - Le niveau des handicaps

Il n'a pas été utilisé dans cette étude, «les désavantages d'orientation» n'ont pas été jugés pertinents et ont paru mal à leur place dans cette rubrique puisqu'il s'agit en fait d'incapacités.

Conclusions

La multiplicité des difficultés rencontrées par tous les utilisateurs nous permet de constater l'**impossibilité de son application actuelle**. L'utilisateur principal qui a codé 100 cas n'a pu dégager une stratégie de codage plus convaincante que celle proposée par celui qui a codé 10 cas.

Toutes les grilles «Déficiences et Incapacités» ont pu être remplies mais avec de nombreuses difficultés d'interprétation des items. Cette attitude donne un codage peu fiable. Notre étude a d'ailleurs fait ressortir la rareté des items définis «stables» concernant notre population. Nous constatons pourtant une utilisation plus aisée du «niveau Incapacités».

Le codage des données est trop long à effectuer (particulièrement au niveau «Déficiences») et ceci justifierait la réticence d'utilisation de la part d'autres utilisateurs, de plus, les classements proposés ne paraissent pas toujours cohérents et logiques.

Nous nous interrogeons sur un grand nombre d'items que nous ne considérons pas à leur place parmi les déficiences et sur les critères distinguant un code «Déficiences» d'un code «Incapacités» ?

Nous constatons également les autres facteurs ne provenant pas directement de la C.I.H. :

- l'utilisateur lui-même a dû faire un effort constant d'adaptation pour dépasser ses propres habitudes de praticien. Nous évoquons là un des objectifs essentiels d'existence de la C.I.H. : la volonté d'un langage plus commun facilitant l'échange interdisciplinaire.

- les données recueillies dans les dossiers qui sont souvent limitées aux compte-rendus des évaluations orthophoniques et ne permettent pas ainsi de répondre à une classification internationale. Nous ne pouvons que souhaiter un élargissement des informations vers une approche toujours praticienne mais plus globale et tangible de la situation de nos patients. Cette notion constitue la trame essentielle sous-jacente de la C.I.H. et de ses concepts.

Cette classification des handicaps nous intéresse particulièrement pour l'approche globale et situationnelle du handicap qu'elle suggère. Aussi souhaitons-nous que la

prochaine révision apporte l'outil d'évaluation et d'échange dont nous avons besoin, compte tenu de la spécificité de chacun des domaines de la santé. L'un d'entre nous a déjà fait des propositions dans ce sens tout particulièrement pour la classification des troubles du langage.

Nous terminerons cette étude par une série de questions reflétant notre réflexion sur la classification actuelle, accompagnée de réponses suggérant ce que nous attendons d'une classification.

1) La C.I.H. permet-elle de classer nos dossiers ?

Non, les variations résultant du choix trop vaste des items proposés et de leur mauvaise compréhension rendent le classement difficile et trop fluctuant d'un utilisateur à l'autre.

2) La C.I.H. permet-elle de mieux communiquer avec les autres professionnels de la santé ?

Non, les critères encore trop imprécis ne permettent pas de dégager un langage commun et de dépasser la référence habituelle des professionnels de la santé qui reste le langage lésionnel.

3) La C.I.H. permet-elle de mieux communiquer avec les professionnels qui ne sont pas de la santé (démographes, sociologues, enseignants...) ?

Notre étude s'est limitée à des utilisateurs orthophonistes. Il serait nécessaire de renouveler l'application avec d'autres utilisateurs pour établir les véritables limites de la classification actuelle ainsi que son champ opérationnel.

3) Le C.I.H. introduit-elle une rigueur plus grande dans la pratique d'un orthophoniste ?

Oui, l'application des concepts obligera à une certaine rigueur, notamment dans le recueil des données. Cet aspect nouveau ne peut être qu'un apport positif dans le domaine de l'orthophonie et améliorer ainsi son intégration parmi les autres sciences de la réadaptation.

4) La C.I.H. facilite-t-elle la mise en place du processus de rééducation et d'évaluation ?

Non, les items trop imprécis ne permettent pas de restituer le profil du patient et les paramètres utilisés sont peu quantifiables et trop descriptifs. Les items doivent être clairs, peu interprétables et comporter une échelle de sévérité et d'évolutivité.

Bibliographie

- BEGUE SIMON A.M. De l'évaluation du préjudice à l'évaluation du handicap MASSON, Coll. Médecine légale et toxicologie médicale, PARIS, 1985, 159 p.
- CHAPIREAU F. Le handicap impossible. Analyse de la notion de handicap dans la loi d'orientation du 30 juin 1975. Annales médico-psychologiques, 1988, 146, n° 8.
- CHARPENTIER P. et LEGALL M. L'apport de la Classification Internationale des Handicaps en rééducation à propos de 950 dossiers Communication, Journée d'étude «La C.I.H. Quelles applications ?», PARIS, 20 avril 1989.
- Classification Internationale des Handicaps : Déficiences, incapacités et désavantages C.T.N.E.R.H.I., PUF, PARIS, 1988, 203 p.
- Classification Internationale des Handicaps : Du concept à l'application. Actes du colloque 28-29 novembre 1988, C.T.N.E.R.H.I., PARIS, 1989.
- FABRE C. et BERTAU P. La Classification Internationale des Handicaps, outil de recueil des données auprès des praticiens, intérêts et limites. Journée d'étude C.T.N.E.R.H.I. : La C.I.H. Quelles applications ?, PARIS, 20 avril 1989.
- FOUGEYROLLAS P. La révision de la Classification Internationale des Handicaps : le point sur les travaux du Québec. Actes du colloque 28-29 novembre 1988, C.T.N.E.R.H.I. PARIS, 1989.
- GOUGE M. Application de la Classification Internationale des Handicaps à une population de 100 patients cérébro-lésés adultes. Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste 54 p. Université PARIS V, 1989.
- HAMONET C. BEGUE-SIMON A.M. Pour une simplification et une restructuration de la Classification Internationale des Handicaps (CIDIH) Revue du réseau international C.I.D.I.H. (QUEBEC), 1989, Vol. 2, n° 2-3, p. 9-87.
- HAMONET C. Utilisation du concept de la Classification de WOOD dans l'enseignement du handicap et de la réadaptation aux étudiants et professionnels de la santé. In Classification Internationale des Handicaps p. 281-199, C.T.N.E.R.H.I., VANVES - PARIS, 1989.
- MINAIRE P. Le handicap : définition et application en rééducation et réadaptation. Journal de réadaptation médicale 6, vol. 6, p. 202-204.

- LECOURS A.R. et LHERMITTE F. L'aphasie, Flammarion, PUM, Médecine Sciences, 1983, 657 p.
- WIROTIUS J.M. Rééducation fonctionnelle et handicapologie Masson, Journal de réadaptation médicale, vol. 5, 1985, p. 37-39.
- WOOD P.H.N. Comment mesurer les conséquences de la maladie : la Classification Internationale des infirmités, incapacités et handicaps. Chronique O.M.S., 1980, n° 10, p. 400-405.

Ce travail a fait l'objet d'une présentation lors de la rencontre entre les usagers de la Classification Internationale des Handicaps organisée au Sénat, à PARIS en avril 1989 par le centre collaborateur O.M.S. pour la classification des handicaps (C.T.N.E.R.H.I.).