

LE COMITE DE CLASSIFICATION DE LA W.O.N.C.A.

Docteur Philippe JACOT

RESUME :

Depuis 1976, les Généralistes du monde entier ont réalisé l'inadéquation de la Classification Internationale des Maladies à l'étude de la médecine générale. Lors de sa dernière réunion à Madrid en Janvier 1993, à laquelle participait la Société Française de Médecine Générale, une conclusion très pragmatique a reçu l'assentiment général : que chaque pays soit responsable de son système de relevé, que les résultats puissent si possible être traduits en code I.C.P.C. (International Classification of Primary Care), mais que la qualité des définitions devait être l'élément essentiel.

Le Comité permanent de classification de la W.O.N.C.A. (Organisation mondiale des sociétés scientifiques de médecine générale), s'est réuni au début de 1993 à MADRID, pour une session de travail de cinq jours.

Ce Comité est né de la constatation unanime de l'inadéquation de la Classification Internationale des Maladies (C.I.M.) dès lors qu'on se propose d'étudier la médecine générale.

Rappelons brièvement que la C.I.M., initialement conçue pour classer les causes de décès, a été utilisée à partir de 1948 pour classer les maladies. Plus on se trouve près d'un diagnostic dont le cadre nosologique est précis, voire d'un diagnostic anatomo-pathologique, plus son utilisation est facile.

Mais, comme il l'a été largement démontré, *la majorité des Résultats de Consultation en médecine générale (près des deux tiers) sont des situations non diagnostiquées au sens classique du terme.*

Or, si on se propose de décrire les mécanismes de prise de décision en médecine générale, il faut pouvoir rendre compte de ces situations, puisqu'elles sont une des bases des procédures tant diagnostiques que thérapeutiques mises en oeuvre.

C'est dire l'importance d'une bonne définition de ces situations.

La première étape des travaux du Comité a été de produire, dès 1976 une classification qui n'était en quelque sorte qu'un résumé à usage de la médecine générale de la C.I.M. : c'était **l'International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC)**.

Puis, est apparue la nécessité de définir les termes de cette classification. Le résultat est une classification des problèmes de santé en soins primaires, **l'ICHPPC-2**.

En fait – aux dires-mêmes de ses promoteurs – cette classification n'est pas au point : les définitions sont imprécises et surtout peu ou pas exclusives les unes des autres. En outre, elles font souvent appel à des éléments qui ne peuvent pas toujours être connus du médecin au moment de sa consultation. Enfin, elle garde le plan de la C.I.M. avec un chapître "fourre-tout" de situations prétendues mal définies.

Dans une deuxième étape, le Comité a produit une classification alpha-numérique des décisions prises au terme de la séance de médecine générale : **International Classification of Process in Primary Care (IC-Process-PC)**.

Il s'agit d'un document peu maniable surtout prévu à des fins comptables.

Un autre travail du Comité a été de produire une classification des motifs de consultation : **Reason or Encounter Classification (RFEC)**. Classer les motifs de consultation du patient, au moins tels que le médecin les perçoit est une entreprise ambitieuse. On imagine immédiatement l'imprécision quant à déterminer la raison profonde et le plus souvent inconsciente qui conduit un patient à consulter son médecin !

Par ailleurs, les Hollandais se sont attachés à développer l'association des trois classifications précédentes (motifs de consultation, procédures et "diagnostics") sous le nom d' **International Classification of Primary Care (ICPC)**, connue en France sous le nom Classification Internationale des Soins Primaires (CISP)

Ce système a une architecture complexe, inutilisable pendant le temps-même de la consultation (temps réel). Il n'a pour le moment pas de définition des termes utilisés. Il est considéré jusqu'à maintenant comme un possible outil de recherche.

A la réunion de MADRID où 15 pays de tous les continents étaient représentés, de nombreuses questions ont été traitées dont nous donnons ci-dessous la liste non exhaustive:

I - RAPPORT du Pr BRIDGES-WEBB, Président du Comité de Classification de sa visite à l'O.M.S. en Janvier 1993:

Le Président a informé l'O.M.S. de l'intention de la WONCA de produire des définitions pour les rubriques de l'I.C.P.C. ainsi que d'éditer un glossaire utile aux chercheurs en médecine générale.

Il a assuré l'O.M.S. qu'il serait tenu compte des descriptions et guides diagnostiques que celle-ci met au point dans le cadre de la **10° Révision**, en particulier pour le chapitre V, concernant les désordres mentaux)

II - PRESENTATION de la REUNION INFORMELLE tenue à GENEVE en Décembre 1992:

Au cours de cette réunion ont été examinés les tests d'acceptabilité, d'applicabilité et de pertinence de la version CIM 10, à propos des désordres mentaux, en médecine générale.

Il s'agit là d'un document technique contenant une liste des symptômes retenus pour les adultes, avec descriptions de ces symptômes, comportant des modèles de questionnaires qui devront être utilisés par les investigateurs pour atteindre les objectifs indiqués ci-dessus.

Il est à noter que sur 71 centres retenus par l'OMS dans 31 Pays, seuls 4 d'entre eux sont des centres de médecine générale, ce qui, pour un travail la concernant donne quand même à réfléchir sur la qualité des résultats escomptés.

III - Les DONNEES MINIMALES NECESSAIRES EN MEDECINE GENERALE

(Présenté par le Docteur GERVAS, ESPAGNE)

Sont distinguées ici:

- Des données fixes, telles que les données du patient (identification, traitement au long cours, liste des problèmes, source de paiement), et celles du médecin (caractéristiques professionnelles)
- Des données variables: caractéristiques de la consultation (lieu, durée), motifs de consultation, problèmes posés, résultats et procédures engagées.

Il s'agit là d'un travail sur le fichier médical.

IV - MESURE DE L'ETAT FONCTIONNEL en médecine générale.

(Document préparé par les Dr HARRIS et BRIDGES-WEBB , AUSTRALIE, pour le Comité de Classification de la WONCA).

Est présenté un système de diagrammes d'évaluation de l'état fonctionnel, sous plusieurs aspects (forme physique, activités quotidiennes, ressenti, activités sociales, modifications de l'état de santé et évaluation globale de l'état de santé).

Ces diagrammes sont connus sous le nom de COOP-CHARTS. Des études doivent être menées pour les évaluer, en particulier pour les patients âgés ou pour ceux porteurs d'une affection chronique.

V – ENTRAINEMENT AU DEVELOPPEMENT DE L'OBJECTIVITE pour préparer des décisions avec un SYSTEME INFORMATISE (Document présenté par le Dr MOHIB H. MIRZA, PAKISTAN)

Travail de réflexion à propos de la présentation sous forme de diagrammes des démarches conduisant aux décisions, et à leur utilisation pour l'établissement de données objectives utilisables pour la préparation de programmes informatisés en médecine générale.

VI – SYSTEME DANOIS DE CLASSIFICATION (Présenté par le Dr OLSEN, DANEMARK)

Proposition des autorités sanitaires danoises qui constatant l'absence de système universel de classification, proposent un système où tout serait enregistrable. Malheureusement, le chapitre "médecine générale" indique simplement qu'il faudrait là quelque chose de particulier puisque les systèmes officiellement en vigueur ne conviennent pas...

VII – PRESENTATION DE DOCUMENTS DE TRAVAIL ICPC (Présentée par le Dr LAMBERTS, HOLLANDE)

Par exemple:

* ***"Maladie des valves mitrales non rhumatismale"***

comprend: Mitrale non rhumatismale, aortique, tricuspide, pulmonaire et endocardite chronique.

L'inclusion nécessitant les deux items suivants:

- Absence de critères pour affection rhumatismale cardiaque.
- Preuve d'un dysfonctionnement valvulaire (auscultation, imagerie, ECG)

On voit qu'il s'agit d'un diagnostic confirmé. C'est le cas de la majorité des propositions:

* ***"HTA avec retentissement sur organes cibles"***

* ***"Pathologie infectieuse du système circulatoire"***

etc...

VIII - GLOSSAIRE DE MEDECINE GENERALE (présenté par le Dr BENTZEN, NORVEGE)

Définition d'un certain nombres de termes utilisés en recherche et communication en médecine générale.

Document dont nous préparons une version française afin d'éviter les confusions entre les chercheurs.

IX - ECHELLE D'EVALUATION de la SEVERITE d'une MALADIE (présenté par le Dr PARKERSON, U.S.A.)

Il s'agit d'une proposition de questionnaire à remplir par le médecin pour aider à l'évaluation de la gravité d'une maladie (non encore publié)

X - QUALITE DE VIE et ETAT FONCTIONNEL (présenté par le Dr PAKERSON, U.S.A.)

Rapport d'une étude comparant les points de vue des malades et des médecins sur la qualité de vie des premiers.

XI - PLAN DE TRAVAIL de l'UNIVERSITE de GAND

Pour une étude sur l'utilisation des moyens télématiques en médecine générale.

XII - DISCUSSION à propos du CODE "READ"

Ce système développé au Royaume Uni, ne comporte pas de définition clinique. Il permet au praticien de choisir l'indication qu'il veut enregistrer avec l'aide d'un système très élaboré à entrées multiples (synonymes).

XIII – Présentation du SYSTEME FRANCAIS d'élaboration de DEFINITIONS des RESULTATS DE CONSULTATION et du RESEAU DE LEUR VALIDATION EN TEMPS REEL (Par le Dr JACOT, FRANCE)

Cette présentation a pu être effectuée avec un ordinateur portable auprès de chacun des participants.

Il est apparu que c'était le seul système permettant une utilisation pendant le temps réel de la consultation, avec tous les malades, et autorisant donc une validation collective aux lieux et temps mêmes auxquels elle doit être faite.

Cette énumération des communications – non exhaustive – permet de se rendre compte de la nature des questions traitées. On comprend bien que ce type de réunion de travail internationale, associée aux habituelles discussions de couloir, est une source d'information exceptionnelle, au double titre de la densité et de la variété des sources disponibles.

En effet, 15 Pays étaient présents : AFRIQUE DU SUD, AUSTRALIE, DANEMARK, ESPAGNE, ETATS-UNIS, FRANCE, FINLANDE, GRANDE BRETAGNE, HOLLANDE, HONG-KONG, ISRAEL, PAKISTAN, NORVEGE, SUEDE, BELGIQUE.

La question de l'orientation des travaux du Comité de Classification a été la source de vives discussions et deux tendances se sont nettement opposées :

- L'une exigeant que le Comité ne travaille que sur la CISP, à l'initiative de la Hollande, promotrice du système.
- L'autre à la fois très consciente de la mauvaise qualité des définitions de l'ICHPPC-2, mais très soucieuse de porter la plus grande attention à la qualité des définitions, souhaitant poursuivre le travail en mettant en chantier une ICHPPC-3.

Après de nombreux échanges, il a fallu recourir au vote, pour départager les points de vue : c'est finalement par 10 voix contre 5 que le Comité a décidé de continuer le travail sur l'ICHPPC-3, ce qui n'implique pas cependant l'abandon de l'ICPC.

L'ICPC (ou CISP en France et en Belgique) est considérée par la majorité des pays comme un éventuel outil de recherche, mais **non comme un système utilisable dans la pratique quotidienne**.

Cette décision nous paraît satisfaisante car elle indique que la WONCA veut s'attacher à produire de bonnes descriptions des résultats de consultation, dont on sait, répétons-le, qu'ils servent de base aux choix des procédures diagnostique et thérapeutique.

Une conclusion très pragmatique a finalement reçu l'assentiment général :

- Que chaque pays soit responsable de son système de relevé.
- Que, si possible, les résultats puissent être traduits en code ICPC.
- Que la WONCA aide chacun, si nécessaire à établir des définitions de qualité.

Dr Ph. JACOT

Président de la S.F.M.G.