

METHODES ET OUTILS DE RECHERCHES
EN MEDECINE GENERALE

I)

1985 - 1990

10 ème Révision de la Classification
Internationale des Maladies par l'O.M.S.

Correspondances avec l'O.M.S.

II)

L'index international des publications en médecine
générale : FAMILI.

Il existe un discours public national et international sur la "Santé pour tous".

Dans le même temps, augmente chaque jour l'écart vertigineux entre ce qui est investi en moyens de recherche et de formation dans la médecine dite de pointe qui concerne selon les pays 0 à 10 % des malades et l'effort consenti pour développer en quantité et en qualité les soins de tous les jours. Dans ce domaine, les investissements en matière de recherche sont d'un niveau tel qu'il est possible de les qualifier d'inexistants. Au vu des besoins qui restent à satisfaire en médecine de première intention et donc en médecine générale on est bien obligé de s'interroger sur un état de choses qui, dans le monde entier prive les populations des progrès de santé auxquelles elles ont droit, les Facultés de Médecine des moyens d'enseignement qui leur sont nécessaires et les gestionnaires des moyens de comprendre, gérer, programmer l'évaluation des budgets de santé dont ils sont responsables.

Or, une des causes originelles de la stagnation scientifique en médecine de première intention est aujourd'hui parfaitement localisée dans l'inadéquation de la Classification internationale des maladies comme instrument de recueil des données en médecine générale. Une des tâches premières auxquelles la recherche généraliste dans le monde s'est attachée depuis trente ans est de combler cette lacune. Ces travaux se sont surtout développés dans les pays anglo-saxons et en Autriche.

En France, la Société Française de Médecine Générale s'est très spécialement attachée à développer les instruments modernes de recueil des données sans lesquels rien n'est perfectible dans notre pratique. C'est pourquoi nous participons au débat international qui se déroule à l'OMS à l'occasion de la 10^{ème} Révision de la Classification Internationale des Maladies qui va se dérouler de 1985 à 1990.

Nous donnons ici quelques correspondances qui présentent clairement les problèmes et les positions.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Classification internationale des maladies

La SFMG propose à l'OMS de différer la révision de 1985

L'Organisation mondiale de la santé doit réviser l'année prochaine sa « classification internationale des maladies ». Mais deux organisations de généralistes, la WONCA (internationale) et la SFMG (France), voudraient obtenir un sursis de deux ans pour faire, enfin, de cette classification un outil véritablement opérationnel.

1985 sera l'année de la dixième révision de la classification internationale des maladies de l'OMS (Organisation mondiale de la santé), ou tout du moins « devrait être », si cette illustre institution continue d'ignorer les requêtes qui voudraient la voir se donner deux ans de réflexion supplémentaires avant d'engager cette démarche. Des requêtes qui émanent de la

WONCA (Organisation mondiale de sociétés savantes, collèges et académies nationales de médecins généralistes et de famille) dont la branche française est la SFMG (Société française de médecine générale), laquelle vient de s'adresser par lettre au Dr Mahler, directeur de l'OMS, pour appuyer la demande de la WONCA.

Cette lettre, volontairement solennelle, porte les quatre signatures des Drs Vincent, président, de Coulibeuf, président d'honneur, Jacot, vice-président et membre du comité de classification de la WONCA, et Rosowski, président délégué, responsable du département recherche. « La Société française de médecine générale, écrivent-ils, avait constaté que la huitième classification internationale des maladies avait laissé inchangée la structure fondamentale de la classification et la philosophie générale de classement des maladies d'après leur étiologie plutôt qu'en fonction d'une manifestation particulière. »

En 1975, la neuvième classification avait bien été l'occasion d'essayer de tourner la difficulté en dotant d'un (+) les diagnostics étiologiques et d'un (*) les manifestations sémiologiques. Il n'empêche que ce procédé ne facilita guère l'usage d'un document comportant un millier de classes et cinq mille sous-classes. Au point que quelques pays — dont tous les pays nordiques — avaient déjà décidé de l'ignorer.

« Au moment, poursuivent les quatre Français, où la bonne compréhension et la gestion des soins en médecine de premier échelon constituent un problème

très important, aussi bien pour les pays en voie de développement que pour les pays avancés, nous ne pouvons pas accepter le report à dix ans d'une classification pertinente. » Référence explicite au délai décennal habituel en la matière : « Ainsi, nous disons que le délai de 1985 pour proposer un schéma de révision est trop court (...). Nous sommes sûrs en effet que, comme pour toute science il faut, en médecine générale, commencer par dénombrer et regrouper les objets qui entrent dans son champ et que, pour que ce regroupement et cette classification soient exhaustifs, sélectifs, dénominatifs, il faut que les groupes d'experts chargés de l'établir comprennent des personnalités qualifiées en classification des soins de premier échelon ».

Au passage, la SFMG fait officiellement acte de candidature.

Elle a adressé copie de cette missive à M. Hervé, secrétaire d'Etat à la Santé et, à ce titre, évidemment concerné par les problèmes de l'OMS en tant que représentant d'un Etat membre.

Et pas n'importe quel Etat membre qui plus est, puisque le Pr Jacques Roux, directeur général de la Santé, est par ailleurs président du comité exécutif de l'OMS.

En l'occurrence, le gouvernement français lui aussi en quête d'outils épidémiologiques fiables ne pourrait sans doute qu'appuyer la démarche de la SFMG, qui vise à soutenir celle de la WONCA, lancée il y a quelques semaines par l'Américain Froom.

Dans cette affaire, il ne faut pas oublier en effet que les principaux bailleurs de l'OMS sont les Etats-Unis. En tout cas, pour ce qui est des chercheurs, le discours est tout à fait synchronisé des deux côtés de l'Atlantique.

Jean-Pol DURAND

société
française
médecine
générale

Paris, le 13 décembre 1984

Dr. HALFDAN - MAHLER
M.D.
Directeur Général
World Health Organization
1211 GENEVE 27 Suisse

Mon Cher Confrère,

Lors de sa réunion du 8 décembre 1984, la Société Française de Médecine Générale a décidé de soutenir la position de la WONCA sur le délai d'au moins deux ans nécessaire, quant à la mise en route de la 10^{ème} révision de la C.I.M.

En effet, nous avons déjà constaté que la C.I.M. 8 (comme le rappelle d'ailleurs l'introduction de l'édition française de la C.I.M. 9, page 11, III paragraphe) plus radicale que la 7^{ème}, n'en a pas moins laissé inchangées la structure fondamentale de la classification et la philosophie générale de classement des maladies d'après leur étiologie plutôt qu'en fonction d'une manifestation particulière.

La C.I.M. 9 a essayé de résoudre ce problème avec le procédé des + et des *. Pourtant, elle n'est pas apparue suffisamment différente pour que tous les pays l'adoptent (exemple : les pays scandinaves). Il ne faudrait donc pas que cette mésaventure se reproduise avec la C.I.M.10.

Par ailleurs, les informations dont nous disposons nous permettent de considérer que le concept de classification en médecine générale / de famille, tel qu'il avait été admis au meeting de San-Francisco, ne se traduit pas dans ce qui est actuellement proposé par l'O.M.S. pour la 10^{ème} édition.

Or, au moment où la bonne compréhension et la gestion des soins en médecine de premier échelon constituent un problème très important aussi bien pour les pays en voie de développement, que pour les pays avancés, nous ne pouvons pas accepter le report à dix ans d'une classification pertinente.

Ainsi, nous disons que le délai de 1985 pour proposer un premier schéma de révision est trop court, d'autant que le comité O.M.S 10 ne comporte pas suffisamment d'experts en classification des soins primaires.

Nous sommes sûrs, en effet, que comme pour toute science, il faut, en médecine générale, commencer par dénombrer et regrouper les objets qui entrent dans son champ et que, pour que ce regroupement, cette classification, soient exhaustifs, sélectifs et dénominatifs, il faut que les groupes d'experts chargés de l'établir comprennent des personnalités qualifiées en classification des soins de premier échelon.

.../...

Nous demandons donc à ce que la S.F.M.G. puisse, au nom de la médecine générale française, participer à ce comité d'experts.

Ainsi, nous nous efforcerons de notre mieux d'atteindre l'objectif de l'O.M.S. : la santé pour tous en l'An 2000.

Bien confraternellement,

Dr. B. VINCENT
Président

Dr. Ph. JACOT
Vice-Président
Membre du Comité
de classification
de la WONCA

Dr. J. de COULIBOEUF
Président d'honneur

Dr. O. ROSOWSKY
Président Délégué
Responsable du
Département Recherche



Téléphone Central/Exchange: 91 21 11
Direct: 91 2334

In reply please refer to:

I3/374/10(10)

Prière de rappeler la référence:

Monsieur le Dr B. Vincent
Président
Société Française de
Médecine Générale
29, avenue du Général Leclerc
75014 Paris
France

Genève, le 7 janvier 1985

Monsieur le Président,

Nous avons lu avec un certain étonnement votre lettre du 13 décembre 1984 concernant la Dixième Révision de la Classification Internationale des Maladies qui semble contenir les mêmes erreurs d'interprétation que la lettre que nous avait adressée le Dr Fromm en novembre 1984.

La Classification Internationale des Maladies, sous divers intitulés, a constitué un élément essentiel pour la récolte, la classification, la présentation et l'analyse statistique des causes de mortalité pendant plus de 80 années. Elle a aussi été utilisée pour des études sur la morbidité pendant plus de 30 années. Sous sa forme actuelle, la Classification Internationale des Maladies ne peut pas être facilement modifiée. Chaque incorporation de nouvelles données scientifiques a ainsi entraîné une révision majeure, occasionnant des coûts importants pour les administrations nationales concernées (mise au point de nouveaux programmes informatiques, recyclages des codeurs et analystes, etc.). Un des principaux objectifs de la Dixième Révision est donc de produire une classification "ouverte" pouvant être ultérieurement amendée et complétée sans effectuer des réorganisations internes importantes. Nous sommes maintenant convaincus que ceci est possible d'une manière assurant la comparabilité des études de mortalité et de morbidité à travers le temps, et évitant d'avoir à procéder ultérieurement à des ajustements coûteux pour les services nationaux de statistiques concernés. Cette nouvelle présentation de la Classification Internationale des Maladies facilitera aussi le développement d'une famille de classifications médicales et sanitaires compatibles avec tel ou tel chapitre de la Classification Internationale. Nous voudrions toutefois attirer votre attention sur le fait que la Classification Internationale des Maladies étant utilisée depuis plus de trois-quarts de siècle et approuvée par tous les pays du monde, ce sont les classifications médicales et sanitaires plus spécialisées et ayant une utilisation plus limitée qui devront être ajustées pour améliorer leur compatibilité avec la Classification Internationale des Maladies, et non le contraire. Ceci dit, la préparation de la Dixième Révision tient compte de tous les développements pertinents ayant récemment eu lieu dans ce domaine, y compris le travail en cours sur le projet d'une Classification Internationale des Soins de Première Ligne.

./.

cc : Dr J. de Couliboef, Président d'honneur, SFMG
Dr Ph. Jacot, Vice-Président, Membre du Comité de classification de la WONCA
Dr O. Rosowsky, Président Délégué, Responsable du département Recherche

7 janvier 1985

Dr B. Vincent, Président SGMG
Dr K. Kupka, Chef DES

Ce projet de Classification Internationale des Soins de Première Ligne a fait l'objet d'études de praticabilité dans plusieurs pays. La pertinence, la validité et l'utilité de la classification proposée en tant qu'outil pratique de gestion de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires dans la majorité des pays du monde reste à démontrer et à évaluer. De nombreux ajustements seront probablement nécessaires avant qu'une telle classification puisse prendre la place qui lui revient au sein de la famille des classifications médicales et sanitaires.

L'Organisation mondiale de la Santé continue évidemment de s'intéresser au développement, à la validation et à l'usage pertinent d'outils appropriés pour la recherche sur les systèmes de santé. Elle a en particulier manifesté son intérêt pour la Classification Internationale des Problèmes Sanitaires des Soins de Première Ligne (ICMPPC-2 et ICHPPC-2- définis) et a continuellement encouragé le développement et l'évaluation du projet susmentionné de Classification Internationale des Soins de Première Ligne. L'Organisation a l'intention de maintenir cette approche, tout en étant consciente des limitations de tels outils. On doit en particulier garder à l'esprit que les techniques d'investigation clinique et biologique, tout comme les méthodes de prévention et de traitement, d'une part évoluent très rapidement et d'autre part sont fortement influencées par les traditions et conditions socio-économiques nationales. Les détails de certains chapitres de ces classifications évoluent donc rapidement et des ajustements nationaux, ou même institutionnels, sont fréquemment indispensables.

Nous savons tous par ailleurs que, dans beaucoup de pays, il y a un écart considérable entre le potentiel d'analyse représenté par la Classification Internationale des Maladies, et les classifications médicales et sanitaires associées, et l'utilisation effective de ces classifications pour la gestion des systèmes de santé nationaux. L'écart est probablement beaucoup plus important que l'on ne le croit, tant en termes d'amplitude du problème que du nombre de pays concernés. L'Assemblée mondiale de la Santé, lorsqu'elle a discuté en mai 1984 du suivi de la mise en oeuvre des stratégies Santé pour Tous, a souligné avec insistance que dans la majorité des pays la qualité et la quantité d'information sanitaire disponible au niveau de ceux prenant les décisions sont très inférieures au minimum requis pour la saine gestion des systèmes de santé nationaux. Nous prenons cet avertissement très au sérieux; il a des implications évidentes pour le développement de la Dixième Révision si l'on veut optimiser l'utilisation de la Classification Internationale des Maladies; il a aussi des implications pour le développement et l'évaluation des classifications médicales et sanitaires associées. L'Organisation continuera ses efforts pour appuyer le développement des capacités nationales en matière de gestion des systèmes de santé nationaux basés sur les soins de santé primaires, y compris sa composante d'information médicale et sanitaire. Il y a énormément à faire et cela prendra beaucoup de temps.

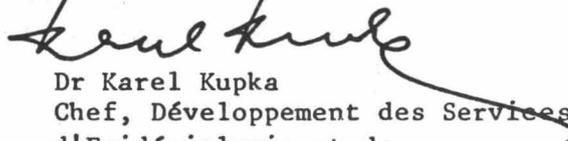
./.

7 janvier 1985

Dr B. Vincent, Président SFMG
Dr K. Kupka, Chief, DES

Nous voudrions aussi attirer votre attention sur quelques inexactitudes spécifiques à votre lettre. A l'exception du Danemark, tous les pays scandinaves ont adopté l'ICD-9 (et non l'ICD-8 comme vous l'avez indiqué), et les raisons du retard à l'adoption de l'ICD-9 par le Danemark ne sont pas liées à la structure de l'ICD, mais au coût représenté par l'ajustement des dispositifs informatiques nationaux. Par ailleurs, la mise au point de la Dixième Révision, conformément aux vues exprimées par les Etats Membres en 1982 et notées par l'Assemblée mondiale de la Santé cette même année ne sera pas terminée en 1985 mais en 1990. Cette mise au point est basée sur une large consultation des parties concernées, et avant tout sur celle des gouvernements des Pays Membres de l'Organisation.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.



Dr Karel Kupka
Chef, Développement des Services
d'Epidémiologie et de
Statistiques sanitaires

société
française
médecine
générale

Paris, le 5 février 1985

Monsieur le Dr. K. KUPKA
Chef, Développement des Services
d'Epidémiologie et de Statistiques
Sanitaires
World Health Organization
1211 GENEVE 27 Suisse

Mon Cher Confrère,

Nous avons étudié attentivement votre lettre du 7 janvier en réponse à notre intervention de soutien en faveur des thèses de la WONCA concernant la nécessité d'une profonde révision dans les instruments de recueil des données statistiques épidémiologiques en médecine de premier échelon.

Nous notons avec satisfaction votre information selon laquelle la 10^{ème} révision, dont la mise au point débute cette année, ne sera terminée qu'en 1990.

Nous comprenons aussi qu'un instrument d'observation scientifique utilisé depuis plus de trois quarts de siècle, ait atteint un grand degré de vénérabilité voire de sophistication dans la mise en valeur des principes qui ont présidé à sa construction à savoir la classification des causes de décès, puis celles des maladies et de leurs étiologies.

Nous disons simplement que l'on sait maintenant que les causes d'appel aux services médicaux répondent aussi à des principes d'ordres différents, et tout particulièrement dans le champ de la médecine de premier échelon.

Nous pensons que la voie qui a été prise d'appliquer à notre discipline un instrument qui n'a pas été conçu pour elle, relève d'un bricolage relativement récent et non pas d'une démarche méthodologique pertinente.

Comme vous, nous constatons qu'il y a dans beaucoup de pays, un écart considérable entre le besoin en analyses des systèmes de santé et celles qui se réalisent. Nous ne plaçons pas cet écart (le mot est faible) à un quelconque niveau de non vouloir de la part des organisations nationales de recherche et de gestion, mais précisément dans l'instrument qui leur est proposé dans leurs recherches statistiques. La C.I.M., dans son état actuel joue alors un rôle très négatif de leurre qui opacifie le champ au lieu de l'éclairer.

Cette hypothèse a des conséquences suffisamment évidentes pour être examinée avec les moyens adéquats à l'enjeu.

.../...

Pour notre part, nous y travaillons depuis de nombreuses années et nous croyons le moment venu de clarifier dans la C.I.M. à venir les principes et les vocations auxquelles les différentes parties de la Classification répondent.

Pour en venir aux soins de premier échelon, notre position est que les soins de médecine générale y sont une zone charnière qui doit recevoir une classification spécifique. Nous savons que les travaux déjà faits autour des outils pratiques de recueil des données qui sont en cours de validation dans divers pays, demandent à être précisés et évalués. C'est bien pourquoi, nous pensons que la 10^{ème} Révision de la C.I.M. est le moment propice pour que cette tâche reçoive les priorités qu'elle mérite et nous sommes prêts au nom de la Société Française de Médecine Générale à apporter notre concours pour peu que les moyens nécessaires de ce développement deviennent disponibles.

C'est le seul moyen, selon nous, de répondre à cette partie de votre lettre que nous reproduisons ci-après car elle correspond pleinement à ce que nous ressentons nous-mêmes en France :

L'Assemblée mondiale de la Santé, lorsqu'elle a discuté en mai 1984 du suivi de la mise en oeuvre des stratégies Santé pour tous, a souligné avec insistance que dans la majorité des pays, la qualité et la quantité d'information sanitaire disponible au niveau de ceux prenant les décisions sont très inférieures au minimum requis pour la saine gestion des systèmes de Santé nationaux. Nous prenons cet avertissement très au sérieux ; il a des implications évidentes pour le développement de la dixième Révision si l'on veut optimiser l'utilisation de la Classification Internationale des Maladies ; il a aussi des implications pour le développement et l'évaluation des classifications médicales et sanitaires associées. L'organisation continuera ses efforts pour appuyer le développement des capacités nationales en matière de gestion des systèmes de Santé nationaux basés sur les soins de santé primaires y compris sa composante d'information médicale et sanitaire. Il y a énormément à faire et cela prendra beaucoup de temps.

Finalement notre seul désaccord porte sur les trois derniers termes de cette citation. Nous croyons qu'il n'est plus possible, au vu des implications scientifiques, humaines et économiques que cela comporte de laisser passer "beaucoup de temps", avant de définir la classification nécessaire au recueil des données en médecine générale. C'est maintenant un problème de moyens et donc un problème de volonté politique au sens noble du terme. Il va de soi que nous sommes à votre disposition pour expliciter plus précisément les critiques que nous faisons et les propositions qui sont les nôtres.

Nous vous prions de croire, Cher Collègue, à l'expression de nos sentiments les meilleurs et les plus distingués.

Dr. O. ROSOWSKY
Président Délégué
Responsable du Département
Recherche Scientifique

Dr. B. VINCENT
Président

Dr. Ph. JACOT
Vice-Président
Membre du Comité
de Classification
de la WONCA

Dr. J. de COULIBOEUF
Président d'honneur

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ
ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE

UNITÉ DE RECHERCHES SUR L'ÉVALUATION
DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DES SYSTÈMES
DE SOINS ET DE PRÉVENTION
U. 164

44, CHEMIN DE RONDE - B.P. 34
78110 LE VÉSINET
UNITE 164/84/96PM

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Le Vésinet, le 20 Décembre 1984

Monsieur le Docteur B. VINCENT
Président de la Société Française
Médecine Générale
29 Avenue du Général Leclerc
75014 PARIS

Monsieur le Président,

La copie de votre lettre à Monsieur le Directeur Général de l'Organisation Mondiale de la Santé m'est bien parvenue et je vous en remercie. L'intérêt que vous portez à la Classification des Maladies et votre désir d'y voir figurer les objets scientifiques du travail au niveau des soins primaires sont intéressants.

Il me semble que ceux-ci peuvent être abordés dans le projet de CIM10 qui comprend un chapitre de symptômes et un chapitre sur les motifs de recours. Si vous souhaitez faire des propositions sur les projets de chapitres, je reste à votre disposition pour aborder ce travail dans les délais impartis.

Veillez croire, Monsieur le Président et Cher Confrère, à mes sentiments les meilleurs.



DR P. MAGUIN
Chef du Centre OMS de Langue Française
pour la Classification Internationale
des Maladies

société
française
médecine
générale

Paris, le 5 février 1985

Madame le Dr. P. MAGUIN
Chef du centre OMS de langue
française pour la C.I.M.
INSERM U 164
44 Chemin de Ronde
78110 LE VESINET

Chère Collègue,

Nous avons bien reçu votre lettre du 20 décembre que nous avons étudiée lors de notre dernier bureau et vous en remercions.

Nous estimons en effet que l'écart entre les besoins en analyse pour la médecine de premier échelon et la gestion des systèmes de santé est une situation qui est due, non pas à une quelconque mauvaise volonté des organes d'étude statistique, mais à une inadéquation structurelle des instruments de classification actuellement existents (et, en tout premier lieu la C.I.M. 9) pour la raison, d'ailleurs simple, que ces instruments n'ont pas été construits à cet effet.

Vous nous signalez un projet de C.I.M. 10 qui comporterait un chapitre des symptômes et un chapitre sur les motifs de recours.

S'agit-il d'un projet modifiant profondément le chapitre XVI dit des symptômes, signes et états morbides mal définis ?

Dans l'affirmative, nous serions heureux d'avoir communication de ces projets en leur état actuel.

Vous en remerciant grandement à l'avance, nous vous prions, Chère Collègue, d'agréer l'expression de nos sentiments les plus distingués.

Dr. O. ROSOWSKY





Téléphone Central/Exchange: 91 21 11
Direct: 91 2336

In reply please refer to: I3/374/10(10)
Priere de rappeler la référence:

Dr O. Rosowsky
Président Délégué
Reponsable du Département
Recherche scientifique
Société française de Médecine
générale
29, avenue du Général Leclerc
75014 Paris
France

Genève, le 14 février 1985

Monsieur,

Je vous suis reconnaissante de nous confirmer, par votre lettre au Dr K. Kupka, du 5 février 1985, l'intérêt profond que vous continuez à porter à la Classification Internationale des Maladies et aux classifications sanitaires associées.

Ce qui semble vous intéresser, en fait, est probablement moins la Classification Internationale des Maladies que les classifications associées pouvant constituer des outils de recherche sur le fonctionnement d'un système de santé national, ou de partie de celui-ci. Dans ce contexte, nous serions très intéressés par toute proposition de classification internationale que vous pourriez suggérer pour peu qu'elle satisfasse des situations sanitaires aussi variées que celles que l'on observe dans les Pays Membres de l'OMS (taux de médecins par habitant au niveau des soins de santé primaires variant de 1 pour 200 à 1 pour 50 000, dépenses de santé par habitant et par an se situant entre 1 et 1000 dollars des Etats-Unis, travailleur sanitaire périphérique représenté par un volontaire analphabète, un infirmier ou sage-femme de qualification variable, ou par un médecin généraliste).

Dans beaucoup de pays la capacité nationale de gestion des systèmes de santé, au sens moderne de ces termes est voisine de zéro. En dépit des efforts faits conjointement par les autorités nationales, l'OMS, et d'autres organisations, bâtir une telle capacité nationale et la rendre réellement opérationnelle prendra beaucoup de temps. Là encore si vous avez des solutions simples et efficaces à proposer elles seront les bienvenues.

En vous remerciant encore de votre intérêt, veuillez recevoir, Monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Marie-Louise Gander
Assistante technique
Développement des Services
d'Epidémiologie et de
Statistiques sanitaires