

8. Évaluation de l'état fonctionnel, les cartes COOP/WONCA

Evaluer l'état de santé global

La médecine s'occupe de la maladie, rarement de la santé. C'est trop souvent la morbidité et non l'état de santé en général qui définit le patient^{xxviii}. En médecine générale, il n'en va pas ainsi. Le médecin de famille évalue ses patients tant du point de vue de l'évolution de leurs problèmes somatiques que de leur fonctionnement psychologique et social. Cette vision globale est intuitive.

De nombreux instruments de mesure ont été développés sous forme de questionnaires^{xxxix}^{xl} ou directement comme instrument de mesure de l'état de santé^{xli}. Peu d'entre eux sont suffisamment simples et rapides que pour pouvoir être appliqués en routine à la consultation. L'état fonctionnel mesure le niveau de fonctionnement d'un patient à un moment précis ou pendant un temps donné. Il s'agit de la capacité d'une personne à faire face, à s'adapter à son environnement et à réaliser ses activités quotidiennes.

Mesurer l'état fonctionnel d'un patient ou d'un groupe de patients présentant des caractéristiques communes, ponctuellement ou en suivi, permet d'évaluer les résultats ('outcomes') de telle ou telle attitude thérapeutique. Le "Comment ça va ?" traditionnel peut être quantifié et fournir matière à réflexion tant au moment de la consultation que pour la recherche ou pour l'assurance de qualité.

L'état fonctionnel est une mesure du bien-être global d'un individu. C'est une des mesures globales possibles de l'état de santé, qui inclut autant l'évaluation de l'état clinique que celle de la qualité de la vie. Le Glossaire International de la Médecine Générale et de Familleⁱⁱⁱ, dont la traduction française est publiée au chapitre 12 du présent ouvrage, définit l'état fonctionnel comme "*La capacité d'une personne d'être active et de s'adapter à son environnement, mesurée à la fois objectivement et subjectivement sur un laps de temps donné*".

L'importance de facteurs autres que la maladie est implicite à la définition de l'état fonctionnel. La complexité et la chronicité des problèmes médicaux augmentent et les médecins généralistes s'appuient tant sur des indicateurs de l'état fonctionnel que sur ceux de l'état de la maladie pour suivre leurs interventions et évaluer l'état de santé.

L'état fonctionnel est couplé à l'état du patient, non au problème de santé, à la maladie ou à l'épisode de soins. Il est donc moins directement relié aux codes CISP que ne l'est la sévérité de la maladie. Cependant, son importance en médecine générale justifie son inclusion dans cet ouvrage.

En effet, les mesures sont particulièrement importantes dans la prise en charge du vieillissement et des problèmes chroniques. L'ajout des mesures de l'état fonctionnel à l'enregistrement du motif de contact, du diagnostic et des interventions thérapeutiques est donc une étape logique dans le processus de classification en médecine générale.

La jonction des deux outils permet de faire de grands pas vers la compréhension des mécanismes qui régissent tant l'apparition de la demande de soins que l'importance de la comorbidité ou l'évolution de l'état de santé des patients en réponse à une thérapeutique proposée^{xlii}.

Genèse des cartes COOP/WONCA

Les cartes COOP (Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project)^{xliii} constituent un instrument de mesure de la capacité fonctionnelle des patients.

Développées à Dartmouth, Etats-Unis, par un groupe de médecins de famille, elles ont retenu l'attention du Comité International de Classification de la WONCA et ont fait l'objet de multiples travaux.

Leur fiabilité, validité, sensibilité aux changements, utilité pratique, facilité d'emploi et construction multidimensionnelle, c'est-à-dire les six critères de base pour une échelle de qualité de vie, ont été largement étudiées et documentées. Elles ont dès lors reçu le label WONCA. Une étude internationale multicentrique d'évaluation, un colloque international et un manuel en ont consacré l'usage^{xliv}. L'ouvrage "*Measuring functional health status with the COOP/WONCA Charts: A Manual*"^{xlv} donne une vue détaillée des cartes, explique leur développement et la façon de les traduire. Il comporte aussi une liste de personnes ressource, incluant les auteurs des différentes traductions en allemand, callego, castillan, catalan, chinois, coréen, danois, finnois, français, hébreu, italien, japonais, néerlandais, norvégien, ourdou, portugais, slovaque et suédois. Les cartes sont disponibles en français sous forme d'un jeu de six cartes plastifiées^{xlvi}.

Description et mode d'utilisation des cartes COOP/WONCA

Il existe six cartes (Tableau 10 à Tableau 15) Elles peuvent être utilisées indépendamment. Quand plus d'une carte est utilisée, il est recommandé qu'elles le soient dans l'ordre suivant : condition physique, état émotionnel, activités de la vie quotidienne, activités sociales, changement de l'état de santé, état de santé global. Chacune comporte une question se rapportant aux deux dernières semaines et est illustrée d'un dessin élémentaire. Il y a cinq réponses possibles, cotées de 1 (meilleure) à 5 (pire).

Application des cartes COOP/WONCA

La méthode d'application préférée est l'auto-évaluation par le patient. Cependant, une étude a montré une corrélation entre l'auto-évaluation et l'évaluation par le dispensateur. Le temps moyen pour remplir les six cartes est de moins de cinq minutes.

La plupart des études publiées signalent la facilité d'emploi, la bonne acceptabilité et la reproductivité du test malgré son aspect simpliste au premier abord. Elles portent sur des sujets aussi divers que l'effet des arrêts de travail pour raison médicale, l'évolution de patients traités pour décompensation cardiaque, les modifications de l'état fonctionnel après crise d'asthme ou encore l'effet d'une substance thérapeutique testée en double aveugle sur l'évolution de patients asthmatiques.

Mais c'est dans la consultation quotidienne que les cartes se révèlent être un instrument très intéressant et parfois bien plus utile que les examens paracliniques multiples destinés souvent à tenter de mettre en évidence l'origine de malaises indéterminés et de toute évidence non somatiques^{iv}. En particulier, chez les personnes âgées, la tâche du généraliste relève plus de l'attention (*care*) que de la guérison (*cure*), ce que les cartes mettent bien en évidence. Très bien acceptées par le patient, elles permettent en moins de cinq minutes, tant au médecin qu'au patient, d'approcher quelques éléments clefs conditionnant l'état de santé. Cet outil de reconnaissance est très proche de la réalité des patients et favorise une interaction relationnelle positive.

Limites de l'outil

Ces cartes peuvent paraître rudimentaires du point de vue psychométrique mais il ne faut pas méconnaître l'intense variation des problèmes apportés en consultation et la charge considérable qu'ils font peser sur le médecin de famille. Leur rapidité d'emploi permet de les utiliser lors d'une consultation chargée. Si les cartes COOP/WONCA font apparaître

un problème déterminé, on pourra ensuite recourir à des instruments plus pointus pour pousser l'évaluation^{xli}.

Alors même que l'instrument paraît simple, il est des cas où les facultés intellectuelles du patient ou simplement son degré d'alphabétisation n'en permettent pas l'administration.

Ce problème se posera avec d'autant plus d'acuité que le patient sera d'une origine ethnique ou culturelle différente du médecin. Les dessins qui illustrent les cartes ont été réduits à leur plus simple expression, et ce jusqu'à faire disparaître les différences entre les sexes, afin de donner à l'outil une dimension universelle. A vouloir gagner en sensibilité, on perd en spécificité.

Mais le médecin immergé dans une culture spécifique pourra adapter les illustrations suivant les codes en vigueur dans son milieu d'action. Si les cartes sont utilisées dans de nouvelles situations culturelles, il est important de démontrer que les concepts mesurés sont appropriés et spécifiques à cet environnement. Une traduction adéquate en est la première étape. L'aptitude à la communication, fondamentale à l'exercice du métier de généraliste, exige que les outils soient culturellement adaptés.

L'utilisation d'un tel questionnaire multifacettes explorant des aspects à caractère parfois très privé fait inévitablement surgir la question de l'éthique dans la relation médecin-patient. Bien que les patients soient attirés par le test et le fassent généralement avec plaisir, il y a lieu d'être prudent. Ne pas envahir un patient de questions inopportunes à un moment où sa résistance mentale peut être fragilisée par la maladie est de toute façon un élément clef du comportement du médecin en médecine de famille. Par ailleurs, des questions trop pressantes ou trop précises peuvent faire basculer un équilibre parfois instable. La force de la médecine de famille est d'être globale mais aussi longitudinale. Si le moment n'est pas adéquat pour préciser un problème que le médecin soupçonne, il faut laisser le temps au temps, le respect de l'intimité de la personne impose alors le devoir de non question et le droit de non réponse.

La globalité est toutefois l'élément fondateur de la relation thérapeutique et les cartes COOP/WONCA sont un instrument aisé qui permet de l'approcher de façon quantitative.

ACTIVITES QUOTIDIENNES

Au cours des deux dernières semaines ...

Quelle difficulté avez-vous eue à réaliser vos activités habituelles, dans et hors de la maison, en fonction de votre condition physique et de votre état émotionnel?

| | | |
|-------------------------|---|---|
| Aucune difficulté |  | 1 |
| Peu de difficulté |  | 2 |
| Quelques difficultés |  | 3 |
| Beaucoup de difficultés |  | 4 |
| Ne peut le faire |  | 5 |

Tableau 10

CHANGEMENT D'ETAT DE SANTE

Comment jugez-vous votre état général actuel par rapport à celui d'il y a deux semaines ?

| | | |
|--------------------|---|---|
| Bien meilleur |  | 1 |
| Un peu meilleur |  | 2 |
| A peu près le même |  | 3 |
| Un peu moins bon |  | 4 |
| Pire |  | 5 |

Tableau 11

ACTIVITES SOCIALES

Au cours de deux dernières semaines ...

Votre condition physique ou émotionnelle a-t-elle limité vos activités sociales en famille, avec des amis, des voisins ou en groupe ?

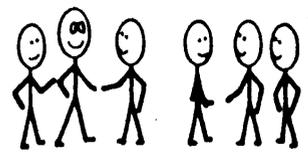
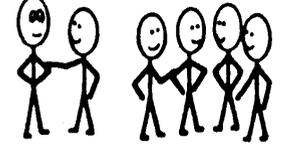
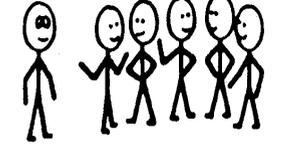
| | | |
|-------------|---|---|
| Pas du tout |  | 1 |
| Légèrement |  | 2 |
| Modérément |  | 3 |
| Assez bien |  | 4 |
| Fortement |  | 5 |

Tableau 12

ETAT DE SANTE EN GENERAL

Au cours des deux dernières semaines ...
Comment estimeriez-vous votre état de santé en général ?

| | |
|----------------------|---|
| Excellent |  1 |
| Très bon |  2 |
| Bon |  3 |
| Assez mauvais |  4 |
| Mauvais |  5 |

Tableau 13

EMOTIONS

Au cours de deux dernières semaines ...
Dans quelle mesure avez-vous été touché par des problèmes émotionnels au point de vous sentir anxieux, déprimé, irritable ou abattu et triste ?

| | |
|--------------------|---|
| Pas du tout |  1 |
| Un peu |  2 |
| Modérément |  3 |
| Assez bien |  4 |
| Fortement |  5 |

Tableau 14

CONDITION PHYSIQUE

Au cours des deux dernières semaines ...
Quel est l'effort physique le plus dur que vous avez pu accomplir durant au moins deux minutes ?

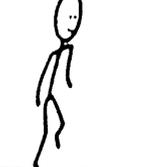
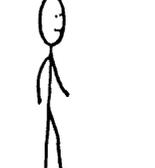
| | |
|---|---|
| Très intense, par ex. : courir, à toute allure |  1 |
| Intense, par ex. : courir, à allure modérée |  2 |
| Modéré, par ex. : Marcher, d'un bon pas |  3 |
| Léger, par ex. : Marcher, d'un pas tranquille |  4 |
| Très léger, par ex. : Marcher, d'un pas lent |  5 |

Tableau 15

9. Bibliographie

-
- i** ICPC-2 International Classification of Primary care, second edition. Prepared by the International Classification Committee of WONCA. Oxford: Oxford University Press, 1998.
 - ii** Okkes IM, Jamouille M, Lamberts H, Bentzen N. ICPC-2-E. The electronic version of ICPC-2. Differences with the printed version and the consequences. *Fam Pract* 2000; 17: 101-6
 - iii** Niels Bentzen (ed) WONCA international glossary for general/family practice 1995 ; 12 : 267 (<http://fampra.oupjournals.org/>)
 - iv** Jamouille M, Roland M, Blanc HW. Mesure de l'état fonctionnel en médecine générale : les cartes COOP/WONCA *Rev Med Brux* 1994 Sep-Oct ; 15(5) : 329-32
 - v** Jamouille M, Roland M, Elkin J, Parkerson GR. Le DUSOI/WONCA, un indice de gravité pour la médecine générale. *Rev Med Brux* (soumis à publication)
 - vi** ICHPPC-2 (International Classification of Health Problems in Primary Care). Oxford, Oxford University Press, 1979.
 - vii** International Classification of Diseases and Related Health Problems (10th revision). Geneva, World Health Organisation, 1992.
 - viii** Report of the International Conference on Primary Care, Alma Ata, USSR, 6-12, September 1978; WHO/Alma Ata/78.10.
 - ix** Lamberts, H, Meads, S, and Wood, M. Classification of reasons why persons seek primary care: pilot study of a new system. *Public Health Reports*, 1984; 99: 597-605.
 - x** Lamberts, H, Meads, S, and Wood, M. Results of the international field trial with the Reason for Encounter Classification (RFEC). *Med Sociale Preventive*, 1985; 30: 80-87.
 - xi** Meads, S. The WHO Reason for Encounter classification. *WHO Chronicle*, 1983; 37 (5): 159-162.
 - xii** Working Party to develop a classification of the 'Reasons for Contact with Primary Health Care Services'. Report to the World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1981.
 - xiii** Wood, M. Family medicine classification systems in evolution. *J Fam Pract*, 1981; 12: 199-200.
 - xiv** Lamberts, H, Wood, M, Hofman-Okkes, I, eds. The International Classification of Primary Care in the European Community: with Multi-Language Layer. Oxford, Oxford University Press, 1993.
 - xv** Lamberts H, Wood M eds. ICPC: International Classification of Primary Care. Oxford, Oxford University Press, 1987
 - xvi** Bridges-Webb, C, Britt, H, Miles, D A, Neary, S, Charles, J, Traynor, V. Morbidity and treatment in general practice in Australia 1990-1991. *Med J Aust* 1992; 157, Supp.19 Oct :S1-S56.
 - xvii** International Conference on Health Statistics for the Year 2000. Report to WHO on a Bellagio Conference. WHO Statistical Publishing House, Budapest, 1984.
 - xviii** De Maeseneer J. *The ICPC classification of drugs*. In: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM (eds.) The International Classification of Primary Care in the European Community. Oxford: Oxford University Press, 1993: 163-70.
 - xix** Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer based patient records in family practice. *Family Practice* 1996; 13: 294-302
 - xx** International Classification of Process in Primary Care (IC-Process-PC), Oxford, Oxford University Press, 1986.
 - xxi** Marwick J, Grol R, Borgiel A. Quality assurance for family doctors. Report of the Quality Assurance Working Party, World Organization of Family Doctors ; 1992
 - xxii** Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment . Explorations in quality assessment and monitoring vol I, Ann Arbor, Health Administration Press 1980
 - xxiii** Wilkin D, Hallam L, Doggett M-A. Measures of need and outcome for primary health care . Oxford

University Press 1992

- xxiv** Hutchinson A, Bentzen N and König-Zahn C, Cross cultural health assessment; a user's guide, European Research Group on Health Outcomes (ERGH), 1998.
- xxv** Goldfield N, Averill R, Eisenhandler J, Hughes JS, Muldoon J, Steinbeck B, Bagadia F, The prospective risk adjustment system. *J Ambulatory Care Manage* 1999 Apr;22(2):41-52
- xxvi** Parkerson GR Jr., User's guide for Duke Health Measures, Department of Community and Family Medicine, Duke University Medical Center, Durham, NC, USA, 182 p.,1999
- xxvii** Falcoff H. Le dossier orienté problème existe, je l'ai rencontré. In : L'informatisation du cabinet médical du futur. (Eds. Venot A, Falcoff H), Informatique et Santé. Springer-Verlag, Paris, 1999 (11): 149-157.
- xxviii** Jamouille M, Roland M. Classification Internationale des Soins Primaires. Lacassagne, Lyon, 1992
- xxix** Roland M, Jamouille M, Dendeau B. Approches taxinomiques en médecine de famille, assorties d'une terminologie médicale normalisée et classifiée à usage informatique en soins de santé primaires. (2 vol.) CARE Editions, Bruxelles, 1996.
- xxx** Lamberts H, Generic research in general practice, *European Journal of General Practice*, 2, 129-131, 1996
- xxxi** Okkes IM, Oskam SH, Lamberts H. Van klacht tot diagnose, episodegegevens in huisartspraktijk [De la plainte au diagnostic, données sur base d'épisode en médecine générale], avec CD-Rom, Coutinho, Bussum, 1998
- xxxii** Anders Grimsno, Erik Hagman, Erik Falko Lorentzen, Lars Matthiessen, Thorstein Njalsson. Patients, diagnoses and activities in general practice. An attempt to make data from computerised medical record available for comparable statistics. In *Health Statistics in the Nordic Countries 1996*. Nordisk Medicinalstatistik Komité (NOMESKO), Copenhagen, 1998, p173-210.
- xxxiii** Parkerson GR Jr., Broadhead WE, Tse C-KJ. The Duke Severity of Illness Checklist (DUSOI) for measurement of severity and comorbidity. *J. Clin.Epidemiol.* 1993;46:379-393.
- xxxiv** Parkerson GR Jr., Bridges-Webb C, Gervas J, Hofmans-Okkes I, Lamberts H, Fromm J, Fischer G, Meyboom-de Jong B, Bentsen B, Klinkman M, and De Measeneer J. Classification of severity of health problems in family/general practice : an international trial. *Fam. Pract.* 1996;13:303-309.
- xxxv** ICPC-2 International Classification of Primary Care, Second edition. International Classification of the World Organisation of Family Doctors (WONCA), Oxford, Oxford University Press 1998. (A paraître en français sous le titre Classification Internationale des Soins Primaires, deuxième édition (CISP-2), Care Editions, Bruxelles, 1999)
- xxxvi** Martinez C, Juncosa S, Roset M, Está relacionada la gravedad con la utilización de recursos? Una exploración del Duke Severity of Illness Scale (DUSOI) [L'utilisation des ressources est-elle liée à la gravité? Une exploration du Duke Severity of Illness Scale]. *Aten Primaria* 1998 Sep 30; 22(5):285-92
- xxxvii** Bibliographie mise à jour à propos du DUSOI ; DUSOI ; <http://www.ulb.ac.be/esp/wicc/dusoi.html>
- xxxviii** Bridges-Webb C: Assessing health status in general practice. *Med J Aust* 157: 321-325, 1992
- xxxix** Mc Donnel I, Newall C, Hays Rd: Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires, Oxford, Oxford University Press, 1987
- xl** Wilkin D, Hallam L, Dogett M: Measures of need and outcome for primary health care, Oxford Medical Publication, Oxford, 1993
- xli** Niels Bentzen (ed). Health Outcome Measurement Indicators. 1997
- xlii** Meyboom-Jong B, Lamberts H: The Autonomy Project: Practical experiences with status indicators within the framework of ICPC. In *The International Classification of Primary care in the European Community*, edited by Lamberts H, Wood M, Hoffmans-Okkes I, Oxford, Oxford University Press, 1993
- xliii** Nelson Ec, Wasson J, Kirk J: Assessment of function in routine clinical practice. Description of the COOP-Chart method and preliminary findings. *J Chron Dis* 40: 55S-56S, 1987
- xliv** WONCA Classification Committee: Functional Status Measurement in Primary Care, Berlin, Springer-Verlag, 1990

- xlv** Van Weel C, Konig-Zahn C, Touw-Otten FWMM, van Duijn NP, Meyboom-de Jong B. Measuring functional health status with the COOP/WONCA Charts: a manual. CIP-Gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag 1995.
- xlvi** Jamouille M. Les Cartes COOP/WONCA préparée par le Comité de Classification de la WONCA, Bruxelles, FMMCSF, 1995