

Origine de la CISP et mise en application actuelle dans les pays Francophones

Marc Jamoufle (a), Michel Roland (a), François Mennerat (b), Jacques Humbert (c)

*a) Médecins de famille, École de Santé Publique, Campus Erasme, Université Libre de Bruxelles,
808 Route de Lennik, B- 1170 Bruxelles, Belgique.*

*b) Ancien médecin de famille, Université de Saint-Etienne, Faculté de médecine,
Département de santé publique et de l'information médicale, 15 rue Ambroise Paré,
F - 42023 Saint-Etienne Cedex 2, France.*

*c) Médecin de famille, Département de Médecine Générale, Université de Nantes.
Contact: CISP-Club, 9 Rue du Huit mai, F-85230 Beauvoir sur Mer, France,*

Abstract

The International Classification of Primary Care (ICPC), first (1987) and second (1998) editions have been elaborated by the WONCA International Classification Committee (WICC), an international group of family doctors driven by WONCA, the world organisation of family doctors. We describe the story of ICPC and ICPC-2, their relationships to the International Classification of Disease and their utilisation in the episode of care processing. The ICPC French speaking users club (CISP-Club), on behalf of the WONCA International Committee, spreads information and training methods about research in general practice/family medicine through the use of ICPC. The CISP-Club manages also an Internet site for the Committee.

Informatique et Santé, 1999 (11) : 201-212

1 Le Comité de Classification de la WONCA, un groupe de travail multinational

Le Comité de Classification de la WONCA a été installé par le conseil de la WONCA en 1972 à Melbourne lors de la 5ème Conférence Mondiale de la Médecine Générale. La médecine de famille manquait d'outils épistémologiques nécessaires à sa propre connaissance et de nombreux auteurs parmi lesquels Bentsen [1], Bridges-Webb [2], Westbury [3] avaient déjà commencé à travailler dans ce domaine.

Il fallait trouver le moyen d'appliquer en médecine de famille la pensée suivant laquelle on ne peut décrire et transformer la réalité qu'en s'appuyant sur des faits. Cette assertion nécessite de mettre les faits en évidence, de les identifier puis de les compter et enfin de les soumettre à la loi des grands nombres avant de les analyser. Identifier, assembler et compter sont des opérations qui ne se réalisent que sur des éléments délimités, préorganisés et structurés.

Le premier groupe de travail était constitué de Charles Bridges-Webb (Australie), Robert Westbury (Canada), Philip Sive (Israël), Derek Callagher (Nouvelle-Zélande), Donald Crombie (Royaume-Uni) et Jack Fromm (États-Unis). A partir des travaux de ce petit groupe s'est élaboré progressivement un outil actuellement reconnu comme un standard en traitement de l'information en soins de santé primaires.

Le WICC (acronyme anglais pour le Comité International de Classification de la WONCA) est actuellement fort de près de trente médecins de famille issus de 25 pays et se réunit chaque année dans un lieu différent de la planète. La plupart des membres disposent du courrier électronique et ICPC-L est une liste de diffusion

électronique* qui permet à tous les praticiens d'obtenir ou d'échanger des informations sur les classifications. Le Comité dispose d'un site Internet sur lequel on trouvera toutes ces informations ainsi qu'une description exhaustive de la CISP, première et deuxième édition, en plusieurs langues dont le Français [4].

Le Comité s'est intitulé Comité de Classification parce qu'il s'agit là de son œuvre majeure et pérenne. Il serait toutefois plus exact de l'appeler Comité de Méthodologie. Il contribue en effet à la mise au point et la validation des outils de recherche nécessaires au développement de la médecine de famille. Il réagit aussi à la demande de ses membres de tester internationalement des outils de recherche déjà éprouvés localement tels les COOP charts [5], un système d'auto-évaluation de la capacité fonctionnelle par le patient et le DUSOI [6], un index de gravité complexe utilisable en clinique. Le Comité a aussi édité un Glossaire de Médecine Générale [7], prélude à un véritable dictionnaire de la discipline.

Les résultats des tests de terrain, transnationaux, multicentriques et comptant parfois sur plus de cent mille contacts patients, sont discutés lors des réunions annuelles. Si le Produit est accepté, parfois transformé suite aux observations des membres, il pourra alors porter le label WONCA tout en restant propriété du groupe d'origine.

2 Construction de la classification ICPC

Au départ des travaux du Comité, personne n'avait imaginé le développement fulgurant de l'informatique. Les auteurs pryncesps étaient des adeptes du papier crayon et faisaient rentrer l'épidémiologie par la petite porte de la sueur dans la pratique de tous les jours. Le système de classification mis au point ne l'a pas été à l'origine dans l'optique d'une utilisation informatisée à grande échelle. La technique papier crayon exige une bonne capacité mnémotechnique et c'est une caractéristique de la classification qui garde toute sa valeur alors même qu'elle est maintenant incluse dans de nombreux logiciels.

L'informatique peut traiter les grands nombres. Encore faut-il nourrir l'ordinateur avec de la matière analysable. Rendre analysable le contenu d'une relation diagnostique et thérapeutique suivie dans le temps, spécifique de la médecine de famille, voilà le but que s'étaient fixé ces généralistes experts de l'Organisation Mondiale de la Médecine de Famille.

2.1 De VICHPPC (1976) à l'ICPC (1987)

Le Dr Bent Bentsen, professeur de médecine générale de l'Université de Trondheim en Norvège a été un des initiateurs des premiers travaux publiés en 1976 par le Comité de Classification de la WONCA sous le nom de International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC) [9]. L'ICHPPC était en réalité une liste des diagnostics les plus fréquemment rencontrés en médecine de famille, élaborée très rigoureusement à partir de la huitième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-8).

$$\text{RFEC} + \text{IC-Process-PC} + \text{ICRPPC-2-D} = \text{ICPC}$$

Figure 1 : Trois classifications fondues en une seule

Depuis cette époque, et au rythme des réunions du Comité, les outils de recherche se sont succédés et perfectionnés. L'ICHPPC a été révisée puis ses termes définis et "ICHPPC-2-defined" a été publiée en 1983. Deux autres classifications ont encore été construites. Elles portaient sur les motifs de contact : Reason For Encounter Classification (RFEC), et les procédures : International Classification of Health Process in Primary Care (IC-Process-Pc). Enfin, les trois classifications ont été fondues en une seule, l'International Classification of Primary Care (ICPC).

* La liste de diffusion électronique ICPC-L est destinée aux personnes concernées par l'usage de PICPC. Vous pouvez joindre cette liste en envoyant le message: "subscribe ICPC-L votre nom" à l'adresse électronique; request@listserv.fo.med.unlich.edu

Chapitres		A - Général	B - Sang, organe hématopoïétique	D - Digestif	F - Œil	H - Oreille	K - Circulation	L - Oriculo-auriculaire	M - Neurologique	P - Psychologique	R - Respiratoire	S - Cutané	T - Endocrinien, arthéologique et nutritionnel	U - Urologique	W - Grossesse, accouchement, plaie, brûlé	X - Général féminin	Y - Général masculin	Z - Social
Composants	1 - Symptômes et plaintes																	
	2 - Procédure diagnostique et préventive																	
	3 - Procédure thérapeutique et médicamenteuse																	
	4 - Résultats de tests																	
	5 - Administratif																	
	6 - Références et autres motifs de contact																	
	7 - Diagnostic de maladies																	

Figure 2: La grille de la CISP

Cet assemblage judicieux (voir fig. 1) a permis de construire la structure de l'ICPC, un outil de catégorisation globale qui permet de cerner les trois composantes majeures de toute consultation.

La CISP se présente en réalité comme une grille de jeu d'échecs (voir fig.2). En abscisse on trouve les composants et en ordonnée les chapitres. Les composants représentent les symptômes ou plaintes, les procédures et les appréciations diagnostiques. Les 17 chapitres figurent 14 systèmes corporels, additionnés de chapitres distincts pour les problèmes généraux, psychologiques et sociaux. Près de 700 catégories sont définies ainsi. Elles sont identifiées par une lettre (le chapitre) et par deux chiffres (le composant).

La nomenclature de l'ICPC a été testée sur le terrain par des centaines de généralistes, et plusieurs centaines de milliers de consultations enregistrées de par le monde ont servi de base à l'affinement de l'outil. En 1987, le Comité a publié l'International Classification of Primary Care [9] chez Oxford Medical Publication sous la responsabilité éditoriale de H. Lamberts et M. Wood. L'ouvrage dont nous utilisons la dénomination en français Classification Internationale des Soins Primaires (CISP) contient un tableau de conversion vers la Classification Internationale des Maladies, 9^e et 10^e révision (CIM-9 et CIM-10).

2.2 La CISP et l'épisode de soins

En quelques années la CISP s'est rapidement imposée comme un standard international en catégorisation d'information en soins de santé primaires. Les travaux de NCPC European Workshop conduits de 1986 à 1991 par H. Lamberts, professeur de médecine générale à l'Université d'Amsterdam et soutenus par la Communauté Européenne ont permis à des dizaines de généralistes européens de confronter leurs expériences respectives.

De Faro à Londres et de Padoue à Madrid, les expériences ont été échangées et l'outil affiné. Ces ateliers ont été déterminants pour la diffusion de la CISP en Europe. Ils ont aussi permis de tester la CISP dans les circonstances les plus diverses. Une étude multicentrique menée par Inge Okkes a permis de valider le concept de "motif de rencontre" et une classification des médicaments a été élaborée et testée par Jan De Maeseneer (ICPC Drug Classification).

Dans le cadre de cet atelier européen, l'harmonisation de la traduction multilingue de la nomenclature a été réalisée en 1991 lors d'une réunion d'une vingtaine de généralistes de dix pays : la tour de Babel dans un hôtel de Londres. Cette traduction multilingue formera la trame du Multi-language layer publié en 1993 dans l'ouvrage : The ICPC in the European Community [10]. Cet ouvrage contient les expériences des généralistes européens et notamment les premiers résultats du "Transition Project" réalisé à Amsterdam.

Bien que la CISP soit présentée comme une classification, il s'agit aussi d'un outil dynamique de traitement de l'information par épisode. Le fait le plus marquant est la possibilité de suivre l'évolution temporelle d'un problème de santé à l'intérieur d'un contact et entre ceux-ci. C'est cette notion d'épisode qui révèle le mieux toute la puissance de la CISP. L'épisode de soins [11] est réellement l'unité de traitement de l'information en médecine de famille et en Soins Primaires et ce y compris dans le domaine si complexe de la santé mentale [12]. Ceci devient lumineux quand on prend connaissance des logiciels Trans [13] et Transhis [14]. Le didacticiel Trans

met à disposition des généralistes les résultats de l'analyse de l'encodage de plus de 100 000 contacts en médecine de famille à Amsterdam en un an par 38 médecins de famille.

Toujours à Amsterdam, le logiciel Transhis, également mis au point par le Département de Médecine Générale (Prof Lamberts), permet de relever en temps réel l'activité de pratiques de médecine de famille établies aux Pays-Bas mais aussi au Japon, en Pologne, en Irlande ou aux Etats-Unis.

A l'Université de Maastricht, une équipe du département de médecine de famille conduite par Job Metsemakers utilise la CISP pour établir un index diagnostique [15] de la population (88.000 patients) et la base de données ainsi constituée est littéralement assaillie par les chercheurs et doctorants. En Norvège, l'ICPC est l'outil de codification obligatoire de tous les formulaires d'invalidité et d'arrêt de travail. En Australie, une enquête a été réalisée par plusieurs centaines de généralistes et fournit des informations sensibles sur les raisons de recours de la population au système de santé. De manière générale on peut dire que la CISP s'est imposée comme le standard international en matière de catégorisation d'information en soins primaires dans la plupart des pays du monde. Ainsi la demande des patients peut être étudiée telle qu'elle s'exprime dans la réalité et les recherches utilisant l'ICPC/CISP foisonnent. La bibliographie des ouvrages consacrés à l'ICPC/CISP et à son utilisation ne cesse de s'étendre. Cette bibliographie exhaustive est maintenue à jour par F. Mennerat et publié sur Internet sur le site du WICC [16].

La nomenclature de la CISP est maintenant un standard international dont la validité n'est plus controversée. Elle est traduite en plus de vingt langues. Le livre ICPC a été traduit en français et publié en 1992 sous le nom de Classification Internationale des Soins Primaires (CISP) [17]. La nomenclature française de la CISP avait déjà été revue par un groupe de médecins québécois, belges et français en 1991 lors d'une réunion organisée à Bruxelles par la Fédération des Maisons Médicales. Le livre ICPC a aussi été traduit et publié dans diverses langues dont le portugais, l'espagnol, le norvégien, etc. A côté de ces écrits, des outils pédagogiques ont été réalisés en vidéo en plusieurs langues dont le français tant pour former les médecins (Pays-Bas) qu'à destination du public (Norvège).

2.3 De l'ICPC (1987) à l'ICPC-2 (1998)

L'International. Classification of Primary Care, second edition (ICPC-2) [18], en français Classification Internationale des Soins Primaires, deuxième édition (CISP-2), est le fruit de cinq années de travail des membres du Comité. De 1992 à 1997, au cours de réunions successives en de multiples endroits du globe, des médecins de famille de près de trente pays, membres du Comité, ont discuté chapitres, rubriques, critères d'inclusion et d'exclusion et transcodage à la CIM-10. Deux thèmes ont dominé la préparation de cette seconde édition de la CISP. D'une part il fallait harmoniser la CISP à la dixième édition de la CIM (CIM-10) publiée par l'O.M.S. en 1992. D'autre part, il fallait aussi y ajouter les critères d'inclusion et le transcodage à la CIM-10 pour la plupart des rubriques. Malgré d'innombrables suggestions, très peu de modifications ont été apportées à la classification elle-même afin de maintenir sa stabilité et sa cohérence. Le Comité en poursuivra toutefois la mise à jour. Afin de garantir l'utilisation de systèmes de conversion, la CISP a été soigneusement transcodée à la CIM-10. Un fichier de conversion un pour un de type meilleur choix CISP-2/CIM-10 est aussi inclus dans le livre. La CISP et la CIM-10 sont plus complémentaires que compétitives ainsi que l'a montré un usage intensif de la CISP. La CISP-2, ses différences avec la CISP-1 et les critères d'inclusion sont largement documentés sur le site Internet du Comité [19].

2.3.1 Les critères d'inclusion de la CISP-2

Le principe a été de fournir le critère d'inclusion le plus concis possible qui puisse diminuer la variabilité du codage. En conformité avec ce principe, on a utilisé le minimum de critères d'inclusion pour chaque rubrique. Un critère d'inclusion n'est pas une définition.

Son objectif est d'augmenter la cohérence du codage et non de définir ou délimiter les problèmes.

$$\text{RFEC} + \text{IC-Process-PC} + \text{ICHPPC-2-D} = \text{ICPC} + \text{Critères} = \text{ICPC-2}$$

Figure 3 : ICPC-2, une construction progressive

Afin de réduire la complexité du codage et donc les erreurs, on a essayé de préciser le nombre minimum de critères nécessaires. De plus, les critères doivent être suffisamment discriminants que pour pouvoir éviter les confusions entre eux. Il est capital de bien saisir ce que les critères ne sont pas ;

1. ils ne peuvent servir de guide diagnostique.
2. ils ne proposent pas des standards de soins.
3. ils ne sont pas des guides thérapeutiques.

2.3.2 Quatre catégories diagnostiques en Soins Primaires

L'existence de quatre catégories de " diagnostics " en soins primaires explique la structure théorique qui fonde les critères d'inclusion. Ces quatre catégories sont : entités morbides étiologiques et pathologiques, conditions pathophysiologiques, diagnostics nosologiques (syndromes), et diagnostics symptomatiques

- Etiologique et pathologique : le diagnostic a une étiologie prouvée ou une pathologie définie. Exemples : appendicite, infarctus myocardique aigu
- Pathophysiologique : le diagnostic est sous-tendu par une pathophysiologie prouvée. Exemples : presbycusie, hypertension
- Nosologique : un complexe de symptômes, objet d'un consensus entre médecins fonde le diagnostic. Exemples : dépression, syndrome du colon irritable
- Symptomatique : un symptôme ou une plainte est la meilleure étiquette médicale pour l'épisode. Exemples : fatigue, douleur oculaire

2.4 Transcodage CISP-2 / CIM-10

La CISP-2 a été soigneusement transcodée à la CIM-10 de façon à permettre l'usage de systèmes de conversion. Chaque rubrique offre un code en trois caractères, un titre assez court et les rubriques CIM-10 correspondantes. Les codes correspondants de la CIM- 10 sont repris à chaque rubrique des composants 1 et 7. Parfois le transcodage est précis, un pour un, mais plus souvent il y a plusieurs codes CIM- 10 pour une rubrique CISP-2. Parfois, il y a plusieurs codes CISP-2 pour une seule rubrique CIM- 10. La structure de conversion complète est fournie pour chaque rubrique au chapitre 10.

2.5 Exemples extraits de la CISP-2

Les rubriques principales prennent la disposition suivante:

- le code CISP-2 et le titre de la rubrique suivi du ou des codes CIM- 10.
- incl. termes inclus.
- excl. termes exclus, avec leurs codes CISP.
- critère: critères d'inclusion sous la rubrique.
- considérer: rubriques à prendre en considération si les critères ne sont pas réunis.

Tableau 1 : Quatre exemples de rubriques de la CISP-2

K86	HYPERTENSION, NON COMPLIQUEE	Code CIM-10: I10
<p>inc.: hypertension essentielle; hypertension NCA; hypertension idiopathique. excl.: hypertension compliquée K87, pendant la grossesse W81. critère: deux ou plus de deux prises de tension par rencontre, lors &au moins deux rencontres, avec une pression sanguine moyenne diastolique de 95mm/Hg ou systolique de plus de 160mm/11g chez l'adulte, ou deux ou plus de deux prises de tension lors d'un seul contact avec une moyenne diastolique de 120mm/Hg au moins, et absence de complication cardiaque, rénale, oculaire ou cérébrale secondaire. Considérer: pression sanguine élevée K85. notes: 1. pour les enfants, consulter les tables de pression pédiatrique. 2. si l'hypertension est secondaire, coder aussi la cause sous-jacente.</p>		
B25	PEUR DU SIDA	Codes CIM- 10: Z71.1, Z71.7
<p>excl : si le patient a la maladie, coder la maladie. critère : préoccupé par ou peur du SIDA ou du virus HIV chez un patient non atteint ou dont le diagnostic n'est pas prouvé.</p>		

P74	TROUBLE ANXIEUX / ETAT ANXIEUX	Codes CM-10 : F41.0, F41. 1, F4 13 à F41.9
incl : névrose d'angoisse, trouble panique. excl.: dépression anxieuse P76, anxiété NCAPOI. critère: anxiété cliniquement significative non spécifique d'une situation particulière. Elle se manifeste par un trouble panique (attaques récurrentes eanxiété sévère non spécifique, avec ou sans symptômes physiques) ou par une anxiété généralisée et persistante non spécifique avec des symptômes physiques variables. considérer : se sentir anxieux, nerveux, tendu P01		
Z14	PROBLEME DU A LA MALADIE DU CONJOINT	Code CIM- 10: Z63.6
Note : identifier un problème du fait de la maladie d'un ou des conjoints requiert que le patient en admette l'existence et souhaite de l'aide		

Toutes les rubriques de la CISP-2 n'ont pas été systématiquement documentées de la même façon. Le Comité s'est bien gardé de tenter de définir le vécu subjectif des patients ou de se montrer trop invasif du champ social au point d'en disséquer les items. On trouvera ci-dessus quelques exemples de rubriques traduites en français. La traduction française du livre est entreprise sous l'égide du CISP-Club et est attendue pour le printemps 1999.

3 La CISP, un outil spécifique en médecine de famille

3.1 Apport spécifique de la classification CISP

Une des caractéristiques essentielles de la Classification actuelle est la possibilité de relever les plaintes exprimées par les patients (symptômes et plaintes) et les problèmes sociaux (chapitre Z). C'est le changement paradigmatique intervenu en médecine et particulièrement en médecine de famille [20] qui a permis que la parole des patients fasse irruption dans un système de rangement d'information quotidien. La légitimation de la prise en compte du champ social est aussi due à ce même mouvement d'idée qui met le patient et non plus le médecin au cœur de la problématique de distribution des soins.

La CISP est le premier outil de catégorisation de l'information en médecine qui se veut et s'affiche orienté vers le patient. Ceci se marque par l'importance accordée aux symptômes et plaintes, par la possibilité de relever les peurs des patients, par l'existence de la prise en compte du champ social, par l'accent mis sur l'épisode et la continuité des soins et par la prééminence de la localisation sur l'étiologie. Ces cinq éléments sont fondateurs d'une vision particulière de la médecine et spécifique de la médecine de famille

3.2 Vers une terminologie spécifique en soins primaires

La nécessité de diminuer la contrainte de l'utilisateur impose de rendre le codage lui-même accessoire voire transparent. La solution est de développer la terminologie pour pouvoir rendre convivial l'interface utilisateur en usage quotidien du dossier médical informatisé.

En Ontario, au Québec, en Australie et en Belgique, des chercheurs ont approché cette difficulté :

- Encode-FM est un système piloté par Bob Bernstein du Département de Médecine de Famille, Université d'Ottawa, Ontario, Canada. Il offre une terminologie extensive [21], en anglais et français avec les transcodages ICD- 1 O/CIM- 10.
- Au Québec, l'équipe de Guy Lavoie de la société Motus a développé pour le compte de la Régie d'Assurance Maladie du Québec une banque de donnée terminologique bilingue de 14 000 termes [22] utilisée dans la "Carte Santé".
- ICPC-Plus est produit par la Family Medicine Research Unit de l'Université de Sydney, dirigée par Helena Britt. Outre une banque de donnée terminologique étendue [23] en anglais et un transcodage à l'ICD-10, ICPC-Plus offre un service d'aide au codage et de traitement de l'information.

- Le LOCAS est une banque de donnée terminologique de 11 .000 termes en langue française classifiée sur la CISP [24]. Elle est produite par le groupe Médecine de Famille et Soins Primaires de l'École de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles.

Ces systèmes terminologiques de première génération sont utiles mais encore peu performants et les développements actuels de la terminologie et de la linguistique computationnelle permettent d'espérer la mise au point d'outils de codage automatisé transparents, conviviaux, multiclassificateurs et multilingues [25] [26].

3.3 Utilisation actuelle de la CISP en pays francophone

Si l'utilisation de classifications en soins primaires est encore confidentielle dans les pays francophones, il faut en attribuer la cause en premier lieu au type de système de santé particulier en France et en Belgique. L'exercice libéral qui régit la médecine dans ces pays ne favorise nullement l'existence d'interrogations sur la pertinence du système de santé et n'oriente pas la recherche vers des objectifs de santé communautaire. A contrario, toute tentative de mettre à jour le fonctionnement actuel du système par l'utilisation d'outils appropriés est perçue comme une atteinte intolérable à la liberté d'exercer individuelle et comme un contrôle coercitif potentiel sur cette activité,

L'orientation exclusivement hospitalo-centriste des systèmes d'information médicaux dans ces deux pays ne favorise pas l'écllosion de systèmes orientés vers les soins primaires. Les moyens informatiques, en matériel et en homme, sont localisés dans les hôpitaux et le prisme hospitalier réduit le champ de vision de ces acteurs tout en ne laissant que peu de moyens techniques ou financiers aux chercheurs de première ligne.

Il n'y a guère que le Québec qui tente de mettre en place, avec difficultés, un système d'information cohérent. La volonté d'y établir un dossier commun informatisé et proche de la population est marqué par le développement de la carte santé qui fait un large usage de la CISP [27].

Dans la plupart des pays de la sphère anglo-saxonne et assimilés, l'épidémiologie, la structuration de l'information et les systèmes classificatoires font partie intégrante de l'enseignement de base de la médecine. En zone francophone, ces points ne sont pas abordés en formation générale et quand ils sont enseignés, ils le sont en spécialités orientées quasi exclusivement elles aussi vers les systèmes hospitaliers.

3.4 Le CISP-Club, un outil de diffusion de connaissance

Le Club des utilisateurs francophones de la Classification Internationale des Soins Primaires rassemble des médecins généralistes et de famille intéressés par la recherche et l'évaluation dans leur discipline. L'association des utilisateurs francophones de la CISP est reconnue par le Comité International de Classification de la WONCA dont elle est le correspondant francophone. Le CISP-Club est une société de droit français à base non lucrative (loi 1901). Les membres du CISP-Club ont décidé de valoriser l'outil de recherche spécifique dénommé Classification Internationale des Soins Primaires.

En accord avec le Comité de Classification de la WONCA (WICC) qui est le concepteur de cet outil, le CISP-Club se propose de diffuser la méthodologie développée par les médecins généralistes chercheurs de la WONCA. Plusieurs membres du CISP-Club sont aussi membres du WICC, tels les auteurs du présent article. Le CISP-Club compte à Meure actuelle des membres en France, Belgique, Québec et Algérie et cherche à disséminer les outils de connaissance de la médecine de famille dans l'ensemble du monde francophone.

Au travers du Club des utilisateurs de la CISP, il est possible de suivre l'évolution des travaux des chercheurs [28] [29] et développeurs de logiciels médicaux. Un atelier organisé en novembre 1998 [30] par le CISP-Club à l'École de Santé Publique de Saint-Étienne a permis de voir l'intérêt croissant porté à la CISP ainsi que les recherches menées grâce à elle en France et en Belgique. La CISP est maintenant incluse dans la plupart des logiciels et systèmes d'information et a reçu le label AFNOR. Des chercheurs volontaristes ont mis en évidence les grandes capacités du système classificatoire et l'idée que le niveau primaire est un réservoir fascinant d'information est en train de faire son chemin.

Références

- [1] Bentsen BG. *Illness and general practice. A survey of medical care in an island population in South-East Norway*. Oslo: Oslo University Press : 1970.
- [2] Bridges-Webb C. Classification of disease in general practice. Paper presented at the International Workshop on General Practice Research, Melbourne: 1972.
- [3] Westbury RC. A plan to develop an international classification of disease in family medicine. Paper presented at the *International Workshop on General Practice Research*, Melbourne: 1972.
- [4] Site Internet du WONCA International Classification Committee : par Internet <http://www.ulb.ac.be/esp/wicc>

- [5] Nelson EC, Wasson J, Kirk J et al. Assessment of function in routine clinical practice. Description of the COOP Chart method and preliminary findings. *J Chron Dis* 1987; 40(suppl.1): 55S-66S.
- [6] 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.
- [7] Bentzen N (ed), Wonca Classification Committee. An International Glossary for General/ Family Practice. *Family Practice*. 1995; 12(3): 341-369.
- [8] Classification Committee of WONCA, An international classification of the health problems of primary care (ICHPPC). *The Journal of the Royal College of General Practitioners* 1976; Occasional paper 1.
- [9] Lamberts H, Wood M (eds). *International Classification of Primary Care (ICPC)*. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- [10] Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I (eds). *The International Classification of Primary Care in the European Community*. Oxford: Oxford Medical Publication, 1993.
- [11] Lamberts H, Hofmans-Okkes I. The core of computer based patient records in family practice; episodes of care classified with ICPC. *Int J Biomed Conip*, 1996; 42: 3 5-41
- [12] Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. The Classification of mental health problems in family medicine and in psychiatry. In: *State of the art in clinical psychiatry*. Amsterdam: Benecke consultants, 1996; pp. 4-28.
- [13] Oskam SK. TRANS. *An interactional access program for the standard reason for encounter, diagnosis and process output of the Transition Project*. Department of general practice/family medicine, University of Amsterdam, 1992
- [14] Lamberts H, Okkes IM, Yamada T, Bujak M, Boland M, Pace WD Univ. of Amsterdam, Netherlands, Jichi Med School, Japan, Katowice Med School, Poland, ICPC Ireland Project, Univ. of Colorado. ICPC computer records in five countries. *Communication au Congrès mondial de la WONCA*, 1998.
- [15] Metsemakers JFM et al. *Health problems and diagnoses in family practice. Registration network family practice* [Monography]. Department of General Practice: University of Limburg: 1992.
- [16] Mennerat F, Jamouille M. *Bibliographie de la CISP (ICPC), mise à jour périodique sur Internet*; <http://www.ulb.ac.be/esp/wicc/ICPCref.html>
- [17] Jamouille M, Roland M. (eds) *Classification Internationale des Soins Primaires (CISP)*. (traduite de l'anglais, annotée et mise à jour). Lyon: Lacassagne, 1992.
- [18] WONCA International Classification Committee (ed) *International Classification of Primary Care, second edition (ICPC-2)*, Oxford University Press : 1998
- [19] Jamouille M, Roland M. CISP-2, *Introduction à la Classification Internationale des Soins Primaires, deuxième édition*; Site: <http://www.ulb.ac.be/esp/wicc/cisp2.html>
- [20] White KL (ed.), *The Task of Medicine. Dialogue at Wickenburg*. Menlo Park, California: The Henry J Kaiser Foundation, 1988.
- [21] Bernstein WM. *Encode-Fm*. Version 2. 0. Ottawa: Insite-Family Medicine Inc, 1996.
- [22] Lavoie G, Tremblay L, Durant P, Papillon MJ, Berube J, Fortin JP. Medicarte software developed for the Quebec microprocessor health card project. *Proc Medinfo 95* 1995; 8 Pt 2: 1662
- [23] Britt H, Miller G. *ICPC Plus*, Family Medicine Research Unit, Department of general practice, University of Sydney, Australia J 996.
- [24] Roland M, Jamouille M, Dendreau B. *Approches taxinomiques en médecine de famille assorties d'une terminologie standardisée et classifiée selon la CISP à usage informatique en soins de santé primaires*. Bruxelles: Care Editions, 1996.
- [25] Ceusters W, Spyns P, De Moor G, Martin W (eds), *Syntactic-Semantic Tagging of Medical Texts : The Multi-Tale Project*. Studies in Health Technology and Informatics, vol 47, IOS Press, 1998.
- [26] *The Galen organisation. Advanced terminological services to support integrated clinical information systems*. Par Internet, <http://www.galen-organisation.com> accédé le 09 novembre 1998.
- [27] *Évaluation du projet québécois d'expérimentation de la carte santé à microprocesseur. Version abrégée du rapport final RAMQ*. Par Internet, <http://www.rarnq.gouv.qc.ca/reg/pub/csante/csante.htm> accédé le 09 novembre 1998.
- [28] Letrilliart L, Guiguet M, Valleron AJ, Flahault A. A Sentinel information system ; coding reasons for hospitalization with ICPC. INSERM Unit 444, Paris, France. *Communication au Congrès mondial de la WONCA*, 1998
- [29] Trombert-Paviot B, Boyadjian V, Brûlet JF, Mennerat F, Idir H, Rodrigues JM Ensemble minimum de données adapté à la méthodologie case mix pour les soins ambulatoires : comparaison de deux organisations différentes la Russie post-communiste et la France (TIM-STAR) *Communication à Emoi 98*, Nancy, 1998
- [30] *Atelier du CISP-Club, 28 et 29 novembre* 1998. Ecole de Santé Publique, Université de St Etienne, France. Par Internet <http://www.ulb.ac.be/esp/cisp/atelier98.html>