

MICHEL MARC BERNARD

ROLAND JAMOULLE DENDEAU

APPROCHES TAXINOMIQUES EN MÉDECINE DE FAMILLE

*ASSORTIES D'UNE
TERMINOLOGIE MÉDICALE
NORMALISÉE ET CLASSIFIÉE
À USAGE INFORMATIQUE
EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES*

VOLUME 1



MICHEL ROLAND, MARC JAMOULLE & BERNARD
DENDEAU CARE EDITION BRUXELLES, DECEMBRE

1996

avec le soutien de:

Association des Médecins de l'Université Libre de Bruxelles
Centre d'Etude et de REcherche en Santé Publique
Centre Universitaire de Médecine Générale de l'Université Libre de Bruxelles Club
Francophone CISP
Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles
Fédération des Maisons Médicales et des Collectifs de Santé Francophones

© Michel Roland, Marc Jamouille & Bernard Dendeau Décembre 1996

Mise en page et conception graphique initiales : Daniel Roland & Jean-Pierre Lambert

Remise en page par Cyril Romain en septembre 2009 et publié sur le site

<http://trix.docpatient.net>

Tous droits réservés pour tous pays. Toute reproduction, même partielle, par quelque procédé que ce soit, est interdite sans autorisation préalable. Toute copie par xérographie, photographie, film, bande magnétique, mise en fichier informatique ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi sur la protection des droits d'auteur.

I.S.B.N. Les 2 volumes: 2-9600130-0-X

volume 1: 2-9600130-1-8

volume 2: 2-9600130-2-6

Bibl. Nat. Bel. : D/1996/7848/1

Approches taxinomiques en médecine de famille

assorties d'une

Terminologie médicale normalisée et classifiée

à usage informatique en Soins de Santé Primaires

basée sur la Classification Internationale en Soins Primaires (CISP),

produite par le Comité de Classification de la WONCA,

publiée sous le label. du Club des Utilisateurs Francophones de la CISP

par

Michel Roland,

Médecin de famille, chercheur à la Fédération des Maisons Médicales et Professeur de médecine générale à l'ULB, membre de WONCA EQUiP

Marc Jamouille,

Médecin de famille, chercheur à la Fédération des Maisons Médicales, Maître de stage en médecine générale, membre du Comité de Classification de la WONCA

Bernard Dendeau,

Licencié en Sciences Commerciales et Financières, Analyste de système - informaticien

Préface de

Jacques Humbert,

Médecin de famille, président du CISP-CLUB

Table des matières

Table des matières.....	4
Table des illustrations.....	7
Remerciements.....	8
Préface.....	9
Avant-propos.....	10
1. Principes de base de la CISP.....	12
1.1. les chapitres et leurs codes alphanumériques.....	12
1.2. les composants (standards pour chaque chapitre).....	13
2. Particularités de la CISP.....	14
2.1. Historique.....	14
2.2. Objectifs de la CISP.....	16
2.3. Traitement et transfert d'information en médecine de famille.....	19
2.4. L'approche par problème et les éléments du SOAP.....	20
2.4.1. Problèmes, épisodes et contacts.....	20
2.4.2. Motif de contact et diagnostic, deux concepts renouvelés.....	25
2.4.3. Procédures au sein de l'épisode: de SOAP à SOPAP.....	29
2.4.4. De SOAP à SOARAP.....	30
2.4.5. La CISP ne permet pas de classer le 0 (objectif) de l'acronyme SOAP.....	31
2.5. L'implicite et l'explicite.....	31
2.6. la codification des actions posées dans la filière des soins.....	32
2.6.1. Les codes de thérapeutique -58 -59.....	32
2.6.2. Les procédures réalisées dans le secteur secondaire.....	32
2.6.3. Contacts programmés et organisation préventive.....	35
2.7. La question des définitions et des critères d'inclusion.....	40
2.7.1. Pourquoi des critères d'inclusion.....	40
2.7.2. Exemple de critères d'inclusion de la CISP 2.....	41
3. la CISP, nouvelle source de savoir médical étude sur les céphalées.....	41
3.1. Introduction.....	42
3.2. la prise de décision en médecine générale.....	42
3.3 l'importance de la prévalence basse en médecine de famille.....	43
3.4. les systèmes d'information et l'item "céphalée".....	45

3.5. la céphalée en médecine de famille	46
3.6. Démarche diagnostique.....	47
3.7. Une attitude pragmatique	48
3.8. Importance de l'utilisation de la CISP	49
4. Transcodage CISP/CIM-10	50
4.1. Le transcodage, une nécessité impérative	50
4.2. Les outils déjà développés	50
4.2.1. Le « multi-langage layer».....	50
4.2.2. La table de conversion "un pour un' ICPC/10-18.....	51
4.2.3. Le logiciel Transcod	51
4.3. Le projet d'une terminologie ouverte sur les deux outils de classification	52
5. Méthode de construction de la terminologie normalisée	54
5.1. Principes généraux.....	54
5.2. Règles générales.....	56
5.2.1. Concernant les thesaurus	56
5.2.2. Concernant les descripteurs	56
5.2.3. Concernant la grammaire.....	57
5.2.4. Concernant la CISP	58
5.3. Présentation du thesaurus.....	60
7. Formation à l'utilisation de la CISP.....	63
7.1. Règles générales.....	63
7.2. Résumés de consultation	64
7.2.1. quelques récits classiques	64
7.2.2. DEUX APPROCHES COMPLEXES	67
7.2.3. Règles particulières pour A97 (pas de maladie) et A98 (épisode préventif)	69
8. Critiques et autocritiques.....	70
8.1. Les paradigmes scientifiques et le paradigme classificatoire	70
8.2. le normal et le pathologique.....	72
8.3. Le catégoriel et le dimensionnel	73
9. la nomenclature en 34 caractères de la CISP	75
Principales abréviations:.....	77
PROCEDURES	78
A - GENERAL	79
B - SANG, SYSTEME HEMATOPOIETIQUE, LYMPHATIQUE RATE	80
D - DIGESTIF	81
F - OEIL	83

H - OREILLE	84
K - Circulatoire	85
L - OSTEO-ARTICULAIRE	86
N - NEUROLOGIQUE	87
P - PSYCHOLOGIQUE	88
R - RESPIRATOIRE	89
S - CUTANE	90
T - ENDOCRINE ET METABOLIQUE	92
U - UROLOGIQUE	93
W - GROSSESSE ET PLANNING FAMILIAL	94
X - GENITAL FEMININ	95
Y - GENITAL MASCULIN	96
Z - PROBLEMES SOCIAUX	97
10 Adresses et contacts utiles	98
Adresses des auteurs	98
Club francophone CISP (CISP-Club)	98
Département de médecine générale de l'Université d'Amsterdam	100
Comité de Classification de la WONCA	100
11. BIBLIOGRAPHIE	101

Table des illustrations

Figure 1: Structure bi-axiale de la CISP, 17 chapitres et 7 composants

Figure 2: Traitement et transfert d'information en médecine de famille

Figure 3: Structure d'un contact de soins de santé primaires

Figure 4: Contacts et épisode de soins

Figure 5: Relation entre l'épisode et les 4 éléments de la recherche en soins de santé

Figure 6: Catégories diagnostiques utilisées en médecine générale de famille

Tableau 1: Médecine spécialisée et médecine de famille, un couple agoniste/antagoniste

Tableau 2: Classifications et paradigmes, évolution conceptuelle et nosographique en médecine.

Tableau 3: Contenu informatif de l'épisode

Tableau 4: Quelques implications cliniques et préventives suite à une hystérectomie

Tableau 5: Codage proposé pour les états résultant de procédures chirurgicales

Tableau 6: Les quatre dimensions de la rencontre médecin/patient

Tableau 7: Les quatre formes de la prévention

Tableau 8: Exemples de critères d'inclusion

Tableau 9: La matrice de base

Tableau 10: Calcul du résultat d'un test dans une population à prévalence élevée

Tableau 11: Calcul du résultat d'un test dans une population à prévalence basse

Tableau 12: Top 10 des épisodes avec «N01 céphalée» comme motif de premier contact de l'épisode

Tableau 13: Top 20 des RfEs (reasons for encounter/motifs de contact)

Tableau 14: Nombre de RfEs «N01 céphalée» pour 1000 patients-année

Tableau 15: Raisons de prescription d'un CT scan cérébral en cas de céphalée

Tableau 16: Interventions/procédures pour RfEs «N01 céphalée»

Tableau 17: Exemple de transcodage CISP/CIM-10

Tableau 18: Conversion CIM-10/CISP (code fourre-tout S99)

Tableau 19: Conversion « un pour un » « best matches »

Tableau 20: Ecran du logiciel Transcod dans le mode CISP/CIM

Tableau 21: Exemples de descripteurs normalisés pour les céphalées

Tableau 22: Etude du codage des céphalées en tant que diagnostics symptomatiques

Tableau 23: Normalisation des intitulés des chapitres de la CISP

Tableau 24: LOCAS : extrait de la liste permutée indentée

Remerciements

Nous désirons exprimer notre gratitude au Dr Henk Lamberts, professeur de médecine générale et chef du département de médecine générale à l'Université d'Amsterdam ainsi qu'à Mme Inge Hofmans-Okkes et à Mr Henk Brouwer de ce même département pour l'aide et le soutien sympathique et efficace qu'ils nous ont apportés depuis plus de dix ans.

Que le Comité de Classification de la WONCA et son président le Professeur Charles Bridges-Webb reçoivent aussi nos remerciements pour l'accueil attentif et chaleureux qu'ils nous ont réservé.

Les auteurs

« Il reste que la fonction du médecin consiste à aider le malade à déchiffrer sa demande et à lui trouver des réponses ; autant dire qu'il y a tout lieu de chercher à comprendre le désir réel pour amorcer la négociation »

Jean Carpentier
Medical Flippers

Préface

La parution en 1992 du livre « Classification Internationale des Soins Primaires (CISP) » a très vite constitué un événement majeur pour le monde généraliste francophone et singulièrement pour les médecins français.

Les généralistes soucieux d'écrire et d'évaluer leur pratique professionnelle y découvraient un outil particulièrement pertinent pour le recueil et l'analyse des données de terrain. Dans le même temps, l'ouvrage constituait pour l'immense majorité d'entre eux une révélation des travaux de recherche menés depuis 20 ans au sein de la communauté généraliste internationale.

Marc Jamouille et Michel Roland étaient à l'origine de ce travail considérable de traduction et d'adaptation de l'International Classification of Primary Care (ICPC) éditée en 1987 par Henk Lamberts et Maurice Wood sous l'égide de la WONCA. Depuis lors, ils furent maintes fois sollicités à titre d'experts dans le cadre de séminaires nationaux des médecins français à la méthodologie du codage et de recueil d'information médicale.

Le présent ouvrage apporte la confirmation de la passion intacte des auteurs, généralistes plein-temps, au service de la reconnaissance de leur métier. Ces « Approches taxinomiques en médecine de famille assorties d'une terminologie médicale normalisée et classifiée à usage informatique en Soins de Santé Primaires » représentent une avancée essentielle parce qu'éminemment pragmatique, vers la concrétisation à bref délai d'un large recueil d'information médicale en médecine générale.

L'utilisation pertinente de la CISP y trouve des garanties majeures en particulier par l'adoption des règles fondamentales de la science terminologique. L'outil informatique, désormais inévitable à court terme dans la tenue du dossier médical, y trouve un attrait nouveau par la facilitation considérable de la structuration et du codage (international) des données recueillies au quotidien.

Plus encore, l'interaction avec les utilisateurs, souhaitée par les auteurs, permet d'envisager une évolution constante du contenu vers un thesaurus terminologique coopté en médecine de famille, solution progressive et pertinente au vieux problème de langage commun en soins de santé primaires. Dans tous les pays, les contraintes budgétaires pèsent de plus en plus lourdement sur l'exercice médical. Nous souhaitons vivement que les décideurs en Santé Publique restent soucieux de favoriser, à côté de la nécessaire information médico-économique, l'émergence d'une véritable information médicale, base d'évaluation et d'assurance de qualité d'une médecine au service du patient et de la collectivité.

Le présent travail nous paraît devoir constituer un maillon essentiel dans la chaîne de communication à mettre en place au sein des systèmes de santé.

*Docteur Jacques Humbert
Médecin de Famille
Président du Club des utilisateurs francophone de la CISP*

Avant-propos

Le travail présenté ici est le premier fruit d'une longue quête... Le dossier médical informatisé deviendra l'élément clé de la continuité des soins et du développement de la qualité en médecine. Cela ne sera que dans la mesure où un langage médical cohérent et clair pourra servir les besoins de communication et d'identification des activités médicales.

La nécessité de grouper les informations générées lors de la rencontre médecin/malade en catégories opérationnelles nous a conduits depuis des années à nous intéresser à la recherche taxinomique en soins de santé primaires. Choisir une classification de codage pour les soins primaires est un acte éminemment politique et philosophique. La connaissance du domaine unitaire qu'est la rencontre de l'homme dans son quotidien ne souffre pas la parcellisation induite par le recours à la technologie.

Les travaux du Comité de Classification de la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners /Family Physicians, organisation scientifique mondiale des médecins généralistes/médecins de famille) font maintenant autorité, et l'International Classification of Primary Care (ICPC) ou Classification Internationale des Soins Primaires (CISP), a démontré ses capacités à traiter l'information médicale de façon dynamique, tant en recherche clinique qu'en organisation du travail.

Cette classification est centrée sur l'homme et ses problèmes de santé. Elle est multidimensionnelle puisqu'elle reconnaît la souffrance biologique mais aussi psychologique et sociale. Elle permet de montrer et d'analyser la réponse des acteurs producteurs de soins de santé que sont les médecins à la demande de leurs patients. Elle pourra donc être utile au développement d'une informatique médicale de qualité au service des patients.

Après avoir testé cet outil et avoir apporté notre pierre aux processus de validation de la CISP, nous avons décidé de l'utiliser dans le cadre du développement d'un dossier de santé informatisé à l'usage des Maisons Médicales de Belgique. Il fallait donc un outil qui rejoigne les nécessités de la clinique et de la recherche. Les informations médicales notées dans le dossier devaient être lisibles à la consultation, accessibles pour la gestion du dossier, utilisables pour l'enseignement et l'assurance de qualité, transférables vers l'extérieur et analysables pour la recherche.

Utilisant les règles de la documentologie, nous avons alors élaboré une terminologie médicale normalisée et classifiée selon la CISP, l'idée étant de fournir un outil de communication clinique et de recherche utilisable dans toute la francophonie, qui soit en évolution constante et qui ambitionne de devenir un véritable thésaurus de médecine de famille.

Cette terminologie est proposée en mode informatique dans un logiciel de codage appelé LOCAS (Logiciel de Codage et d'Acquisition de Synonymes). Ce progiciel, intégrable sous DOS ou Windows à d'autres dossiers médicaux informatisés, permet le codage des actes lors de la consultation grâce à notre terminologie médicale, tout en offrant à l'utilisateur la possibilité de nous retourner de nouvelles informations ou interrogations. Des mises à jour périodiques et améliorations de l'outil permettront de fournir un instrument permanent de

qualité à tous nos collègues impliqués dans l'utilisation au quotidien de l'informatique médicale.

Nous nous attacherons pour la phase suivante à développer la potentialité de transfert d'information entre les secteurs primaire et secondaire de l'activité médicale. Le secteur secondaire hospitalier utilise la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10ème révision, de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé)), non opératoire en soins primaires. Mais celle-ci est compatible avec la CISP et nous travaillons à établir un transcodage entre la CIM-10 et la CISP. Par ailleurs, le Comité de Classification de la WONCA s'est attelé à une profonde refonte de l'ICPC, et 1997 verra naître l'ICPC 2. Cette deuxième mouture gardera le cadre essentiel de la première édition, mais de nombreux codes auront changé et, surtout, elle sera pourvue de critères d'inclusion et d'exclusion.

Notre terminologie à peine parue, nous pensons donc déjà à la version suivante basée sur la, CISP 2 et qui contiendra le transcodage vers la CIM-10. Ceci nous permettra de mettre à la disposition de la communauté francophone un outil plus évolué et plus performant. Nous sommes donc à l'affût de vos conseils et critiques. Nous vous remercions par l'avance pour toutes les suggestions que vous voudrez bien nous faire parvenir.

Les auteurs

1. Principes de base de la CISP

Le C de l'acronyme CISP désigne une classification (action de distribuer par classes, par catégories), et le résultat de cette action. Une classification implique une structure et une finalité.

Les concepteurs et auteurs de la CISP insistent fort sur la nature classificatoire de leur travail, et c'est bien le cas en effet. Il s'agit effectivement d'une distribution d'éléments par classes selon une structure bi-axiale (chapitres et composants) et avec une finalité logique et mnémotechnique. La classification est originale dans la mesure où les chapitres reprennent globalement les différents systèmes ou organes corporels en ce compris les aspects psychosociaux, et où les composants rassemblent les plaintes, symptômes, et motifs de contact, les procédures ainsi que les diagnostics et maladies. La CISP est donc globale, clairement orientée vers les soins de santé primaires.

La simplicité et la facilité d'emploi de la CISP sont justement dues à sa structure bi-axiale, à visée mnémotechnique: l'axe des 17 chapitres est caractérisé par un code alphanumérique à 1 caractère, celui des 7 composants, identiques pour chaque chapitre, par un code numérique à 2 caractères. Les deux se combinent pour constituer un code global à 3 caractères.

1.1. les chapitres et leurs codes alphanumériques

- A** général et non spécifique,
- B** sang, organes hématopoïétiques et lymphatiques, **D** digestif,
- F** oeil,
- H** oreille,
- K** cardio-circulatoire,
- L** ostéo-articulaire et loco-moteur,
- N** neurologique,
- P** psychologique,
- R** respiratoire,
- S** cutané,
- T** endocrinien, métabolique et nutritionnel,
- U** urologique,
- W** grossesse, accouchement et planification familiale,
- X** génital féminin,
- Y** génital masculin,
- Z** social.

1.2. les composants (standards pour chaque chapitre)

- 1 -01 à -29: symptômes et plaintes dont
-26 peur du cancer,
-27 peur d'une autre maladie,
-28 handicap/invalidité,
-29 fourre-tout,
- 2 -30 à -49: procédures diagnostiques/préventives, dont
-49 fourre-tout,
- 3 -50 à -59: procédures thérapeutiques/médications, dont
-59 fourre-tout,
- 4 -60 et -61: procédures résultats de tests,
- 5 -62 : procédures administratives,
- 6 -63 à -69: procédures de référence et autres, dont
-68 et -69 fourre-tout,
- 7 -70 à -99 : diagnostics et maladies, dans l'ordre
maladies infectieuses, tumeurs (bénignes et malignes),
traumatismes, anomalies congénitales, autres maladies spécifiques,
-99 fourre-tout.

La CISP est donc comme un échiquier, avec 2 axes, des rangées (les composants) et des colonnes (les chapitres) numérotées, définissant des cases. A01 (douleur généralisée), Y99 (autres maladies système génital masculin) et Z28 (fonction limitée/invalidité problème social) sont donc des codes globaux construits par la combinaison d'un chapitre et d'un composant.

C I S P	Chapitres	Général	Sang, organes hématopoïétiques	Digestif	Oeil	Oreille	Circulatoire	Ostéo-articulaire	Neurologique	Psychologique	Respiratoire	Cutané	Endocrinien, métabolique et nutritionnel	Urologique	Grossesse, accouchement, planification familiale	Génital féminin	Génital masculin	Social
		A	B	C	F	H	K	L	N	P	R	S	T	U	W	X	Y	Z
C O M P O S A N T S	Symptôme et plaintes -01 à -29																	
	Procédures diagnostiques et préventives : -30 à -49																	
	Procédures thérapeutiques et médications : -50 à -59																	
	Résultats de tests : -60 à -61																	
	Administratif : -62																	
	Référence et autres motifs de contact : -63 à -69																	
	Diagnostics et maladies -70 à -99																	

Figure 1: Structure bi-axiale de la CISP, 17 chapitres et 7 composants

2. Particularités de la CISP

2.1. Historique

A Melbourne en 1972, la WONCA installait un Comité de Classification qui a immédiatement commencé à travailler sur base de travaux antérieurs. L'ICHPPC3 (International Classification of health problems in Primary Care ou Classification Internationale des problèmes de santé en soins primaire) a vu le jour en 1976. En 1979 paraissait l'ICHPPC-24. En 1983, un travail énorme de définition et d'ajouts de critères d'inclusion et d'exclusion paraissait sous le nom de ICHPPC-2-defined5.

Cette classification a été depuis l'outil de référence pour des milliers de chercheurs en médecine de famille.

En 1984, Sue Meads, Henk Lamberts et Maurice Wood, sous l'impulsion du Comité et en relation avec l'OMS, testaient sur le terrain une classification des motifs de rencontre dénommée RfEC6 (Reason for Encounter Classification). En 1986, le Comité faisait paraître l'IC-Process-PC7 (International Classification of Processes in Primary Care), outil encore très imparfait pour relever les procédures.

C'est en 1987 qu'une synthèse des trois outils cités est réalisée. L'ICHPPC-2-d, l'IC-Process-PC et la RfEC ayant chacune fait leurs preuves sur le terrain, ont été assemblées pour donner naissance à l'ICPC8 9 (International Classification of Primary Care). En 1992 enfin, paraît la CISP10 francophone (Classification Internationale des Soins Primaires), après la fin des travaux de l'atelier de travail européen sur l'ICPC (EEC-ICPC Workshop11). L'ICPC 2, révision très conséquente de l'ICPC après dix ans d'utilisation, est en gestation et contient définitions et critères d'inclusion. Elle devrait paraître au printemps 1997.

Disposer d'un outil classificatoire créé par et pour les médecins généralistes/de famille est une nécessité impérieuse au moment où le traitement de l'information ambulatoire est à l'ordre du jour pour des raisons tant scientifiques qu'économiques.

Le Comité a toujours veillé à avoir une bonne compatibilité avec les différentes versions de la Classification Internationale des Maladies (actuellement CIM-1012), mais les outils WONCA n'en sont nullement dérivés.

La CISP est donc un outil de collection et de traitement de l'information en soins de base (soins de santé primaires), donc en médecine générale/médecine de famille. Ce n'est pas un outil conçu de novo. Il s'agit d'une construction progressive par des médecins chercheurs de terrain, initiée dans les années 70 et progressivement affinée à la lumière des expériences de groupes de généralistes chercheurs de nombreux pays. La CISP est déjà disponible en plus de 20 langues et s'impose dans le monde entier comme outil de codage de l'activité de première ligne. Son usage rend les données produites comparables nationalement et internationalement, et compatibles avec la CIM-9 et la CIM-10.

L'usage de la CISP est à replacer dans l'approche Besoin - Demande - Offre de service. La médecine générale/médecine de famille est un des services disponibles dans le cadre des services de santé. D'autres services peuvent être concernés par la démarche tels les services hospitaliers de porte et les services d'urgence tant en campagne³ qu'en ville¹⁴. Ces services interviennent au moment où un problème de santé ressenti comme un besoin de soins est verbalisé comme tel par un demandeur de soins à un dispensateur de soins à un point d'offre de service. L'adéquation Besoin - Demande - Offre de service est fondamentale. Le système de relevé d'information doit traduire cette réalité.

Une expérience considérable a été accumulée dans ce domaine par le Département de Médecine Générale de l'Université d'Amsterdam³¹⁶¹². Des milliers de contacts entre des patients et leurs médecins de famille sont codés systématiquement au jour le jour, encodés, puis analysés, et ce depuis plusieurs années. Ils fournissent une perspective étonnante sur la médecine de famille, sous forme d'un logiciel interactif dénommé TRAN92.

2.2. Objectifs de la CISP

Les objectifs multiples que doit essayer de respecter l'outil optimal de relevé et de codage d'information sont tellement nombreux et différents que l'entreprise relève de la gageure. La définition des objectifs constitue néanmoins le premier critère d'appréciation d'une classification, celle-ci se définissant d'ailleurs comme un rangement conceptuel d'informations en fonction d'objectifs déterminés².

L'outil nécessaire sera centré sur l'homme et ses problèmes. Il devra donc être forcément multidimensionnel, reconnaissant la souffrance tant biologique que psychologique et sociale, et sachant la caractériser. Il devra montrer les réponses des acteurs producteurs de soins que sont les médecins, ainsi que la démarche clinique et les procédures effectuées. Il devra leur permettre une analyse de leur agir et une réflexion sur leurs pratiques. Il devra être utile au développement d'une informatique médicale de qualité au service des patients. Prioritairement support de la clinique quotidienne, il devra aussi répondre à des objectifs de recherche, d'enseignement, de développement de la qualité et d'évaluation.

La CISP est faite pour enregistrer et traiter (sous l'angle de l'information) les problèmes de santé tels qu'ils sont exprimés par le patient, appréciés par le dispensateur, et gérés par les deux. La CISP ne pourra donc être utilisée que dans cette optique. Il y a lieu de se rappeler que nous ne tentons pas de classer le patient, ce qui est d'ailleurs rigoureusement incongru du point de vue philosophique ou psychanalytique. Ce souci reste cependant le rêve et le mirage de la science bio-médicale positiviste caractéristique le plus souvent des niveaux de soins spécialisés'. La CIM répond assez bien à ces besoins des échelons spécialisés et hospitaliers.

Au niveau primaire, notre démarche se doit aussi d'être véritablement scientifique, mais relevant d'une science holistique, globalisante, multidisciplinaire et non pas spécifiquement réductrice en se voulant exacte.

La CISP permet d'appréhender cette complexité et cette incertitude. Les deux outils, CIM et CISP, tentent d'éclairer le même champ d'expression de la maladie humaine, mais à partir d'observatoires différents qui coexistent et se complètent, en reconnaissant la parole, le langage et la communication opérante à des niveaux d'importance différents¹⁸.

Dans le domaine de la santé mentale, la CISP s'est montrée particulièrement apte¹⁹ à montrer la complexité des interactions en cours lors de la consultation ainsi que la forte charge psychologique qui incombe au médecin généraliste/de famille.

Les temps changent et le métier de médecin de famille aussi. Acteur central des soins primaires, le généraliste doit avoir de larges épaules. En plus d'être le gestionnaire de sa pratique²⁰ il doit être un bon somaticien, maîtriser le psycho-social, intégrer la connaissance analytique, comprendre l'interculturel, gérer les informations de ses patients de façon dynamique, être un agent de santé communautaire et programmer une action préventive. La CISP peut devenir un moyen d'organiser ces nouvelles pratiques et de rendre performantes les activités entreprises.

Nous avons tenté, en deux tableaux^{21 22}, de synthétiser ces éléments. Le Tableau 1 relève, sans nécessairement les opposer, un ensemble de caractéristiques particulières aux soins spécialisés et aux soins primaires.

MEDECINE SPECIALISEE	MEDECINE GENERALE/DE FAMILLE
Soins spécialisés, secondaires et tertiaires, surtout technologiques	Soins de santé primaires, d'abord communicationnels
Connaissance parcellaire	Connaissance globale
Modèle bio-médical, réductionniste, positiviste	Modèle bio-psycho-social, holistique, probabiliste
Anamnèse fermée, logique d'interrogatoire	Exploration circulaire de la plainte
Approche transversale, avis et traitements ponctuels	Approche longitudinale, prise en charge globale et synthèse
Problèmes présélectionnés	Problèmes de prévalence basse
Terrain hospitalier ou équivalent	Terrain communautaire
Activités surtout curatives	Activités intégrées (curatif+préventif+promotion de la santé)
Coordination médicale	Coordination multidisciplinaire
Coût matériel et technique	Coût humain
Orientation dispensateur	Orientation patient
Orientation maladie	Orientation problème de santé
Recherche traditionnelle	Recherche opérationnelle et recherche-action

Tableau 1: Médecine spécialisée et médecine de famille, un couple agoniste/antagoniste

Le Tableau 2 montre les différences d'approche et de conception entre différentes classifications en fonction du paradigme et de la symbolique qui les sous-tendent et les génèrent.

Ce que le système d'information s'efforce de décrire, c'est le produit de la relation en cours. Ceci permet d'obtenir le matériel nécessaire à appréhender l'origine et les conséquences des problèmes de santé présentés par le patient au service de santé de premier recours (par exemple le médecin de famille), les stratégies diagnostiques et thérapeutiques mises en œuvre en réponse à ceux-ci, ainsi que les modifications y apportées.

L'objet essentiel de la CISP est l'action, l'organisation de l'action du médecin et son analyse opérationnelle. On y retrouve l'influence des concepts de « management », de « marketing », d'assurance de qualité et de recherche opérationnelle. Les symptômes et plaintes sont la porte d'entrée dans un système organisé de soins (structure), une boîte noire qui contient des procédures (process) et dont sortent des résultats (outcomes).

Le fait que les symptômes et les plaintes sont compris dans l'outil lui donne l'avantage considérable d'être basé sur le dire et le vécu du patient (patient centered). Cette orientation

vers le patient se retrouve aussi dans les travaux de Jenkins²⁵, dans l'adaptation des items de la CIM-10 aux soins primaires (ICD-IO-PHC)²⁶ et dans les travaux de l'école américaine de psychiatrie (DSM-IV PC)²⁷. (centrée sur l'ensemble patient/médecin, la CISP forme la charpente d'un nouveau système d'information en soins de santé primaires. Les autres outils classificatoires (ICHPPC-2-d, CIM-9 et CIM-10, la classification de Braun", ou la RCC²⁴ (Read Clinical Codes)) sont centrés, eux, exclusivement sur le dispensateur (provider centered).

A partir des constats que lui livre l'utilisation de la CISP et l'analyse du matériel d'information produit, le dispensateur peut tenter de modifier son activité et d'y exercer un rétrocontrôle. Le seul fait de se livrer à un exercice de codage le force à réfléchir aux processus qu'il manie.

On ne peut donc utiliser la CISP pour rendre la complexité relationnelle qui sous-tend les agir humains : non seulement elle n'y suffit pas, mais elle n'en est pas l'instrument pertinent. La CISP permet une forme d'analyse et une seule. L'analyse systémique, par contre, semble tout à fait adéquate pour rendre le flou exprimable et la complexité visible. En ce sens, les deux approches sont nécessaires et nécessairement complémentaires.

On peut être tenté d'utiliser la CISP comme instrument d'épidémiologie générale, mais il faut souligner le caractère fragile de cet usage. Les sources d'erreur sont multiples et il y aurait grand tort d'extrapoler à la population en général les constats de situation mis à jour par l'exercice du métier de généraliste. Le passage du besoin ressenti à la demande d'une part, la forme d'expression de la demande et la réception de celle-ci d'autre part, sont autant de biais de sélection et d'observation²⁵. A moins donc d'utiliser de gros paquets de données agrégées assurant leur validité par la taille de leurs échantillons, les conclusions macroépidémiologiques découlant de recueils en mode CISP auprès des praticiens en activité sont le plus souvent sujettes à caution. Il n'en va évidemment pas de même à plus petite échelle, celle des pratiques, où l'outil standardisé et normalisé, garant de la reproductibilité à un niveau local, fournit le matériel nécessaire aux études et aux conclusions microépidémiologique^{28 29} (échelon communautaire).

Malgré la complexité des outils mis en œuvre, tels la systémique ou la taxinomie, il n'est pas possible de connaître de nos patients plus que ce qu'ils osent, veulent bien ou croient devoir nous dire.

La CISP est une méthode, et seulement une méthode d'interrogation et d'étonnement sur notre réalité. L'intéressant est moins la méthode que la réflexion sur et à partir d'elle ainsi que son évolution et sa transformation en fonction des questionnements et des modestes conclusions qu'elle suscite. Cette méthode ne serait rien si elle ne permettait de jeter un regard nouveau sur notre métier et de modifier notre rapport au patient dans un sens qui lui soit profitable.

Courant	Concept	Objet	Expression
Essentialiste	Hippocratique	dedans/dehors	Les humeurs
Scientiste	Biomédical	Centré sur le dispensateur	CIM-10 /Braun / ICHPPC
Scientifique*	Bio-psycho-socio-médical	Centré sur le patient	RfEc+1CprocessPC +ICHPPC-2d/Jenkins / ICD-10-PHC /DSM-IV PC
Informatique	Information	Système d'information de santé	RCC / diction informatique
Approche multiple additive**	Médecine générale/de famille	L'ensemble patient/médecin Système d'information de santé en SSP	CISP et sa méthodologie basée sur l'épisode

Tableau 2 : Classifications et paradigmes, évolution conceptuelle et nosographique en médecine.

* Scientifique : comprend l'ensemble du donné de la connaissance qu'elle soit biomathématique, psychanalytique ou des sciences humaines.

** Approche multiple additive : les concepts ne sont pas isolés. Ils coexistent le plus souvent et sont partie intégrante du système informatif ainsi généré.

2.3. Traitement et transfert d'information en médecine de famille

La rencontre médecin/patient est à l'origine d'une série d'informations dont l'acquisition, le traitement et le transfert sont déterminant²⁸. L'autonomie du patient, la performance hospitalière, l'enseignement et la recherche, la gestion de l'ensemble du système de santé ainsi que la politique de santé peuvent être orientées par un traitement adéquat de ces informations fondamentales. La Figure 2 ci-dessous schématise ces différents flux. L'information captée lors de la rencontre médecin/patient et correctement structurée peut subir un processus opératoire et un processus analytique³⁰. L'opération de l'information permettra de générer un dossier médical intégré et orienté par épisodes ainsi que la gestion quotidienne des prestations de première ligne. Son analyse permet le développement d'une assurance de qualité ainsi que la constitution de banques de données microépidémiologiques. Tant l'enseignement et la recherche que les responsables des orientations de la politique de santé pourront faire fructifier ces informations, dont la CISP peut assurer un codage valide.

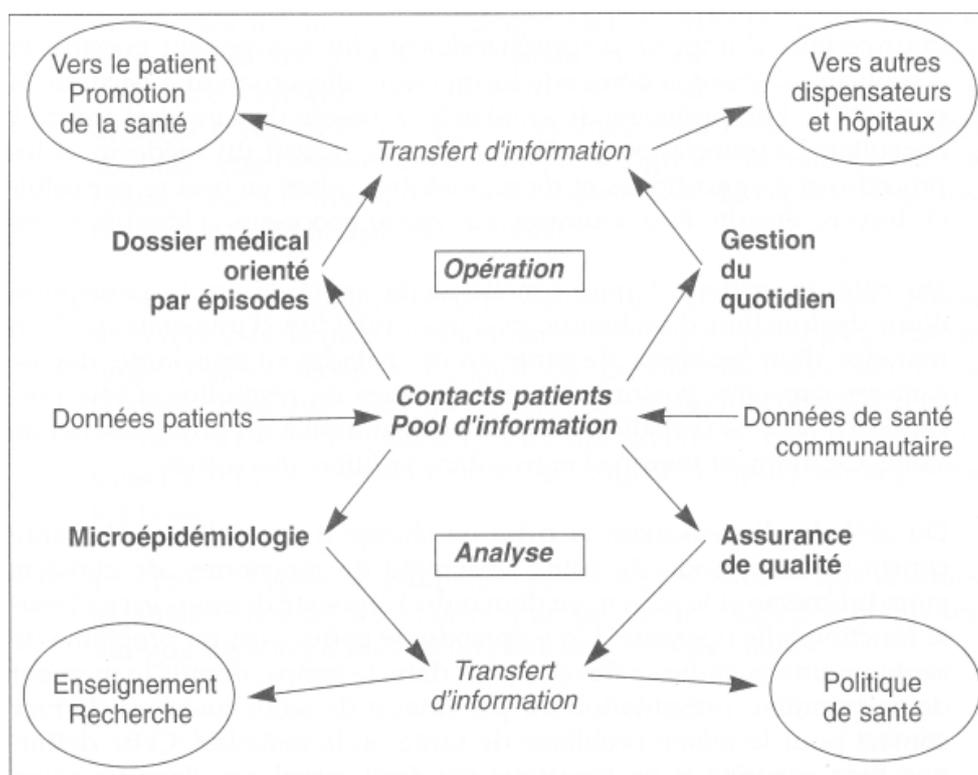


Figure 2 : Traitement et transfert d'information en médecine de famille

2.4. L'approche par problème et les éléments du SOAP

2.4.1. Problèmes, épisodes et contacts

La construction de la CISP, à partir d'outils préexistants, s'est faite dans le souci constant de se situer et de rester systématiquement dans la réalité du champ de travail du médecin de famille. C'est d'ailleurs une des facettes les plus importantes de son originalité, par rapport à d'autres classifications, plutôt adaptées aux échelons spécialisés parce qu'élaborées à partir de ceux-ci.

A la différence des spécialistes, consultés théoriquement, sauf urgence, sur référence, et à qui un diagnostic « positif » est demandé, le médecin de famille, lui, travaille sur des concepts opérationnels, dont l'objectif prioritaire est d'optimiser la qualité des soins fournis au patient. La finalité n'est pas de pouvoir qualifier celui-ci d'une étiquette nosographique, mais d'améliorer son état de santé.

Pour ce faire il importe d'appréhender le plus exactement possible et d'explicitier d'abord la demande formulée au dispensateur à partir de la perception d'un problème de santé et d'un besoin de soins qui amène à consulter. L'appréciation ou l'hypothèse de travail du médecin et les procédures diagnostiques et thérapeutiques mises en œuvre par celui-ci doivent ensuite être soumises au même processus d'identification.

Du côté du patient, l'unité fonctionnelle opérante est la perception d'une dysfonction, d'un handicap, d'une invalidité, d'une maladie, d'un mal-être, d'un problème de santé ou de maladie au sens large, dépassant ses capacités personnelles intrinsèques de résolution. Cette perception amène la verbalisation et la présentation à un professionnel de santé. Ce moment marque l'entrée dans la filière des soins³¹.

Du côté du dispensateur, la prise en charge d'un problème de santé constitue un épisode de soins, ensemble de rencontres, de contacts entre lui-même et le patient en demande. L'épisode de soins est ici l'unité fonctionnelle opérante. Un « épisode de soins » est un problème de santé ou une maladie se développant dans le temps, depuis le moment de sa première présentation au prestataire de soins jusqu'au dernier contact pour le même problème de santé ou la maladie⁸. Cette définition bien concrète et pragmatique voudrait remplacer, dans un souci opératoire, celle plus classique mais plus théorique d' « épisode de maladie », caractérisant un problème de maladie depuis son éclosion jusqu'à sa résolution (si c'est le cas), qu'il soit ou non perçu par le patient, qu'il soit ou non présenté à un dispensateur de soins.

Les deux concepts doivent cependant coexister dans les systèmes d'information à objectif multiple : l'épisode de soins convient à l'analyse de l'activité du médecin et de la production du système de santé, l'épisode de maladie à la définition du statut clinique du patient. L'index diagnostique ou liste des problèmes relève d'ailleurs plus de l'ensemble des épisodes de maladies de l'ensemble des patients (microépidémiologie communautaire) que de l'ensemble des épisodes de soins.

Nous avons été plus loin dans l'utilisation de ces concepts pour l'élaboration du dossier médical informatisé utilisé actuellement par une vingtaine d'équipes de la Fédération des Maisons Médicales de la Communauté Française de Belgique³². Celui d'épisode de soins est défini automatiquement (et de manière transparente pour l'utilisateur) par le logiciel, en fonction du contenu des contacts. Si un épisode a été abordé lors de ceux-ci, il est qualifié d' « **ouvert** », de « **fermé** » dans le cas contraire. Celui d'épisode de maladie est le concept opérationnel du dossier médical, dépendant du statut du patient. Les épisodes de maladie sont qualifiés d' « **actif** » (problème en cours) ou « **passif** » (problème non perturbant ou intégré), de « **significatif** » (pour les diagnostics, les soins, les thérapeutiques, la prévention du futur) ou « **non significatif** », de « **certain** » ou « **douteux** » en fonction de la puissance et du degré de certitude du diagnostic, de « **récurrent** » ou « **non récurrent** », et, dans cette dernière éventualité, d' « **aigu** », « **subaigu** » ou « **chronique** » en fonction de la durée d'évolution de l'épisode (moins d'1 mois, de 1 à 6 mois, plus de 6 mois).

D'autres concepts informatifs opérationnels font l'objet d'intenses recherches sur le plan international et sont sur le point d'être intégrés à notre logiciel médical. L'indice de gravité de Parkerson et coll.³³ (DUSOI) ainsi que l'outil d'évaluation du statut fonctionnel du patient³⁴ (Cartes COOP/WONCA³⁵) ont été évalués par le Comité de Classification et devraient entrer en ligne de compte pour la gestion de l'épisode.

Le Tableau 3 tente de synthétiser ces concepts. A noter que la notion de signifiante devrait faire l'objet d'un travail de validation et que les critères de décision dans l'incertitude doivent être établis.

Objet	Origine	Caractéristique	Concept
Traitement informatique	Le système informatique	Ouvert/Fermé	Ouverture
Clinique	L'accord patient/ dispensateur	Actif/Passif	Activité
Organisation	Le dispensateur	Significatif/ Non significatif	Signifiante
Décision	Le dispensateur	Certain/Douteux	Certitude
Clinique	Le temps	Récurrent/ Non récurrent (aigu subaigu, chronique)	Temporalité
Décision	Le dispensateur	Index composé (DUSOI)	Gravité
Evaluation	Le patient	Index qualitatif (Cartes COOP/WONCA)	Statut fonctionnel

Tableau 3 : Contenu informatif de l'épisode

Par exemple, si un patient de 52 ans est connu comme diabétique depuis un épisode de coma inaugural à l'âge de 6 ans, l'épisode de maladie « diabète » lui est attaché. Cet épisode est actif (depuis 46 ans), significatif, certain, non récurrent et chronique, même s'il ne consulte son médecin traitant actuel que depuis 15 jours. Si les rencontres entre ce patient et son nouveau médecin sont au nombre de 4, la première pour faire connaissance et discuter du diabète, les 3 suivantes pour un méchant rhume qui a constitué le seul problème abordé lors de ces contacts, l'épisode de soins « diabète » est considéré comme ouvert il y a 15 jours, mais fermé pour l'heure.

L'approche par épisodes découle donc de l'identification la plus précise possible de l'ensemble des problèmes de santé ou de maladie du patient (« liste des problèmes »). Le déroulement de l'histoire dans le temps, appelée longitudinalité, qui met en jeu des mécanismes de liens diachroniques extrêmement complexes, est une autre caractéristique importante de la médecine de famille, parfaitement rencontrée par la structure de la CISP.

L'adéquation de l'offre médicale à la plainte verbalisée est fondamentale pour la crédibilité de l'offre de service. L'acronyme SOAP, développé par Weed il y a presque 30 ans³⁶, est devenu classique pour baliser et structurer le contenu d'une rencontre entre un patient et son médecin de famille, et rencontrer le nouveau paradigme bio-psycho-social. Les modes S (Subjectif), A (Appréciation) et P (Plan) sont pris en compte et explicités dans la CISP. Ceci correspond à une vision opératoire des flux de travail et d'information. Le S (Subjectif) correspond aux motifs de contact ou raisons de rencontre, le A (Appréciation) aux diagnostics et le P (Plan) aux procédures. Le problème du O (Objectif) est évoqué plus bas.

Le médecin généraliste/médecin de famille a une démarche clinique et diagnostique essentiellement pragmatique orientée vers la décision (et non vers la preuve de savoir). La CISP rencontre particulièrement bien ces impératifs.

Le motif de contact (S) signifie l'entrée dans le système de soins (in). Les procédures (P) représentent tout l'agir mis en branle à l'intérieur de la boîte noire que constitue la rencontre, le contact (consultation, visite à domicile, coup de téléphone ...). Que ce soit mesurer la tension artérielle, suturer une plaie, faire une injection, mesurer la glycémie, prescrire un médicament, donner un conseil ou hospitaliser, il s'agit toujours de procédures.

L'appréciation (A), appelée diagnostic pour des raisons essentiellement historiques, correspond à la meilleure évaluation possible, c'est-à-dire la plus spécifique avec le plus faible degré d'incertitude, au moment de décider des actions à réaliser. Les moyens disponibles ne permettant pas de formuler une hypothèse plus stricte, le patient sera, selon la gravité du problème, traité, éventuellement revu ou envoyé à un autre dispensateur. Il est intéressant mais non formellement utile d'avoir à ce moment un diagnostic anatomo-clinique classique. Ce qui est par contre indispensable, c'est une hypothèse de travail, et que celle-ci soit explicite.

Un patient appelle pour un état fébrile préoccupant, mais par ailleurs sans point d'appel. Le médecin confirme sa haute température et le transfère à l'hôpital sous la simple étiquette de fièvre (A03), aucun diagnostic plus spécifique ne pouvant être posé malgré un examen complet.

L'examen clinique réalisé est une procédure et le transfert à l'hôpital en est une autre. La séquence d'information décrivant la démarche mise en oeuvre sera donc :

S (subjectif = motif d'appel) :

A03 fièvre

P (procédures préalables)

A30 examen complet du patient

A31 mesure de la température

A (appréciation)

A03 fièvre

P (procédure décidée)

A67 hospitalisation pour problème général

La séquence de codage (à usage informatique) sera : A03 - A30 - A31 - A03 - A67

La Figure 37, la Figure 47 et la Figure 510 illustrent ces différents concepts: contact, épisode de soins, épisode de maladie, et structure SOAP.

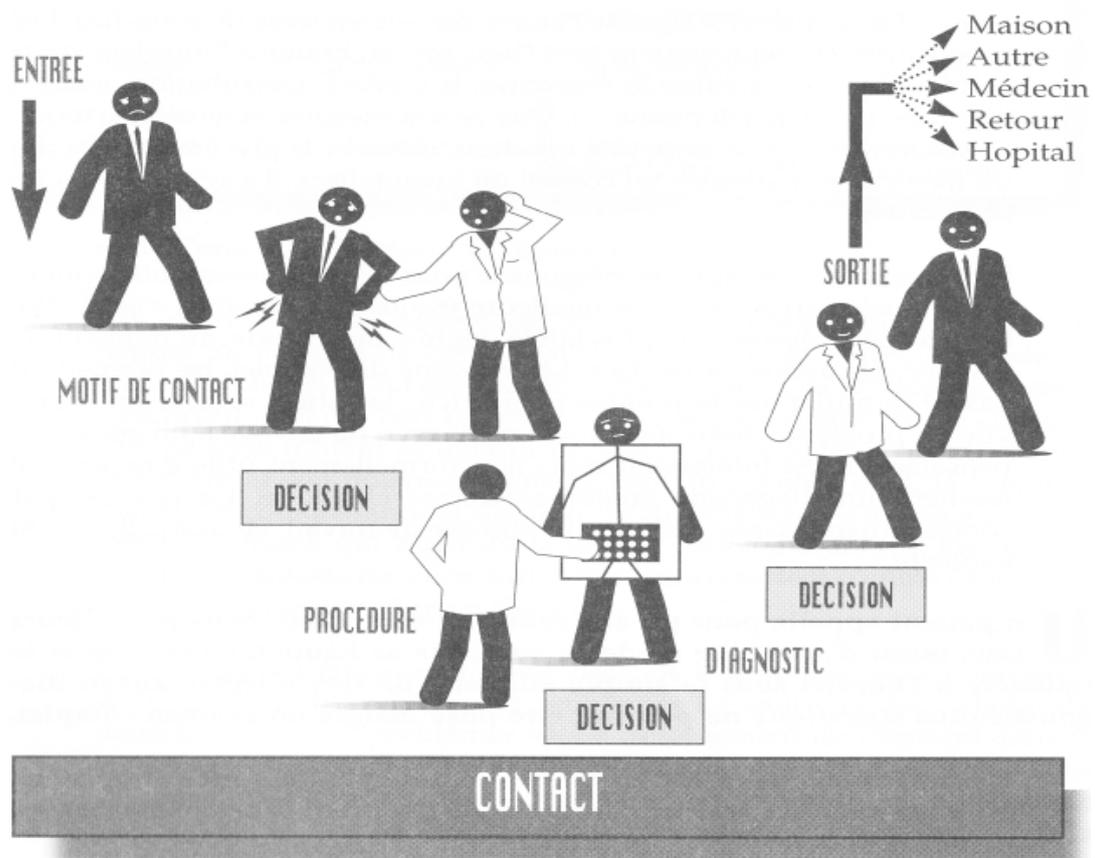


Figure 3 : Structure d'un contact de soins de santé primaires (d'après Lamberts et coll.)

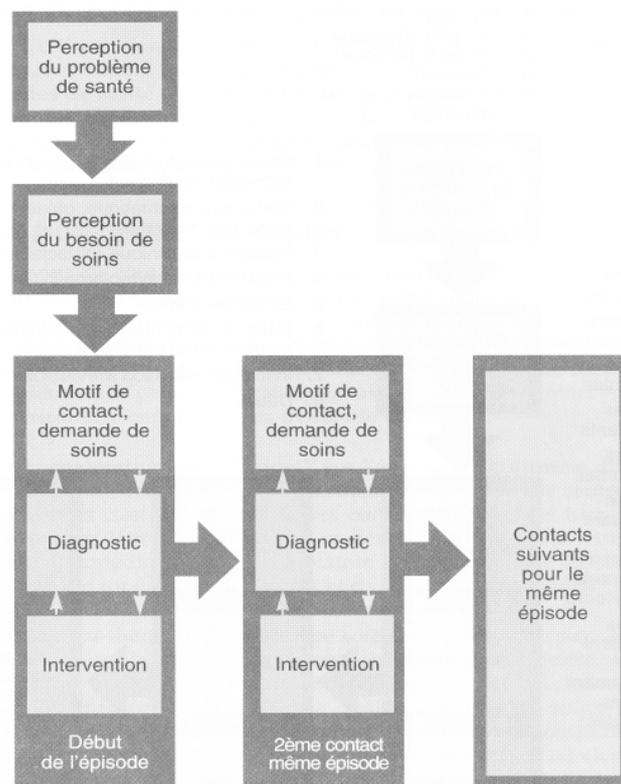


Figure 4 : Contacts et épisode de soins (d'après Lamberts et coll.)

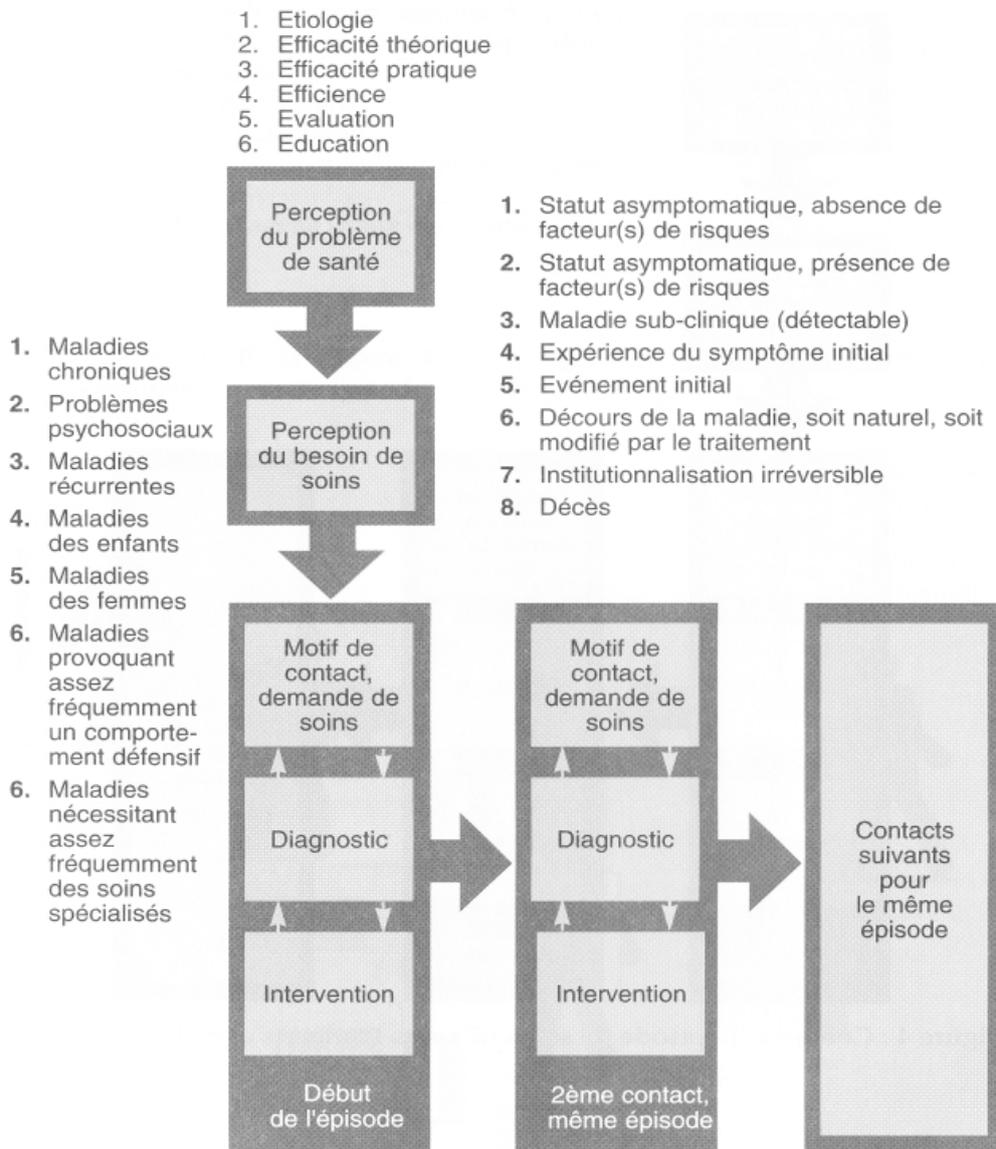


Figure 5 : Relation entre l'épisode et les 4 éléments de la recherche en soins de santé (d'après Lamberts et coll.)

2.4.2. Motif de contact et diagnostic, deux concepts renouvelés

La CISP est donc orientée vers le patient (patient oriented) et non vers le médecin (provider oriented). L'objectif est de relever les problèmes de santé et de maladie des personnes, et de montrer la façon dont les médecins y répondent, dans la réalité des choses ; ceci implique de considérer parfois d'un œil nouveau les concepts de motif de contact (ou raison de rencontre) et de diagnostic (ou résultat de consultation).

2.4.2.1 .Motif de contact, la vraie raison de rencontre

Le motif de contact identifie le relevé consensuel de la (des) raison(s) pour laquelle (lesquelles) un patient entre dans le système de santé, figurant la demande de soins de cette personne. Les termes écrits et ensuite classifiés par le dispensateur, clarifient le motif de

contact et donc la demande de soins sans l'interpréter sous forme de diagnostic. Idéalement, le patient devrait approuver le motif de contact en tant que description acceptable de sa demande de soin³⁶.

Les considérations de Marquet³⁷ sur l'émanation culturelle du motif de contact sont particulièrement pertinentes. La CISP est centrée sur les patients et c'est la volonté de ses concepteurs que de leur permettre d'exprimer leurs demandes au système de santé dans leur langage. Cette non médicalisation de la plainte fait toute la force de la CISP et la différencie totalement de l'esprit et de la lettre de la CIM-10.

Le contenu-même de la rencontre soignant/soigné, de par cette nécessité d'écouter la plainte à son premier niveau d'émergence, sans interprétation, pour en saisir la nature profonde, risque d'améliorer la qualité d'expression du soigné et la qualité d'écoute du soignant³⁸. Trop souvent en effet et trop rapidement, le médecin interrompt le discours spontané de son patient pour lui faire préciser tel ou tel élément qu'il voudrait pouvoir classer dans un tiroir connu, prélude d'une nosographie bio-médicale axée sur les symptômes, rassemblés en syndromes, amenant à des diagnostics. La CISP, par toute une série d'items proches du vocabulaire quotidien, permet de retrouver ces mots de tous les jours, et de simplement les noter dans un premier temps, répondant par-là à l'angoisse profonde de tout médecin de maîtriser et identifier les situations cliniques de ses patients. L'anamnèse dirigée trouvera alors tout naturellement sa place dans un deuxième temps.

Dans la CISP, il n'y a pas de contradiction à utiliser un code « procédure » ou « diagnostic » à l'intérieur de la zone de notation des motifs de contact. Il importe même d'identifier exactement la demande du patient pour y répondre d'une manière optimale.

- Soit par exemple un patient atteint d'un virus influenza dans le cadre d'une épidémie, souffrant d'un syndrome grippal sévère et consultant son médecin de famille. L'écoute de celui-ci devra préciser le(s) véritable(s) motif(s) de contact présenté(s), sans interprétation et sans diagnostic: fièvre (A03) ?, mal partout (A01) ?, grippe (R80) ?, bronchite aiguë (R78) ?, peur d'un cancer du poumon (R26) ?, demande de certificat (R62) ?, problème du fait d'être malade (Z11) ? etc ?

- Un patient pourra aussi avoir comme motif de contact l'une ou l'autre procédure qui seront alors codées comme procédures mais dans la zone réservée à la notation des motifs de contact. Ainsi en sera-t-il d'une demande de test HIV (B33), de l'établissement d'un certificat pour raison sociale (Z62), d'une demande de vaccination contre la grippe (R44) ou encore d'une demande d'examen médical détaillé (A30). Les zones diagnostiques correspondantes seront étiquetées A98 s'il s'agit de procédures préventives, A97 si aucune pathologie n'a pu être mise en évidence à la consultation ou par le code spécifique du problème en cours s'il y a lieu (voir plus bas).

Les actuels formulaires d'encodage du projet TRANS de l'Université d'Amsterdam¹⁶ détaillent d'ailleurs les raisons de rencontre (S du SOAP) en individualisant ses 3 composants : motifs de contact (cités spontanément par le patient qui consulte, à l'exception des procédures), anamnèse (éléments obtenus par interrogatoire) et procédures (demandées par le patient à la prescription du médecin). C'est également le format que nous

avons retenu dans notre « dossier santé informatisé³⁰ » élaboré pour les équipes de la Fédération des Maisons Médicales.

2.4.2.2. Diagnostic, un concept opératoire plutôt que cognitif

Le diagnostic et le niveau de spécificité du diagnostic ne sont pas envisagés du point de vue académique. Seule compte la puissance décisionnelle fournie par les informations disponibles. Dans la CISP, le terme diagnostic est utilisé pour désigner l'élément moteur de la décision médicale opérationnelle. L'échelle de valeur même des « diagnostics » est pragmatique et non cognitive.

La notion de diagnostic (le A d'appréciation de Weed) dans la CISP n'est certes pas la même que celle en vigueur dans la CIM-10. C'est justement là une des grandes spécificités de la CISP. En réalité, si les appellations qui figurent sous les numéros -70 à -99 du composant 7 (« diagnostics et maladies ») se rapprochent assez de ceux de la CIM-10, il faut souligner que n'importe quel composant de la CISP, de type « symptômes et plaintes » ou « diagnostics et maladies » peut être utilisé comme intitulé diagnostique d'appréciation d'une consultation (seuls les codes « procédures » ne sont pas admis).

Diagnostic d'une consultation, résultat de consultation, appréciation ou hypothèse de travail sont tous des synonymes pour indiquer l'élément central qui organise la décision médicale. Fatigue (A04) ou problème de couple (Z12) bien que classés comme motifs de contact dans le composant 1 « symptômes et plaintes » de la CISP (indicateur numérique de -01 à -29) peuvent être motifs de contact bien entendu mais aussi diagnostics d'une consultation, si le plus haut niveau de spécificité atteint est celui-là. Près de la moitié d'ailleurs des contacts en médecine de famille se terminent sans diagnostic bio-médical, classifiable dans la CIM-10 ou dans le composant 7 de la CISP.

De même, si le patient apporte le diagnostic de bronchite comme raison de contact et que cette appréciation est la même que celle du médecin à l'issue de la consultation, on utilisera le code R78 tant en motif de contact qu'en diagnostic alors qu'il s'agit d'un item classé dans la liste des « diagnostics et maladies » suivant la classification.

C'est bien là que réside la différence fondamentale avec la CIM-10. Le diagnostic peut être anatomopathologique, nosologique, syndromique mais aussi symptomatique, problématique ou émotionnel¹¹.

Les quatre premières catégories de « diagnostics » sont déjà traditionnelles en soins primaires. Ces quatre catégories sont : entités morbides étiologiques et anatomopathologiques, conditions pathophysiologiques, diagnostics nosologiques (syndromes), et diagnostics symptomatiques.

- **Etiologique et anatomopathologique** : le diagnostic a une étiologie prouvée ou constitue une pathologie définie. Les critères d'inclusions sont basés sur des définitions standards de maladies, l'application à la médecine générale/de famille pouvant rendre nécessaires certaines modifications.
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. Il n'y a ni base pathophysiologique, ni étiologie prouvée. On parle souvent de syndrome. Exemples : dépression, syndrome du côlon irritable.
- Symptomatique : un symptôme ou une plainte est la meilleure étiquette médicale pour l'épisode en question. Exemples : fatigue, douleur oculaire.

Deux catégories supplémentaires sont à prendre en considération :

- Les plaintes fonctionnelles : comme le soulignent Lamberts et coll., les émotions par elles-mêmes ne sont pas des entités médicales. Elles sont cependant souvent exprimées par le corps et sont donc étiquetées plaintes fonctionnelles. Telles sont les tensions musculaires, les sensations abdominales ou les palpitations.
- Les problèmes de comportement : la plupart des émotions et problèmes de vécu ne font pas l'objet d'une consultation et ne sont pas considérés comme des maladies. Toutefois, les problèmes sociaux et psychologiques abordés au décours de la consultation en tant que problèmes de vie ou problèmes de comportement et non en tant que maladies sont partie intégrante du travail quotidien du médecin de famille.

Il semble évident que les objectifs thérapeutiques différeront considérablement suivant la catégorie diagnostique retenue (voir Figure 6) et les effets des interventions décidées en seront affectés.

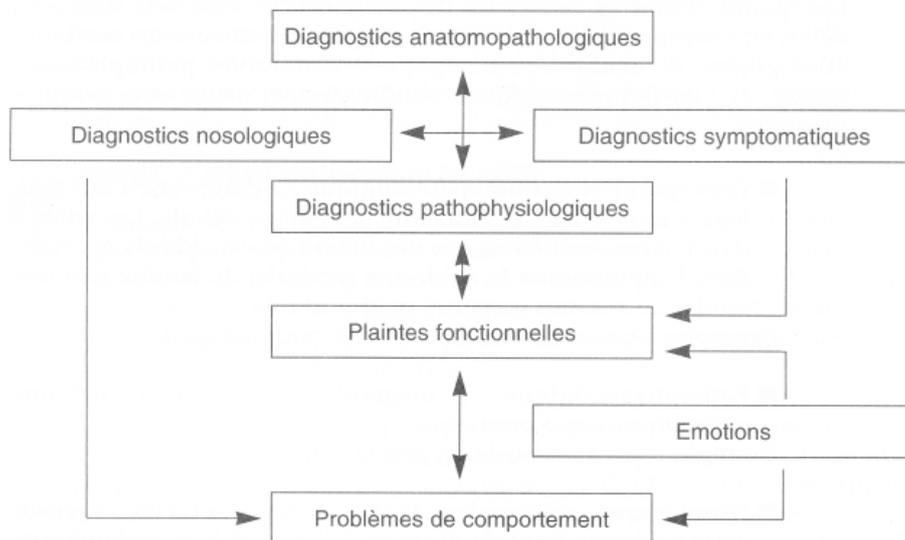


Figure 6 : Catégories diagnostiques utilisées en médecine générale/de famille (d'après Lamberts et coll.)

2.4.2.3. l'absence de composant 'diagnostic' dans le chapitre Z

Les items de codage du chapitre social Z sont exclusivement utilisés en mode « motif de contact » malgré le fait qu'ils soient déterminants pour l'évolution et la compréhension des problèmes du patient consultant.

Ceci indique que si le social est reconnu dans le champ du praticien, les problèmes qui y sont relevés ne peuvent entrer dans son territoire d'élection, à savoir le champ diagnostique. Pourtant ces problèmes, classés comme « sociaux », forment la trame de l'histoire des personnages et sont totalement significatifs pour l'appréciation globale des vécus abordés.

On comprend qu'il y ait rétraction à déclarer médicaux des problèmes de vie. Il est vite dit que l'approche médicale doit être globale. Pourtant on peut se poser la question de savoir ce qui légitimise l'intrusion médicale dans la vie des personnes au titre de leurs problèmes privés.

Le simple fait de se rendre compte que les problèmes de santé sont conditionnés par la vie relationnelle et donc sociale ne justifie pas que le médecin se les approprie en les médicalisant. On peut donc comprendre que les concepteurs de la CISP n'aient ni voulu ni pensé à les insérer dans le mode diagnostique.

2.4.3. Procédures au sein de l'épisode: de SOAP à SOPAP

La CISP comprend plusieurs composants (2 à 6 numérotés de -30 à -69) qui concernent les actions accomplies ou à accomplir en soins primaires, eux-mêmes issus de la classification IC-Process-PC7.

Ainsi, si au cours d'un contact, le médecin propose un dépistage du cancer du col (chapitre génital féminin) et qu'il le réalise effectivement, la chaîne d'information de cet épisode préventif sera :

- S (subjectif = motif de contact) :
 - X64 procédure à l'initiative du médecin
- A (appréciation)
 - A98 épisode préventif
- P (procédure)
 - X37 frottis de col

L'acronyme princeps de Weed SOAP gagnerait cependant à intégrer une lettre supplémentaire (un second P procédure), ce qui a été réalisé par Henk Lamberts et son département de médecine générale/médecine familiale à l'université d'Amsterdam dans son dernier logiciel de recueil de données TRANS-HIS39. Il est en effet fort important de pouvoir différencier les procédures effectuées par le médecin pendant la rencontre, en complément de l'anamnèse, pour étayer et améliorer le niveau de spécificité de son appréciation, de celles décidées par lui une fois celle-ci émise. L'intérêt est à nouveau d'ordre compréhensif et opérationnel dans le souci de mieux identifier et analyser la filière des soins; ceci peut se réaliser soit à l'échelon de la pratique (auto-analyse et rétrocontrôle, démarches d'assurance de qualité et d'évaluation), soit à un échelon supérieur (politique de santé, économie de la santé).

C'est ainsi que SOAP est devenu SOPAP, le premier P désignant la ou les procédure(s) de pré-appréciation, le second la ou les procédure(s) de post-appréciation.

Un patient consulte pour un problème de toux chronique et exprime la ZN crainte d'être atteint d'un cancer du poumon. Après une anamnèse et un examen clinique complets, le médecin pense qu'il ne s'agit probablement que de signes liés à un tabagisme important mais qu'effectivement le risque de cancer existe. Il discute longuement avec le patient de la possibilité de cancer et de l'angoisse de la mort. 11 prescrit une radiographie de thorax et conseille d'arrêter de fumer.

La chaîne d'information de cet épisode sera :

S (subjectif = motif de contact) :

R05 toux

R26 peur du cancer du poumon

P17 tabagisme

P (procédures pré-appréciation)

R30 examen complet pour un problème respiratoire

R58 entretien/écoute/conseil thérapeutique pour un problème respiratoire

A (appréciation)

P17 tabagisme

P (procédures post-appréciation)

R41 radiographie de thorax

P45 conseil d'arrêter de fumer

2.4.4. De SOAP à SOARAP

De multiples extensions et utilisations du concept SOAP ont été réalisées, montrant bien par là la richesse et la pertinence de l'acronyme initial, structure de base du contact entre un patient et un médecin de famille. Celle, entre autres, de Larimore et Jordan^o, SNO CAMP, balise le format de recueil de données dans le dossier médical, et reprend toute une série complémentaire de paramètres d'observation :

S subjective (décrit le motif de contact)

N nature of the presenting problem (décrit la complexité/sévérité de la plainte principale)

O objective (décrit les faits constatés)

C counseling and coordination (décrit et explicite les procédures de conseil/éducation à la santé)

A assessment (décrit l'hypothèse de travail)

M medical decision-making (décrit la difficulté à établir un diagnostic et à appliquer les bonnes procédures)

P plan of treatment (décrit les dispositions prises)

2.4.5. La CISP ne permet pas de classer le 0 (objectif) de l'acronyme SOAP

Si on dit que la CISP n'est pas conçue pour le relevé de 0 (objectif), c'est en référence, par exemple, aux bruits pulmonaires et cardiaques, aux opacités ou clartés radiologiques, à la description des lésions dermatologiques etc.

F02 est cependant l'item adéquat quand le patient vient dire « mon œil est tout rouge » et F03 lorsque « mon œil coule ». La référence est faite à des éléments objectivables par le patient lui-même. Ces termes pourraient difficilement être utilisés pour caractériser l'intensité de la rougeur ou la densité de l'écoulement.

Si aucun autre élément ne vient conforter le processus d'élaboration d'un diagnostic plus précis, ces codes peuvent aussi être utilisés dans la zone de notation des appréciations ou diagnostics, attendant une qualification plus précise et signifiant alors que le médecin n'a rien de plus à dire que l'œil est rouge ou qu'il coule.

2.5. L'implicite et l'explicite

Est implicite ce qui est virtuellement contenu dans une proposition ou un fait, sans être formellement exprimé, mais qui peut en être tiré par déduction ou induction. La démarche clinique de l'approche bio-médicale est d'identifier les causes des états morbides dont se plaignent les patients, de leur associer une étiquette nosographique, et d'essayer d'extirper le mal. Souvent, cependant, ce cheminement explicite en cache un autre, implicite et plus « vrai », c'est-à-dire plus dans la réalité humaine, mais non reconnu par celui qui le suit.

La « vraie » raison de cette consultation n'est pas la petite toux sèche de l'enfant qui entraînerait la prescription d'un bon sirop, mais c'est l'angoisse de la maman pour un symptôme éventuellement « nerveux » de son fils, en rapport avec son père, alcoolique et violent. C'est pourtant clairement ce qu'elle disait, ou qu'elle aurait dit si on le lui avait demandé. La procédure mise en jeu sera alors beaucoup plus complexe : proposer au père une consultation avec toute la famille pour discuter de la toux du petit garçon et de son origine possible.

La « vraie » raison de prescription d'un CT scan cérébral chez ce patient accidenté de la route et céphalalgique, n'est pas d'exclure un hématome, toujours possible, mais de le rassurer, ou de rassurer le médecin, ou de répondre à une exigence présumée de l'assurance qui couvre l'accident litigieux. Il est probablement important de l'explicitier pour éviter l'apparition d'un syndrome de stress post-traumatique.

La structuration SOAP des contacts, son utilisation et sa codification avec le système CISP permettent d'une part de rapporter la réalité du dire et du faire à l'état brut, d'autre part d'explicitier l'implicite. Il s'agit d'un véritable système d'information, garant de sa fidélité et aide à la décision. La complexité du champ des soins primaires n'est pas une raison suffisante pour éviter l'explicitation des plaintes, des procédures et des diagnostics, ... au contraire ... , même si l'exercice est hasardeux, hésitant, sujet à critiques et corrections. Mais c'est aussi précisément un gage de qualité et de transparence. La variabilité de ce qui est à exprimer, l'individualité et la spécificité de chaque patient, la nature relationnelle des

rencontres en médecine de famille, ne nous semblent pas, non plus, des prétextes pour contourner la démarche d'explicitation sous le couvert de l'impossible.

2.6. la codification des actions posées dans la filière des soins

2.6.1. Les codes de thérapeutique -58 -59

Le composant 3 de la CISP reprend l'ensemble des procédures thérapeutiques réalisées par les dispensateurs de soins primaires. A l'intérieur de celui-ci, le code -50 (« médication/prescription/injection ») en combinaison avec les lettres des chapitres, définit les items les plus utilisés en pratique courante, en incluant notamment toutes les prescriptions médicamenteuses.

Comme la majorité des items de la classification, les -50 rassemblent sous quelques intitulés génériques uniques un très grand nombre de concepts différents, en l'occurrence la totalité de la pharmacopée : R50 recouvre aussi bien un sirop contre la toux, qu'un expectorant, qu'un bronchodilatateur, qu'un analeptique respiratoire etc. Un énorme travail d' « ouverture » des codes -50 s'impose donc, pour

affiner la description des ordonnances de médicaments. L'ouverture est évidemment propre à chaque pays, témoin de la spécificité locale de la pharmacopée et de la culture médicale. L'ouverture du code -50 pour la Belgique est déjà entièrement réalisée par Jan De Maeseneer dans la « ICPC Drug Classification » reprise dans sa thèse de doctorat".

Les autres codes réservés à la thérapeutique couvrent de façon large les différentes activités thérapeutiques de consultation. De l'incision au bandage et de l'injection à la thérapie manuelle, ces activités sont évidemment très variables d'un pays à l'autre et il est extrêmement difficile d'obtenir un consensus classificatoire dans ce domaine.

La CISP permet aussi d'identifier deux éléments nouveaux et particulièrement pertinents à l'activité médicale de premier recours. Le concept -58 « conseil thérapeutique/écoute psychothérapeutique » fait partie intégrante de l'ensemble des prestations réalisées par les médecins de famille. Ce concept thérapeutique est souvent mis en balance avec une autre procédure classée dans le Composant 2 (Procédures diagnostiques et préventives) et intitulée -45 « recommandation, éducation pour la santé, avis ».

La question se pose souvent de savoir à partir de quel moment il faut coder -58 : écoute thérapeutique, psychothérapie. C'est le terme « thérapie » qui donne la clé de cette question. A partir du moment où le médecin agit comme thérapeute et que sa parole ou son agir se fait thérapeutique, que ce soit par thérapie formelle programmée et longue ou par simple injonction thérapeutique même paradoxale, on utilisera le -58. S'il s'agit de simple conseil, avis ou information de santé et donc de la sphère d'activité préventive et d'éducation à la santé, on utilisera le -45.

Ainsi une prise en charge et une relation approfondie dans le cadre d'une proposition d'arrêt d'intoxication tabagique se codera P58. Le conseil d'arrêter de fumer ou une explication sur la nocivité du tabac, cent fois répétés mais jamais inutiles, se coderont P45.

2.6.2. Les procédures réalisées dans le secteur secondaire

Des actions réalisées dans le secteur secondaire peuvent figurer comme éléments déterminants de la liste des problèmes d'un patient. Ainsi, les procédures chirurgicales telles

l'hystérectomie ou l'appendicectomie figurent souvent en tant que telles dans les dossiers médicaux écrits et il est coutume par exemple d'écrire HRT ou APP dans les « antécédents » du dossier hospitalier ou dans la liste des problèmes du dossier du médecin de famille.

Cette façon de faire donne à une procédure la valeur d'un diagnostic, ce qui pose des problèmes de codage dans le cadre de la CISP et de la terminologie normalisée du LOCAS (voir plus bas). Comme il a déjà été signalé, les items de procédures peuvent être notés en zone S (motif de contact) ou en zone P (procédure) mais pas en zone A (diagnostic). Il avait été envisagé d'attribuer à ces procédures un code -59 (autres procédures thérapeutiques)⁴², mais cette façon de faire réduit ainsi les procédures des soins secondaires - qui sont innombrables - à quelques items dont l'importance ne prévaut qu'en soins primaires, et de plus tous affublés du même code.

Notons que ces procédures ne sont obligatoirement relevées que si elles ont une conséquence déterminante pour le devenir du patient, pour son traitement ou pour une procédure diagnostique/préventive ultérieure, c'est à dire si leur signification est élevée.

A titre d'exemple, l'hystérectomie peut être soit simple, soit totale et s'accompagner alors d'ovariectomie bilatérale. Une hystérectomie simple implique que la patiente ne soit plus reprise dans les programmes de prévention du cancer cervical sauf si le chirurgien a laissé le col de l'utérus. S'il y a aussi ovariectomie, la patiente doit en plus bénéficier d'une proposition thérapeutique de substitution hormonale continue. Ceci peut aussi avoir des implications sur la surveillance d'apparition de l'ostéoporose et donc des procédures de dépistage de celle-ci. Ces propositions préventives sont facilement mises en mémoire dans le dossier informatisé dans la mesure où les différents items sont standardisés et codés. Elles deviendront opérationnelles lors de la mise en fonction d'un échéancier automatisé pour les tâches préventives et d'organisation.

HYSTERECTOMIE	
➤ simple (col restant)	➤ poursuivre X37 (frottis de col)
➤ simple (absence de col)	➤ stop X37
➤ totale (absence de col et ovariectomie)	➤ stop X37
	➤ conseil ménopause X45
	➤ substitution hormonale T50
	➤ surveillance ostéoporose 1.38/1.41

Tableau 4 : Quelques implications cliniques et préventives suite à une hystérectomie

L'identification du diagnostic qui a entraîné la procédure chirurgicale permet peut-être de solutionner le problème de notation. La procédure chirurgicale est notée en tant que concept associé au diagnostic qui l'a provoqué. Il y a ainsi obligation de demander à la patiente

pourquoi elle a été opérée et si elle a toujours ses ovaires. L'expérience apprend que, trop souvent, la patiente ne connaît pas son propre statut. On sera alors dans l'obligation de recourir à l'intitulé du chapitre correspondant de la CISP affublé du concept associé adéquat.

CODE	INTITULE
X75.xx	CANCER - COL UTERUS
X75.xx	CANCER - COL UTERUS - HYSTERECTOMIE
X75.xx	CANCER - COL UTERUS - HYSTERECTOMIE - OVARIECTOMIE
X78.xx	FIBROME/FIBROMYOME - UTERUS
X78.xx	FIBROME/FIBROMYOME - UTERUS - HYSTERECTOMIE
X78.xx	FIBROME/FIBROMYOME - UTERUS - COL RESTANT - HYSTERECTOMIE
X78.xx	FIBROME/FIBROMYOME - UTERUS - OVARIECTOMIE - HYSTERECTOMIE
X79.xx	MALADIE - PROBL GENITAL FEMME - NCA - HYSTERECTOMIE
	HRT → HYSTERECTOMIE

Tableau 5 : Codage proposé pour les états résultant de procédures chirurgicales (NCA = non classé ailleurs)

Soulignons ici les 5e et 6e caractères du code CISP, les lettres « xx ». Ce sont des identificateurs numériques (par exemple -01 à -99) utilisés par le système informatique. Toutes les ouvertures que nous avons réalisées dans notre terminologie utilisent cette façon de faire (voir plus bas), transparente pour l'utilisateur. Notons que seuls les items en 3 caractères (combinaison des chapitres et des composants) ont été validés par le Comité de Classification et constituent la base internationale standardisée de la CISHYSTÉRECTOMIE

Une autre façon de rencontrer la difficulté est d'utiliser dans le dossier médical de soins primaires du patient les mêmes codes et descripteurs que ceux utilisés pour décrire la procédure au niveau secondaire. Toutefois aucune codification systématique des procédures n'est actuellement proposée au niveau international. Si elle l'était, elle serait certainement extrêmement détaillée, trop pour le secteur primaire dont le niveau de spécificité optimal est différent de celui du secteur secondaire. Enfin il est nécessaire d'avoir toujours à l'esprit qu'une information ne doit être retenue que si elle a une quelconque pertinence clinique ou de recherche. Ainsi l'ostéosynthèse d'une phalange dans l'enfance a des implications ténues de ce point de vue. Les codes sophistiqués qui auront permis d'en rendre compte au niveau hospitalier seront superflus en soins primaires.

Les considérations précédentes ne sont que des pistes de réflexion, mais elles soulignent l'impératif de se pencher rapidement sur ce problème des procédures chirurgicales passées, antécédents significatifs pour l'état présent et le devenir clinique du patient. La nécessité est absolue lorsque la CISP constitue la structure de recueil des données dans un dossier médical à visée non seulement de recherche et d'enseignement, mais aussi et prioritairement de clinique et de soins au quotidien : ces procédures doivent y être décrites et codées selon les mêmes principes qui ont été appliqués pour la définition des items actuels. Il s'agit d'un défi de plus à relever par le Comité de Classification de la WONCA.

Dans l'attente d'une progression significative des travaux dans ce domaine, nous n'avons pas inclus ces procédures secondaires dans le LOCAS. L'utilisateur de notre dossier de santé informatisé devra donc se contenter du texte libre et renoncer temporairement à leur utilisation dans la chaîne informative automatisée subséquente.

2.6.3. Contacts programmés et organisation préventive

Le secteur préventif clinique est en réalité l'anticipation du croisement de procédures appropriées et d'un moment de réalisation judicieusement choisi, en fonction d'une situation clinique, morbide ou non. Ce croisement du temps et de l'action future porte le nom d'échéance. C'est par l'échéancier que les équipes du groupe informatique de la Fédération des Maisons Médicales de la Communauté Française de Belgique ont décidé de commencer l'élaboration de leur dossier médical informatisé.

Une enquête limitée sur les actions préventives à tenir en compte a donné lieu à une première liste d'items qui ont été introduits dans l'échéancier informatisé disponible depuis 1994. L'utilisation de l'échéancier au jour le jour a réellement interpellé les équipes. De ne disposer que d'une petite série d'actions possibles a provoqué une frustration croissante. Les équipes ont commencé à réclamer de nouvelles possibilités de codage d'échéance. Nous nous sommes donc attelés à « ouvrir » les codes procédures de la CISP afin de pouvoir augmenter le potentiel organisationnel des équipes⁴². Ce travail est bien sûr incomplet. Il n'est ni possible ni souhaitable de continuer seuls ces ouvertures et le travail déjà réalisé sera un jour soumis aux réflexions du Comité de Classification de la WONCA, pour standardisation et codage. Les questions sont multiples : est-il raisonnable d'ouvrir les codes de cette façon? L'ouverture des codes -45 ne devrait-elle pas être complètement repensée ? ne devrait-on pas garder dans l'outil que les actions réalisées par les dispensateurs eux-mêmes ?

Quoiqu'il en soit, nous avons gardé de ce travail princeps un bon millier de codes qui sont proposés aussi sous forme de fichier informatisé et installé avec le LOCAS dans notre « dossier de santé informatisé » (voir plus bas). On trouvera l'ensemble de ces procédures dans le tome 2.

2.6.3.1.. *Le contact programmé, l'item -63, et l'épisode préventif A98*

Le code -63 (composant 6) avait été introduit dans la version originale de l'ICPC de 19877 sous le titre épisode de suivi non spécifié (follow-up). Suite aux différents tests de terrain et particulièrement à l'expérience en Belgique francophone, le -63 n'avait plus été retenu lors de la réunion multilingue de Londres du Comité de Classification de la WONCA en 1994. Il avait été unanimement reconnu que le -63 manquait de spécificité. Le livre rapportant les différentes expériences d'utilisation de la CISP en Europe" n'en fait donc pas mention. Il semble pourtant que les items -63 représentent une réalité bien concrète de la dispensation des soins primaires. Ils sont un marqueur de la continuité personnelle et factuelle entre le dispensateur et son patient.

Par ailleurs, il apparaît qu'une partie importante de l'activité des médecins avec leur population consultante n'est pas déterminée par un processus morbide ou un problème de santé en cours. Ainsi l'item A97 «pas de maladie» est utilisé lorsque le médecin décide que le patient qui consulte et offre une plainte ne présente malgré tout pas d'affection particulière. Il est aussi utilisé jusqu'à ce jour pour dénommer des épisodes de médecine préventive ou

d'administration, ou tout épisode de soins qui n'est pas déterminé par un processus morbide. Les deux circonstances sont pourtant fort différentes.

Lors d'une séance de travail organisée à l'Université d'Amsterdam en 1994, Henk Lamberts a proposé d'introduire l'item A98 au titre d'épisode non déterminé par un processus morbide, mais par une activité préventive, administrative ou autre. Cette proposition, elle non plus, ne fit pas l'unanimité.

Dans notre terminologie (voir plus bas) et dans le même ordre de réflexions et d'idées, nous proposons la réintroduction du code -63 pour décrire les interventions (procédures) programmées entre patient et dispensateur dans le cadre d'épisodes préalablement spécifiés, et du code A98 pour les épisodes préventifs.

Soit un patient de plus de 65 ans qui a reçu par la poste un avis de son médecin lui conseillant de venir se faire vacciner contre la grippe.

Lors de la consultation pour la vaccination, le motif de contact est programmé à l'avance par un accord bilatéral patient/médecin pour un problème respiratoire R, donc R63, la procédure réalisée la vaccination anti-grippe R44, le titre de l'épisode préventif non lié à une morbidité A98 (en lieu et place de A97). L'ensemble de la séquence d'information codée se lit donc :

S (subjectif = motif de contact)
 R63 contact programmé, problème respiratoire
A (appréciation)
 A98 épisode préventif
P (procédure)
 R44 vaccination anti-grippe

Si le patient était venu de lui-même se faire vacciner,

la séquence aurait été R44 A98 R44.

Soit un autre patient en traitement de substitution à la méthadone qui convient avec son médecin de revenir dans 7 jours. Il revient effectivement comme prévu, discute longuement comme d'habitude et reçoit une nouvelle ordonnance pour une semaine.

La séquence de codage est la suivante :

S (subjectif)
 P63 follow-up programmé spécifié, problème psychologique
D (diagnostic)
 P19 toxicomanie
P (procédures)
 P58 entretien à visée thérapeutique, problème psychologique
 P50 prescription de méthadone.

Soit enfin un contact programmé pour un contrôle de PTT/INR pour surveiller un traitement anticoagulant à la suite d'une thrombose veineuse profonde.

La séquence de codage sera la suivante : K63 contrôle programmé PTT/INR, K94 thrombose veineuse profonde, K34 test sanguin PTT/INR pour problème cardio-vasculaire. Si le patient vient de lui-même pour un contrôle PTT/INR : K34 K94 K34.

Ces concepts sont fondamentaux pour l'analyse de la continuité des soins (morbidité et non morbidité). Ils permettent d'avoir une vision de l'activité contractuelle organisée entre le dispensateur et ses patients, et de mesurer une partie de l'impact de la relation.

2.6.3.2. Les quatre formes de la prévention

Au travers des époques et des cultures, le paradigme médical, autant pour les soignants que pour les soignés, s'est fondamentalement modifié. Chacune de ses formes d'expression transformée, dissoute, revivifiée, sans cesse critiquée ou confortée, reflète des rapports physiques et psychiques de l'homme avec la (sa) santé, la (sa) maladie et (sa) la mort. C'est particulièrement vrai pour la santé mentale.

Hellström⁴³ a clairement montré le dilemme qui se pose à tout homme, malade potentiel, qui consulte son médecin. Il confronte la maladie ressentie (illness) à la maladie diagnostiquée (disease). De ce fait il croise la notion de santé subjective et celle de maladie objective et décrit quatre formes de perception qui s'expriment de manière bien distincte lors de la rencontre patient/médecin. Construisant un tableau à 2 X 2 axes, il le décrit « comme un effort pour représenter graphiquement les relations de qui se sent ou ne se sent pas malade, et de qui l'est réellement ou ne l'est pas ».

A partir d'un raisonnement semblable, l'un de nous proposa il y a quelques années un tableau similaire (voir Tableau 6) mettant en relation et en tension la connaissance du médecin (son diagnostic scientifique, «disease» en anglais) et la perception du patient (sa conscience de soi, «illness» en anglais), croisant en quelque sorte science et conscience.

Les limites entre l'état de non maladie et l'état de maladie sont bien sûr incertaines. La vie et le temps entraînent inexorablement les êtres vers la droite du tableau. Par ailleurs la conscience de la bonne santé est indissociable de l'angoisse portée par la personne.

Les quatre positions décrites sont plus des tendances ou des nébuleuses aux limites floues. La mise en tableau aux angles certains n'est là que pour faciliter la présentation. On obtient ainsi quatre cases figurant quatre champs d'activité médicale

		Science	
		Maladie absente	Maladie présente
Conscience	Bonne santé ressentie par le patient	CHAMP I	CHAMP II
	Maladie ressentie par le patient	CHAMP IV	CHAMP III

Tableau 6 : Les quatre dimensions de la rencontre médecin/patient

Les patients qui se trouvent heureusement dans la case I ne sont cependant pas nécessairement en dehors du champ des soins de santé : ils bénéficient, par exemple, des vaccinations ou des campagnes d'éducation et de promotion de la santé. Ceux de la case II

qui sont diagnostiqués comme positifs lors d'un test de dépistage, passent brutalement dans la case III avec la prise de conscience de leur état morbide.

Certains patients des groupes I et II, trop sensibles ou souffrant d'une médecine préventive trop agressive (éducation à la santé envahissante ou campagnes de dépistage angoissantes), rejoignent les soi-disant hypo-condriaques de la case IV. Pour ceux-ci, la recherche se devrait de vérifier si la classification habituelle des maladies qui leur est appliquée est vraiment appropriée".

Ce groupe IV est le témoin de la surmédicalisation de l'anxiété dans nos sociétés. Ces patients sont les victimes de la croissance sauvage de l'activité médicale, souvent sur des seules bases économiques ou biomédicales pures. Jules Romain décrivait déjà en 1924 les dangers de la médecine toute puissantes, et l'on peut affirmer qu'aujourd'hui, avec les progrès et les mirages de la médecine scientifique, un docteur Knock sommeille dans chacun d'entre nous. La rencontre conflictuelle de l'angoisse du « Malade Imaginaire » de Molière et de celle du « Docteur Knock » de Jules Romain peut se résoudre potentiellement pour l'heure par une hyperproduction de procédures biotechnologiques exhaustives, une dysrégulation spontanée qui satisfait les deux acteurs en présence.

Mais, ainsi que le notait déjà Ivan Illich⁴⁶, la médecine peut être dangereuse pour les patients, et les populations ont aussi à être protégées contre l'anxiété des dispensateurs et les agressions « médiconomiques » des décideurs politiques, en particulier en santé mentale. Mettre en place les mécanismes qui tendent à contrôler ces faits pervers et qui établissent un rétrocontrôle sur l'activité médicale pourrait s'appeler « Prévention Quaternaire ». Cette forme de prévention est déjà rencontrée par la mise en pratique des capacités de traitement informatisé des données médicales et devra devenir progressivement un des défis à relever par la médecine de demain, un nouveau critère de qualité.

Les médecins de famille et les spécialistes ont en fait une approche très différente de la case IV (voir Tableau 6). La compétence du spécialiste est surtout mesurée par son habilité à placer des patients dans la case III, et c'est d'ailleurs là la base de sa formation. Mais le risque est grand de voir précipiter la population dans un « jeu » médical, le Médical Flipper de Jean Carpentier. Il y a peu de doute que cette patiente, chez qui le CT scan abdominal vient de mettre en évidence un kyste hépatique (bénin et banal), commence à se sentir vraiment malade, et passe dans la case IV.

A la base de la pyramide des soins par contre, le temps travaille pour le médecin généraliste: longituidinalité, globalité et relation de confiance sont ses outils du quotidien. Sa tâche est de maintenir le plus longtemps possible ses patients dans l'idéale case I (et encore ... que serait la santé sans la maladie ?), d'utiliser la case II à bon escient pour ne faire aboutir en case III que ceux dont c'est vraiment la place (ni plus ni moins), et surtout d'éviter la case IV.

La répartition optimale des quatre cases dépend d'une collaboration étroite entre médecin de famille et médecin spécialiste : le premier doit être sensible, le second spécifique, en sachant que sensibilité et spécificité ont un prix, économique et humain. Leurs interventions doivent donc être sélectives et différées dans le temps (accès raisonné dans la filière des soins). Manquer un diagnostic est le prix de la sensibilité du médecin de famille, mais il est amené à revoir ses patients, et peut donc répéter des procédures, éventuellement plus fines, ou discuter d'un résultat faussement positif. Ce n'est certainement pas le cas du spécialiste, par

manque de temps ou pour préserver son image professionnelle. Les procédures qu'il pose doivent être décisives ; il convient donc qu'elles surviennent au bon moment (ni trop tôt, ni trop tard), cette opportunité relevant de décisions adéquates aux bons endroits.

Le Glossaire International de la Médecine Générale/Médecine de Famille⁴⁷ a été récemment publié par le Comité de Classification de la WONCA. Les définitions proposées dans ce Glossaire s'adaptent parfaitement aux cases correspondantes de prévention I, H et HI (préventions primaire, secondaire et tertiaire). Il nous a donc semblé logique de tenter de fournir une définition pour la prévention quaternaire" et de l'insérer dans le Tableau 7 avec les définitions fournies par le Glossaire:

<p>Prévention primaire action menée pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé chez un individu ou dans une population avant son apparition (diminution de l'incidence)</p>	<p>Prévention secondaire action menée pour prévenir le développement d'un problème de santé à partir d'un stade précoce chez un individu ou dans une population, en améliorant son évolution (morbidité) et sa durée (mortalité) (diminution de la prévalence)</p>
<p>Prévention quaternaire action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures scientifiquement et éthiquement acceptables</p>	<p>Prévention tertiaire action menée pour diminuer les conséquences et la prévalence d'un problème de santé chronique chez un individu ou dans une population, en minimisant ses complications aiguës ou chroniques.</p>

Tableau 7: Les quatre formes de la prévention

Prévention quaternaire :

Action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures scientifiquement et éthiquement acceptables

Nous avons défini plus haut l'item A98 de la CISP comme représentant l'activité médicale préventive

Nous proposons donc l'item A98 épisode préventif dans la nomenclature en 34 caractères (voir plus bas), éclaté dans notre terminologie en:

- A98.xx EPISODE PREVENTIF - PRIMAIRE
- A98.xx EPISODE PREVENTIF - SECONDAIRE
- A98.xx EPISODE PREVENTIF - TERTIAIRE
- A98.xx EPISODE PREVENTIF - QUATERNAIRE
- A98.xx EPISODE PREVENTIF – NP

2.6.3.3. *tes recommandations du Groupe Canadien de Médecine Préventive*

L'examen médical périodique est le fer de lance de la médecine préventive canadienne. Un remarquable ouvrage, le Guide Canadien de Médecine Préventive', décrit en détail les actions préventives cliniques qui ont reçu l'aval du groupe d'étude canadien. Les actions préventives ne sont prises en considération par ce groupe que si des études rigoureuses en ont montré le bien fondé. Ce livre bible devrait figurer au chevet de tous les organisateurs de prévention en soins de première ligne et de tous les médecins de famille. Considérant l'importance du travail réalisé par l'équipe canadienne, nous avons identifié les actions préventives décrites dans cet ouvrage et nous leur avons attribué une place au sein des procédures classiques de la CISP. Elles sont identifiées dans notre terminologie par le symbole « * ». Ainsi, les médecins désireux de les appliquer auront immédiatement un moyen de codage à disposition pour les procédures dont la fiabilité a été prouvée.

2.7. La question des définitions et des critères d'inclusion

2.7.1. Pourquoi des critères d'inclusion

Dans l'International Classification of Health Problems in Primary Care, second edition, defined (ICHPPC-2-d)⁵, parue en 1983, l'introduction de critères d'inclusion pour chaque rubrique a permis d'améliorer la qualité (l'uniformité) du codage en rencontrant mieux les critères de validité interne (correspondance des codes et des entités cliniques) et externe (identité des codages par des observateurs différents).

L'ICHPPC-2-d a été le premier système de classement des maladies pour lequel le Comité de Classification de la WONCA a produit des critères d'inclusion et d'exclusion (les définitions). L'ICHPPC-2-d est reprise dans la CISP sous les numéros -70 à -99 et en constitue donc le composant diagnostique. L'ICHPPC-2-d est proche de la CIM-10, et il pourrait difficilement en être autrement puisqu'il s'agit d'une liste des maladies les plus fréquentes en médecine générale, le concept de maladie y étant pris dans le sens biologique et somatique classique.

Le chercheur francophone est pour le moment confronté à la difficulté de devoir consulter deux ouvrages simultanément (CISP et ICHPPC-2-d), l'un en français, l'autre en anglais, et ce dernier quand il le trouve puisque l'ICHPPC-2-d est épuisée depuis bien longtemps.

Le Comité est particulièrement sensible à cette carence de critères d'inclusion pour l'ensemble de la CISP. Il faut toutefois bien se rendre compte que le travail colossal qui a déjà été fourni a été et est progressif et constant. Chaque outil a été soigneusement testé sur le terrain, un pas après l'autre, une étude après l'autre, depuis 1976. Il est néanmoins devenu évident que la priorité actuelle est à la création de critères d'inclusion et d'exclusion adaptés à la CISP, devenue standard dans de très nombreux pays. C'est à cette tâche que s'est donc attelé le Comité de Classification, et l'ICPC 2, dont des dizaines d'items ont été remodelés et qui comporte des critères d'inclusion et d'exclusion sera disponible en anglais au printemps 1997. Nous-mêmes travaillons pour l'heure à l'élaboration de cette ICPC 2, mais aussi à la parution d'une version française, la CISP 2, adaptée aux différentes sensibilités médicales de la francophonie.

2.7.2. Exemple de critères d'inclusion de la CISP 2

Le Comité de Classification de la WONCA travaille à la réalisation de l'ICPC 2. Cette dernière, outre des modifications substantielles de codes, contiendra les critères d'inclusion et d'exclusion pour la plupart des rubriques de l'ICPC. Les travaux du Comité sont réalisés par les membres dans leur pays respectif et échangés par voie postale ou par courrier électronique. L'ensemble du travail est coordonné par le Président du Comité, le Dr Charles Bridges-Webb, professeur émérite de médecine générale de l'Université de Sydney. Le Comité se réunit une fois l'an pour finaliser ses travaux. A titre d'exemple et sans préjuger de modifications ultérieures, nous présentons ici la traduction française d'un extrait d'un document de travail concernant l'élaboration des critères pour le chapitre S (peau) (voir Tableau 8).

<i>CISP</i>	<i>Composant 1- Symptômes et plaintes</i>	<i>Codes CIM-10</i>
S10	FURONCLE / ANTHRAX / CELLULITE LOCALISEE	- h60.0 - h60.1 I02 - I03.R
incl : clou; abcès		
excl : dans le nez R73; périanal D05; org. génitaux ext. mâle Y99; lymphadénite B70; blessure infectée S11; infection doigt, orteil, périonyxis S09; érysipèle S76; abcès pilonidal S85		
Définition: lésion inflammatoire de la peau impliquant le tissu sous-cutané avec chaleur, rougeur et douleur locale, avec ou sans pus, de localisation non exclue		
Considérer : rougeur S06; gonflement S04		
Composant 7 - Diagnostics / maladies		
S74	DERMATOPHYTOSES	- b 35 - b 36
incl : teignes; infection cutanée mycotique, onychomycose, pytiriaris versicolor, teigne tondante, herpes circiné		
excl : monilia, candida		
définition : lésions prurigineuses et squameuses à centre pâle avec petites vésicules périphériques, ou mise en évidence de dermatophytes en microscopie.		
Considérer : rash S06; prurit S02		

Tableau 8 : Exemples de critères d'inclusion. Document de travail du chapitre S (peau) (*incl* = inclusion, *excl* = exclusion)

3. la CISP, nouvelle source de savoir médical étude sur les céphalées

Les systèmes SOAP et CISP combinés permettent d'élargir le contenu du recueil d'information dans le quotidien. Ceux-ci, plus proches du vécu, de l'être et du faire du soigné et du soignant, tentent de couvrir tout le champ de la rencontre, depuis la formulation de la

demande de soins, jusqu'à l'expression de la réponse, à travers l'explicitation d'hypothèses de travail. Une nouvelle connaissance peut en découler, intégrant les données objectives habituelles de la biomédecine et les éléments plus globaux relevant de l'approche holistique, alimentée en cela par ces nouvelles approches des systèmes d'information. Le cas de la céphalée⁵⁰ est pris en exemple : mode d'expression de celle-ci, en quels endroits, réponses apportées et procédures mises en jeu, implications etc ?

3.1. Introduction

La céphalée est un des problèmes de santé les plus fréquents dans la populations. C'est également une des plaintes rencontrées le plus couramment en médecine générale", qui confronte le médecin de famille à une démarche clinique, diagnostique et thérapeutique très complexe en dépit de son apparente facilité.

En effet, deux propositions, argumentées mais antagonistes, peuvent mener à des décisions fondamentalement différentes:

«Toute céphalée, même la plus commune, peut cacher une tumeur cérébrale et il importe de toujours l'investiguer⁵² »et « La céphalée est tellement banale dans la population que les examens réalisés sont presque toujours sans aucune utilité clinique ».

La démarche la plus adéquate se trouve probablement entre ces deux attitudes extrêmes. Elle doit prendre en compte simultanément l'état actuel de la connaissance scientifique, la réalité de la santé communautaire, la spécificité de la médecine de famille, la valeur des tests diagnostiques et le contexte socio-économique.

3.2. la prise de décision en médecine générale

Dans la pyramide de dispensation des soins, le médecin généraliste occupe une place bien précise. Il est en effet d'habitude l'intervenant auquel ont initialement recours les patients en demande de soins. L'entrée dans le système se fait en effet lorsqu'une personne ayant perçu un problème de santé, décide de faire appel à un professionnel soignant et qu'il devient alors patient. Dans notre structure sanitaire, le soignant choisi est le plus souvent le médecin de famille. Entre autres fonctions, celui-ci en a une, fondamentale: la fonction de synthèse, transversale entre les différents intervenants du niveau primaire (infirmière, kiné etc.), et verticale avec les niveaux spécialisés, secondaire et tertiaire. Les attitudes diagnostiques et les interventions thérapeutiques du généraliste et du spécialiste sont dès lors de nature tout à fait différente. « Le rôle du généraliste est d'accepter l'incertitude, explorer les probabilités, et réduire le danger. Le rôle du spécialiste est de diminuer l'incertitude, explorer les possibilités et réduire l'erreur⁵⁴». C'est ce qui justifie scientifiquement l'accès sélectif et cohérent dans la filière des soins. Le médecin généraliste est en effet le seul à prendre en charge des patients sans distinction d'âge, de sexe, d'organe ou de pathologie.

La prise de décision en médecine de famille relève des conditions spécifiques (c'est-à-dire ne relevant pas des autres niveaux) dans lesquelles elle s'exerce, ou dans lesquelles elle devrait s'exercer (critères de qualité") pour atteindre un diagnostic opérationnel et une prise en charge optimale:

- **La globalité** : consiste à envisager l'ensemble des aspects d'un problème de santé présenté par un patient, que ceux-ci soient d'ordre physiologique, organique, familial, social, psychologique, économique ou culturel. Le modèle bio-médical strict est donc

inopérant pour prendre en compte la complexité des prises de décision en médecine de famille.

- **La continuité (factuelle)** : implique que toutes les informations pertinentes nécessaires soient disponibles pour être tenues en considération au moment adéquat par les dispensateurs appelés à des prises de décision concernant l'individu en demande de soins. Ceci s'applique tant au niveau des soins de base qu'aux niveaux spécialisés et requiert un système d'information efficient (notamment un dossier médical de synthèse, unique et centralisé).

- **L'intégration** : concerne la coexistence cohérente dans le même service de soins de santé primaires (généraliste solo ou équipe) d'activités curatives, préventives, d'éducation à la santé, de revalidation et de réhabilitation et de protection du patient. La prise de décision doit englober simultanément ces différentes dimensions.

- **La diachronie (ou continuité personnelle)** : réfère au facteur temps, le médecin de famille intervenant « du berceau au tombeau ». Dans la mesure où existe une relation de confiance et une grande connaissance réciproque entre le patient et son généraliste, celui-ci peut se permettre de laisser s'opérer la décantation du temps, en dehors des rares situations d'urgence.

- **La prévalence** : définit le nombre de cas à un moment défini, d'une maladie définie, dans une population qui l'est aussi. La population de référence du médecin généraliste est non sélectionnée, contrairement à celle du spécialiste. Cette population est caractérisée par une large distribution des problèmes de santé, la plupart de prévalence très faible. Ceci va modifier profondément le choix des stratégies diagnostiques optimales.

3.3 l'importance de la prévalence basse en médecine de famille

Le concept fondamental de test définit toute procédure à visée décisive permettant de confronter un fait clinique à une hypothèse diagnostique. Il réfère donc à toutes les interventions d'élucidation telles anamnèse (ouverte, fermée ou par questionnaire), examen physique, biologie, imagerie, examens paracliniques, tests thérapeutiques, combinaison de plusieurs des précédents ou ... abstention. Les caractéristiques classiques d'un test (voir Tableau 9) sont sa sensibilité (proportion de tests positifs parmi la sous-population atteinte) et sa spécificité (proportion de test négatifs parmi la sous-population indemne).

Ce qui intéresse par contre beaucoup plus le clinicien, ce sont deux autres caractéristiques beaucoup moins souvent citées: la valeur prédictive positive (proportion de patients atteints parmi la sous-population des tests positifs) et la valeur prédictive négative (proportion de patients indemnes parmi la sous-population des tests négatifs). La puissance et l'efficacité, enfin, estiment la qualité globale du test par rapport au gold standard, référence diagnostique absolue..

Les deux tableaux suivants démontrent clairement l'importante différence des valeurs prédictives positives (68% et 16%) pour un même test donné (sensibilité = 95% et spécificité = 95%) mais dans deux populations à prévalence différente (10% et 1%) (voir tableaux 10 et 11).

Les problèmes de santé dans la population de référence du médecin généraliste sont à basse prévalence. Il lui revient donc par son sens clinique (anamnèse et examen physique) de l'augmenter dans les sous-populations suspectes ainsi circonscrites avant d'effectuer les tests décisifs ou d'organiser la référence au spécialiste (accès sélectif). Son rôle est de gérer l'incertitude en limitant les risques pour une prise en charge optimale du patient.

	M+ Maladie présente	M- Maladie absente	
Test+	A	B	A+B
Test -	C	D	C+D
	A+C	B+D	A+B+C+D

Sensibilité $Se = A/A+C$ (faux négatifs $FN = C$)

Spécificité $Sp = D/B+D$ (faux positifs $FP = B$)

Valeur prédictive positive $VPP = A/A+B$

Valeur prédictive négative $VPN = D/C+D$

Prévalence $P = A+C/A+B+C+D$

Puissance : combinaison sensibilité/spécificité

Efficiéce = $A+D/A+B+C+D$

Gold standard = référence absolue

Tableau 9: La matrice de base

	M+ Maladie présente	M- Maladie absente	
Test +	9.500	4.500	14.000
Test -	500	85.500	86.000
	10.000	90.000	100.000

$P = 0,1$ (10%)

$Se = Sp = 0,95$ (95%)

$VPP = 9500/14000 = 0,68$ (68%)

Tableau 10: Calcul du résultat d'un test dans une population à prévalence élevée (10%)

	M+ Maladie présente	M- Maladie absente	
Test +	950	4.950	5.900
Test -	50	94.050	94.100
	1.000	99.000	100.000

$P = 0,01$ (1%)

$Se = Sp = 0,95$ (95%)

$VPP = 950/5900 = 0,16$ (16%)

Tableau 11: Calcul du résultat d'un test dans une population à prévalence basse (1%)

3.4. les systèmes d'information et l'item "céphalée"

La spécificité de la médecine de famille et la prévalence basse des problèmes de santé qui lui sont adressés font que la méthodologie du traitement de l'information par le soignant du niveau primaire est-elle aussi fort particulière, relevant d'une déconstruction /reconstruction des outils des niveaux spécialisés, principalement hospitaliers. Comme il a déjà été dit, la CIM de l'OMS, à ce jour à sa 10e édition et référence incontestée des classifications utilisées par les spécialistes, est aujourd'hui largement supplantée en médecine générale par la CISP, base du présent ouvrage. Celle-ci permet de prendre en compte l'épisode de soins, somme des contacts entre un patient et un(e) (équipe de) dispensateur(s).

La CISP a donc la qualité unique d'aborder l'ensemble des éléments constituant un contact (motifs de rencontre, procédures, diagnostics), à l'aide de ses quelques 700 items construits de manière cohérente dans leur structure mais aussi en tenant compte de la basse prévalence des problèmes de santé dans les populations de référence des généralistes. En effet, en dehors de problèmes d'importance considérable (SIDA, leucémie, etc...) la plupart des items catégorisés par la CISP ont une prévalence-année d'au moins 0,05% (un chiffre déjà élevé!) ; cela signifie concrètement qu'un médecin de famille prenant en charge 2000 patients rencontrera chaque item statistiquement au moins une fois l'an.

Le Transition Project¹⁵ a relevé et codé systématiquement de manière standardisée et décentralisée (dans les pratiques) puis encodé centralement (au Département de médecine générale de l'Université d'Amsterdam) tous les contacts entre une série de médecins généralistes et leurs patients pendant une année complète. Les composants « motifs de contact », « diagnostics » et « procédures » des contacts sont codés selon la CISP. En 1993, le projet rassemblait 38 médecins généralistes, 22 pratiques, 40.796 patients-année, 118.036 contacts, 108.704 épisodes, 84.855 nouveaux contacts, 166.162 définitions d'épisodes, 179.644 raisons de rencontre/motifs de contact et 287.011 interventions/procédures. Les résultats de ce relevé d'information sont présents sous forme informatisée dans le logiciel TRANS^{16 17}

Le Tableau 12 reprend, dans l'énorme base de données constituée par le Transition Project¹⁴, la définition finale des épisodes ayant commencé avec la céphalée comme motif de premier contact. Il apparaît clairement que ni la classification du Ad Hoc Committee on Classification of Headache⁵⁶, ni celle pourtant plus récente, plus clinique et d'utilisation généralisée de l'International Headache Society? ne rendent compte de la réalité de la médecine générale, plus complexe, plus globale et moins définie.

Code		N	%
N01	Céphalée (sauf N02 N89 R09)	411	18,5
R75	Sinusite aiguë/chronique	292	13,2
N02	Céphalée de tension	242	10,9
R74	Infection voies resp. sup.	188	8,5
A77	Autre maladie virale	130	5,9
N89	Migraine	97	4,4
L83	Syndrome cervical	69	3,1
L01	Symptôme/plainte du cou	53	2,4
N80	Trauma crânien sans fracture	51	2,3
R80	Grippe sans pneumonie	46	2,1
TOTAL		1579	71,2
top 10			

Tableau 12 : Top 10 des épisodes avec NO1 « céphalée » comme motif de premier contact de l'épisode (Source : Transition Project)

3.5. la céphalée en médecine de famille

Rares sont ceux qui n'ont jamais présenté de céphalée. Un mal de tête franchement désagréable se présente chez au moins 40% de la population chaque année, partout de par le monde. Un symptôme tellement ubiquitaire et tellement fréquent peut être presque considéré comme une manifestation normale de la vie ". Certaines caractéristiques de la céphalée la font cependant la présenter à un médecin, le plus souvent généraliste⁵⁸: intensité et pulsativité de la douleur, association avec des nausées, photo- et phonophobie.

Le Transition Project (Tableau 13) identifie la céphalée à la 5e position du Top 20 des motifs de contact les plus fréquents, soit 75 patients pour 1000 patients-année. Le tableau 14 montre sa répartition en fonction de l'âge (classes d'âge standard définies par la WONCA).

Code CISP		N	Taux	%
K31	ex médical partiel, syst cardio-vasc	9.192	225	5,1
R05	toux	6.881	169	3,8
A04	malaise général, faiblesse, fatigue	3.730	91	2,1
A03	fièvre	3.167	77	1,8
N01	céphalée	3.061	75	1,7
SO4	gonflement localisé, masse peau	2.605	64	1,5
L03	lombalgie sans irradiation	2.546	62	1,4
R21	symptôme ou plainte gorge (sauf migraine)	2.444	60	1,4
D06	douleur abdominale localisée	2.408	59	1,3
P50	prescription médicamenteuse, problème psy	2.375	58	1,3
K64	contact initié dispensateur, problème cardio-vasc	2.326	57	1,3
S06	rougeur locale, rash, érythème	2.318	57	1,3
W11	planning familial, prescription pilule	1.968	48	1,1
L15	symptôme ou plainte du genou	1.961	48	1,1
R02	court d'haleine	1.941	48	1,1
S02	prurit, démangeaisons	1.880	46	1,0
H01	douleur d'oreille	1.830	45	1,0
P64	contact initié dispensateur, problème psy	1.687	41	0,9
L14	symptôme ou plainte membre inférieur	1.678	41	0,9
N17	vertige, lipothymie	1.659	41	0,9
Total top 20		57.657	32,1	

Taux : nombre de motifs de contact pour 1000 patients-année

Tableau 13 : Top 20 des motifs de contact (Source : Transition Project)

	Age	N	%	TAUX	RATIO
	0-4	39	1,3	18,3	0,2
	5-14	224	7,3	55,1	1,5
	15-24	484	15,8	87,8	1,6
	25-44	1175	38,4	85,8	1,4
	45-64	605	19,8	79,3	1,0
	65-74	298	9,7	67	0,6
	>75	236	7,7	71,3	0,5
TOTAL		3061	100.0	75	1.0

Taux : nombre de motifs de contact pour 1000 patients-année

Ratio : % de motifs de contact par groupe d'âge divisé par le % de tous les motifs de contact par groupe (d'âge) (Source : Transition Project)

Tableau 14 : nombre de motifs de contact N01 céphalée pour 1000 patients-année

3.6. Démarche diagnostique

L'objectif du système de dispensation des soins est d'améliorer l'état de santé de la population; celui des soignants est d'améliorer celui de leurs patients par une prise en charge optimale (définie par des critères de qualité). Poser un diagnostic est un moyen, une démarche opérationnelle pour réaliser cet objectif. L'acte est donc inutile s'il ne risque pas d'impliquer un changement d'attitude thérapeutique.

Pour la céphalée comme pour les autres problèmes de santé, c'est ce souci qui doit guider la décision du médecin de famille pour demander des examens para-cliniques de mise au point. Il existe cependant d'autres indications, moins rationnelles mais bien réelles, pour, par exemple, prescrire un CT scan cérébral en cas de céphalée. Le Tableau 15, extrait d'une publication" d'un réseau américain de médecins de famille, illustre ce fait à l'évidence.

En ce qui concerne le choix de la procédure diagnostique optimale, il se pose principalement entre le CT scan et la RMN, les deux étant relativement sensibles et spécifiques pour la détection des maladies intracrâniennes. L'une et l'autre ont des indications particulières préféren-tielless9 6°. Pour le généraliste, à ce jour, une moindre littérature scientifique consacrée à la RMN en pratique primaire, son coût plus important et le plus petit nombre d'installations font que le CT scan reste encore le plus souvent l'examen de première intention. Cette situation sera probablement amenée à devoir se modifier dans les toutes prochaines années, avec la nécessité impérieuse pour les praticiens d'éviter les redondances de prescription inutiles. Le Tableau 16, encore issu du Transition Project, montre la répartition des procédures réalisées par les médecins de famille en cas de céphalée comme motif de contact. Le chiffre de 3,7% d'imagerie (surtout CT scan) de ce réseau hollandais est tout-à-fait superposable à celui de 3% du réseau américain59.

Le Tableau 12 présente l'étiquette finale des épisodes ayant commencé avec la céphalée comme motif de premier contact. Leur diagnostic est essentiellement clinique, ne justifiant pas d'imagerie a priori. Le but de celle-ci est donc en fait de mettre en évidence les quelques très rares (mais inévitables à terme) diagnostics de gravité, à référer au spécialiste (éventuellement dans l'urgence). La prévalence de l'item N74

tumeur maligne - système neurologique » de la CISP pour 1000 patients-année est de 0,1 et celle de N26 « peur d'une tumeur maligne -système neurologique » de 1 (pour rappel, celle de la céphalée est de 75). Les 3 principaux diagnostics de gravité à envisager (à éliminer par CT scan) sont la tumeur cérébrale, l'hémorragie méningée et l'hématome sous-durals51 59 62.

Un certain consensus existe sur les signes cliniques devant mener à la prescription d'imagerie en présence d'une céphalée: anomalies à l'examen neurologique, céphalée sévère d'apparition récente, perturbant le sommeil, à l'effort, modifiée depuis peu, pulsatile à début tardif etc 51 59 62 6°. Le respect de ces critères de prescription amène la prévalence cumulée des 3 diagnostics de gravité dans la population investiguée à presque 5% et la valeur prédictive positive à 85% (il n'y a que 15% de faux positifs). Dans ce contexte, 20%

des CT scan montrent également des anomalies variées", expliquant ou non la céphalée. Les limites de cette approche sont véritablement liées à la clinique de la céphalée elle-même: en effet même si la sensibilité du CT scan (et de la RMN) est de plus de 95% pour le diagnostic des tumeurs cérébrales s'accompagnant de mal de tête, près de 50% des tumeurs cérébrales ne s'accompagnent pas de céphalée^{60 61}.

Suspicion de masse intra-parenchymateuse	48,4%
Attente/demande du patient	12,4%
Suspicion d'hémorragie méningée	8,8%
Conseil d'un autre dispensateur	5,3%
Implication médico-légale	5,0%
Autres raisons	20,1%

Tableau 15 : Raisons de prescription d'un CT scan cérébral en cas de céphalée (N=339) (Source : Ambulatory Sentinel Practice Network)

	N	%
Examen medical	226	72,7
Prescription médicament	1523	49,8
Conseil/avis/éducation santé	1110	36,3
Conseil thérapeutique	172	5,6
Référence vers autre dispensateur SSP	142	4,6
Radiologie/imagerie	114	3,7
Référence vers spécialiste	113	3,7
Analyse de sang	112	3,7

Tableau 16 : Interventions/procédures pour motifs de contact N01 céphalée (N=3061) (Source : Transition Project)

3.7. Une attitude pragmatique

Les principes spécifiques de la prise de décision en médecine de famille permettent de définir une attitude pragmatique et efficiente pour le diagnostic de la céphalée :

Consulté en première intention, le médecin généraliste doit a priori rassurer le patient, et procéder à une anamnèse fouillée et à un examen physique soigneux qui lui permettent d'identifier avec un bon degré de certitude les diagnostics les plus fréquents et certains signes cliniques relativement discriminants. La présence de ceux-ci l'amènent à prescrire un CT scan cérébral surtout pour exclure les diagnostics de gravité que constituent la tumeur, l'hémorragie méningée et l'hématome sous-dural. Si l'imagerie est suspecte, la valeur prédictive positive élevée de l'examen nécessite une référence rapide au spécialiste.

3.8. Importance de l'utilisation de la CISP

Les développements précédents montrent à l'envi que les systèmes d'information qui utilisent le modèle de codage CISP permettent:

- de décrire les demandes et motifs de contact des patients , les procédures utilisées et les diagnostics posés (au sens très large) en soins de santé primaires,
- d'étudier les modifications apportées par les dispensateurs en soins primaires aux problèmes vécus par les patients,
- au médecin lui-même et à ses pairs, d'évaluer, par rétrocontrôle, leur organisation et leurs actions de soins (assurance et développement de la qualité),
- au système de santé et de soins, d'évaluer l'adéquation de la réponse à la demande exprimée par les patients,
- d'envisager, à court terme, la reconnaissance d'un véritable langage international en soins primaires autorisant une communication efficace et actuelle,
- et enfin de disposer d'outils descriptifs standardisés utilisables pour l'enseignement et la recherche (micro- et macroépidémiologie, économie de la santé).

4. Transcodage CISP/CIM-10

4.1. Le transcodage, une nécessité impérative

La question du transcodage entre la CISP et la CIM-10 est à l'ordre du jour dans tous les pays qui utilisent déjà la CISP en quasi-routine. En effet, pour pouvoir passer de l'épisode de soins à l'épisode de maladie, il faut pouvoir suivre le patient dans ses pérégrinations à travers l'ensemble du système de santé.

Les systèmes informatiques doivent donc identifier les problèmes de santé tels qu'ils sont vécus dans le secteur primaire et dans le secteur secondaire et pouvoir transférer l'information d'un secteur à l'autre. Cette rencontre entre secteur généraliste et secteur spécialiste peut être rendue possible sur le plan informatif par le fait que les outils classificatoires de la WONCA ont été développés de façon à rester compatibles avec ceux de l'OMS (voir Tableau 17).

Code CISP	Descripteur normalisé	C1M-10 exportation
A87	CYSTITE - RADIOTHERAPIE	n30.4
U71	TRIGONITE	n30.3
U71	ABCES - VESSIE	n30.8

Tableau 17: Exemple de transcodage CISP/CIM-10

Par ailleurs l'activité des services de porte ou d'urgence des hôpitaux est parfois très semblable à l'activité des médecins généralistes de famille. Plusieurs études ont montré l'absence de la CISP pour relever l'activité en dehors des heures, communément appelée service de garde des médecins généralistes de famille^{13 14}. La CISP pourrait très bien être appliquée dans les services hospitaliers lorsqu'ils sont d'accès libre dans les systèmes de santé peu ou non organisés.

4.2. Les outils déjà développés

4.2.1. Le « multi-language layer »

L'ouvrage qui a conclu l'activité du groupe de travail européen sur la CISP dans la Communauté Européenne" contient une disquette informatique extrêmement riche. On y trouve non seulement les traductions de l'ICPC dans toutes les langues de la Communauté (Multi-Language Layer) mais aussi une table de conversion ICD-10/ICPC telle qu'elle a été élaborée par les professeurs Lamberts et Wood et publiée initialement dans le livre ICPC. La caractéristique de cette conversion est que tous les codes ICD-10 (CIM-10) compatibles avec une rubrique ICPC (CISP) ont été retenus. Il est évident que le degré de spécificité obtenu dans la conversion pouvait être fragile. Les auteurs ont donc caractérisé leur conversion en indiquant la plus ou moins grande spécificité d'un code par rapport à l'autre. Les codes fourre-tout de l'ICPC se sont vus évidemment remplis d'affections de présentation fort rare en médecine de famille (voir Tableau 18).

CISP	CIM-10
S99 AUTRES MALADIES DE LA PEAU ET DU TISSU SOUS-CUTANE	-110 -112 -113 -114
dermatoses bulleuses, pemphigus, dermite exfolia- Vice, lichen simplex,	-126 -128R -130 -141
prurigo, lichen plan, érythème polymorphe, érythème noueux, vitiligo, autres	-143 -144 -145 -151
anomalies de la pigmentation, acanthosis nigricans, ichtyose, cicatrices,	-152 -153 -154 -171 .172R -173 -
chéloïdes, granulome à corps étranger, lupus érythémateux localisé,	180 - 181 R
slérodermie, dermatite factice, ulcère tropical non précisé, kératoacanthome,	
autres maladies de la peau NCA	

Tableau 18 : Conversion CIM-10 / CISP (code fourre-tout S99) (Source : CCW, 1995, document de travail)

4.2.2. La table de conversion "un pour un" ICPC/10-18

Deux autres membres du Comité de Classification, C. Bridges-Webb en Australie et E. Lorentzen au Danemark ont réalisé un autre travail de conversion qui est pour le moment en discussion au sein du Comité. La caractéristique principale de ce travail est que la conversion est réalisée sur une base « un pour un » : un seul code « le meilleur » ICD pour un code ICPC (voir tableau 19). Ceci est une voie fort différente de la précédente.

CISP		CIM-18
A01	Douleur généralisée	r52
A02	Frissons	r68.8
A03	Fièvre	r50
A04	Fatigue générale / malaise	r53
A05	Détérioration de l'état général	r53
A06	Syncope	r55
A07	Coma	r40.2
A08	Gonflement (sauf K07)	r68,8
A09	Transpiration	r61

Tableau 19 : Conversion «un pour un» «best matches» (document de travail) (Source : Bridges-Webb et E. Lorentzen)

4.2.3. Le logiciel Transcod

Sur base des correspondances établies par Henk Lamberts et coll., François Mennerat vient de publier un logiciel de transcodings entre la CIM-10 et la CISP. Il s'agit d'un module destiné à démontrer les possibilités de transcoding (dans les deux sens) entre les deux classifications. Le programme, publié par le Club des utilisateurs de la CISP, permet d'obtenir soit le libellé d'un code CISP ainsi que les codes et libellés CIM correspondants, soit le libellé d'un code CIM ainsi que les codes et les libellés CISP correspondants.

Sélectionnez un code CISP	
A71	Rougeole
A72	Varicelle
A73	Paludisme
A74	Rubéole
A75	Mononucléose infectieuse
A76	Autre virose avec exanthème
A77	Autre virose NP
Codex) CIM correspondant(s)	
b06	Rubéole
b06.8	Rubéole avec autres complications
b06.9	Rubéole (sans complication)
b06.0	Rubéole avec complications neurologiques

Tableau 10 : Ecran du logiciel Transcod dans le mode CISP/CIM

4.3. Le projet d'une terminologie ouverte sur les deux outils de classification

L'exercice préparatoire présenté ci-dessous montre qu'ouvrir la terminologie standardisée sur les codes CIM-10 et CISP n'est pas une sinécure et que ce travail demandera des moyens importants. Du terme courant au descripteur normalisé et du descripteur normalisé à sa correspondance CIM-10, le parcours peut être difficile (Tableau 21 et Tableau 22). L'approche théorique ne s'accommode pas facilement des réalités de terrain, particulièrement dans le domaine de la santé mentale ou dans celui de l'expression des émotions.

Même si la comparabilité/compatibilité à la CIM a toujours préoccupé les membres du Comité de Classification, la CISP n'est pas vraiment moulée sur la CIM-10. Celui qui se livre à l'intéressant exercice d'établir la conversion terme pour terme entre les deux classifications remarque immédiatement à quel point elles sont conceptuellement et pratiquement différentes, bien que compatibles. L'examen de ces conversions montre la diversité des chapitres et les difficultés du transcodage. Certaines notions fondamentales sont absentes de la CIM-10 telles les items « Peur de » ou les problèmes sociaux. La façon d'y concevoir la problématique psychiatrique y est également très différente de celle que le Comité de Classification a retenue.

Terme courant	Descripteur normalisé
Mal aux cheveux	> CEPHALEE - ALCOOL
Gueule de bois	> CEPHALEE - ALCOOL
Hémicrânie	> MIGRAINE
Céphalée en casque	> CEPHALEE DE TENSION
Mal de tête	> CEPHALEE - NP
Syndrome post-commotionnel	> CEPHALEE - TRAUMATISME - CHRONIQUE
Mal de tête lié au CO	> CEPHALEE - MONOXYDE DE CARBONE

Tableau 21: Exemple de descripteurs normalisés pour les céphalées NP = non précisé

Code CISP	Descripteur normalisé	Code CIM10
A85	CEPHALEE - COMPLICATION - MEDICAMENT	G44;4
A86	CEPHALEE - MONOXYDE DE CARBONE	t58
A87	CEPHALEE - PONCTION LOMBAIRE	g97.1
F29	CEPHALEE - PROBL OEIL - NCA	h57.1
F93	CEPHALEE - GLAUCOME	h40.9
NO1	CEPHALEE - TRAUMATISME - AIGU	r51
NO1	CEPHALEE - NP	r51
NO1	CEPHALEE - NCA	r51
NO2	CEPHALEE - COU	m54.2
NO2	CEPHALEE DE TENSION	g44.2
N74	CEPHALEE - TUMEUR - CRANE	c71.9
N79	CEPHALEE - TRAUMATISME - CHRONIQUE	g44.3/t90
N89	CEPHALEE - MIGRAINE	g43.9
N90	CEPHALEE DE HORTON	944.0
N92	CEPHALEE - NERF TRIJUMEAU	g50.0
P15	CEPHALEE - ALCOOL	f10.0
R09	CEPHALEE - SINUS	j01.9
W09	CEPHALEE - PRE-MENSTRUEL	n94.3
X11	CEPHALEE - MENOPAUSE	n95.1

Tableau 22 : Etude du codage des céphalées en tant que diagnostics symptomatiques NP = non précisé NCA = non classé ailleurs

5. Méthode de construction de la terminologie normalisée

5.1. Principes généraux

Notre outil se veut plus une base de données (ensemble de données organisé en vue de son utilisation par des programmes correspondant à des applications distinctes et de manière à faciliter l'évolution indépendante des données et des programmes) qu'une banque de données (ensemble de données relatif à un domaine défini des connaissances et organisé pour être offert aux consultations d'utilisateurs)^{64 65}.

La première difficulté rencontrée tient au fait que l'œuvre princeps et fondatrice, l'ICPC, tenait plutôt de la banque de données. Construite elle-même à partir de différentes banques de données antérieures dans une visée unificatrice et syncrétique et résultant des qualités créatrices fécondes des docteurs Henk Lamberts et Maurice Wood, elle se voulait un outil du quotidien du médecin de famille, pour l'aider à structurer et expliciter la complexité de ses rencontres avec ses patients. Une des productions fondamentales du Comité de Classification, l'European Multi-Language Layer¹¹ reprenant les titres courts de la CISP en 16 langues, se définit d'ailleurs elle-même comme une nomenclature abrégée.

La deuxième difficulté relève de la nature classificatoire de la CISP, richesse de l'outil (voir le chapitre sur les principes de base) mais aussi source de limites et de contraintes.

Il est aujourd'hui reconnu que le thesaurus est le concept documentologique qui permet le mieux de répondre aux nécessités et aux impératifs soulevés et rencontrés lors de l'élaboration d'une base de données : évolutivité, traitement des polysémies, incrémentation, normalisation^{65 66} etc.

Quelques définitions permettent de saisir l'importance de l'enjeu et de justifier le choix du thesaurus comme outil de construction de notre base de données :

Dictionnaire : recueil de mots rangés dans un ordre convenu (alphabétique, conceptuel) qui donne une définition ou des informations sur les signes.
«Dictionnaire» est le terme princeps, apparaissant vraisemblablement pour la première fois en 1539 (Dictionnaire français-latin de Robert Estienne), dérivé du latin médiéval «dictionarium» de «dictio» action de dire.

Code : dictionnaire de conventions, de signaux.

Encyclopédie : recueil de renseignements sur les choses, les idées (et non sur la langue) et traitant les noms propres.

Glossaire : dictionnaire ne donnant que les mots difficiles ou peu connus.

Lexicographie : technique de la confection des dictionnaires.

Lexique : dictionnaire succinct des mots spécifiques à une science, à une technique, à un domaine spécialisé, ou à un auteur.

Nomenclature : liste des formes (mots, expressions, morphèmes) d'un dictionnaire, méthodiquement classées.

Nosographie (nosologie) : description et classification méthodique des maladies.

Systématique : science des classifications des formes vivantes.

Taxonomie ou taxinomie : synonyme de systématique. Par extension classification d'éléments, science des lois de la classification.

Terminologie : ensemble des mots techniques appartenant à une science, à un art, à un chercheur ou à un groupe de chercheurs ; étude systématique des « termes » ou mots et syntagmes spéciaux servant à dénommer classes d'objet et concepts.

Thesaurus : répertoire (alphabétique) de termes normalisés pour l'analyse de contenu et le classement (de documents) d'information.

Vocabulaire : dans cette acception, synonyme de lexique.

Notre travail relève donc de la lexicographie. Son domaine est celui des soins de santé primaires et contient celui de la nosographie traditionnelle. L'outil choisi est de type terminologique. La normalisation, grâce à une série de règles (code), de ses termes en fait un thesaurus. Les règles sont celles de l'AFNOR (Association Française de Normalisation) et de l'ISO (International Standardization Organization), ou sont compatibles avec elles. Elles rencontrent également les recommandations classiques pour les standards terminologiques en soins primaires⁶⁷.

Un thesaurus est constitué d'une liste alphabétique de descripteurs (items normalisés), constitués eux-mêmes de concepts et de termes. Les différences entre ces notions sont importantes à percevoir pour pénétrer l'esprit et la cohérence du thesaurus.

Par exemple, l'item « STENOSE - VALVE AORTIQUE - CONGENITAL » est un descripteur (normalisé) constitué de 3 concepts (« STENOSE », « VALVE AORTIQUE » et « CONGENITAL »), le concept « VALVE AORTIQUE » étant lui-même constitué de 2 termes (« VALVE » et « AORTIQUE »). Il s'agit donc d'un descripteur tri-concepts/quadri-termes.

La signification de terme est à rapprocher, dans cette acception, de celle de mot. Pour certains auteurs, concept désigne le descripteur tout entier, dans la mesure où celui-ci doit effectivement correspondre à un concept. Le descripteur est alors dit être constitué de sous-concepts. Pour notre part, nous conserverons à concept sa nature d'unité signifiante, logique et cohérente. « MALADIE DE VON RECKLINGHAUSEN » est un autre descripteur, mono-concept (la maladie en question), bi-terme (« MALADIE » et « RECKLINGHAUSEN »), « DE » et « VON » étant des mots (termes) vides.

La terminologie que nous publions est encore en pleine évolution. Sa validation n'est que partielle, et, son objectif étant d'être exhaustive, elle s'incrémente encore chaque jour de nouveaux descripteurs (il s'agit d'ailleurs d'une collaboration étroite entre les auteurs et les utilisateurs). A ce stade de la construction, résultat incomplet et transitoire, thesaurus et

descripteurs sont appelés liste d'autorité et candidats descripteurs (ou mots clés contrôlés), rendant compte de la fragilité et du provisoire de l'outil.

Nous n'en sommes donc qu'à l'étape préalable de la liste d'autorité. Mais notre ambition est grande. Avec l'aide, la collaboration et le soutien du Club des utilisateurs francophones de la CISP, nous espérons arriver à terme à l'élaboration d'un véritable thesaurus adapté aux soins de santé primaires.

5.2. Règles générales

5.2.1. Concernant les thesaurus

Un thesaurus est donc constitué d'un ensemble de descripteurs (le vocabulaire) et de relations qui définissent leur contenu sémantique. Le vocabulaire rassemblé, normalisé selon un code, doit également répondre à certains critères que nous avons essayé de respecter. Il doit être :

- non ambigu pour que les mêmes éléments identifient systématiquement les mêmes concepts,
- structuré pour assurer une meilleure définition de chaque terme et pour permettre des recherches à différents degrés de généralité ou de spécificité (c'est là le point faible actuel de notre terminologie),
- étendu pour permettre l'indexation de tous les termes dans le cadre du domaine couvert (les soins de santé primaires) en fonction des objectifs qui ont été définis,
- évolutif pour suivre avec le temps les progrès des connaissances et intégrer le plus fidèlement possible les concepts oubliés ou récemment apparus.

5.2.2. Concernant les descripteurs

Nous avons tenté de respecter les règles suivantes :

- Pour éviter toute redite et omission, le thesaurus ne doit autoriser que le nombre de descripteurs nécessaire et suffisant pour couvrir le domaine considéré (les soins de santé primaires). Il faut donc que chaque contenu sémantique soit représenté par un et un seul descripteur. « FATIGUE », « CANCER - LARYNX » « DOSAGE - MARQUEUR TUMORAL » et « MALADIE DE VON RECKLINGHAUSEN » ont un contenu sémantique intrinsèque précis et peuvent donc être employés comme descripteurs.
- Le thesaurus ne doit pas autoriser deux descripteurs synonymes, conséquence de l'impératif d'un vocabulaire nécessaire et suffisant. Il faut donc, avant d'accepter un item comme descripteur, s'assurer qu'il n'existe pas un item synonyme dans le thesaurus existant, et, dans cette éventualité, faire un renvoi. Par exemple : « LEUCOCYTES → GLOBULES BLANCS ».

- Le thesaurus ne doit pas contenir deux descripteurs qui, sans être synonymes, risqueraient d'être employés l'un pour l'autre (quasi-synonymes). Le problème relève surtout des niveaux de hiérarchie des descripteurs entre .eux (rapports de supériorité et de subordination). Par exemple, le descripteur « COLITE/ENTERO-COLITE - INFECTION » est plus générique que le descripteur plus spécifique « COLITE/ENTEROCOLITE - AMIBE ». Il faut donc prévoir, à côté de ce dernier, les descripteurs « COLITE/ENTERO-COLITE - INFECTION - NP » (NP non précisé) et « COLITE/ENTERO-COLITE -INFECTION - NCA » (NCA non classé ailleurs mais précisé) recouvrant des étiologies infectieuses non reprises dans le thesaurus dans son état actuel.
- Il ne faut pas autoriser dans le thesaurus un descripteur très (trop) spécifique dont l'usage serait pratiquement nul. Cette règle n'est pas nécessairement évidente pour un thesaurus devant servir au recueil d'information dans les dossiers médicaux de patients qui sont, chacun, une individualité. Pour le patient qui en est atteint, un diagnostic même très rare, doit pouvoir être signifié et indexé.
- Il faut veiller à éviter l'emploi de descripteurs qui sont des mots polysémiques, des mots à significations parfois très précises mais différentes dans divers secteurs de la connaissance. Par exemple « MATRICE » peut se rapporter à l'utérus, à un tableau mathématique, à un outil, ou au constituant majeur d'un objet. Même, si dans le domaine des soins de santé primaires, la polysémie n'est qu'hypothétique, le descripteur est « UTERUS » et on trouvera l'item « MATRICE → UTERUS ». Les polysémies seront traitées par des renvois adaptés.
- Les concepts élémentaires seront utilisés dans la mesure du possible, décompositions de termes complexes multi-concepts. Il n'y a malheureusement aucune règle rigoureuse qui lie le nombre de termes (mots) au nombre de concepts exprimés. Un simple terme peut contenir plusieurs concepts (par exemple « HYPERTROPHIE → AUGMENTATION - VOLUME ») tandis qu'un ensemble de termes peut ne représenter qu'un seul concept (par exemple « MALADIE DE CROHN »).



5.2.3. Concernant la grammaire

- C'est l'orthographe la plus largement admise qu'il convient d'utiliser. Si, par suite de plusieurs usages, on est arrivé à accepter plus d'une seule orthographe, les différentes versions doivent être introduites dans le thesaurus avec les renvois voulus pour indiquer leur synonymie.
- Les concepts doivent être présentés préférentiellement sous forme de substantifs ou sous une forme équivalente au substantif. Les adjectifs doivent bénéficier des renvois

nécessaires. Par exemple : « PULMONAIRE -> POUMON ». Il existe évidemment des cas où seuls les adjectifs ou d'autres formes non substantivées peuvent être employées pour définir les concepts, par exemple « ACQUIS », « CONGENITAL », « PRIMAIRE », ou « AIGU ».

- Dans la mesure où cela n'introduit pas d'ambiguïté sémantique, il est recommandé d'utiliser le singulier pour définir les concepts. A nouveau, le sens commun permet des exceptions à cette règle générale, par exemple « LARMES », « LUNETTES » ou « LEVRE(S) ».

- Il faut éviter les formes abrégées de concepts et les acronymes, car leur emploi risque de ne pas être assez généralisé et leur signification peut dépendre du contexte. Il importe donc de limiter leur utilisation aux cas où leur signification est bien assise (par exemple « SYNDROME D'IMMUNODEFICIENCE ACQUISE → SIDA ») ou quand il est prouvé qu'ils assurent une sérieuse économie dans les applications (par exemple « RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU → RAA »). Certaines abréviations appartiennent à la structure même de la CISP comme « NCA » pour non classé ailleurs, « NP » pour non précisé, « PF » pour planification familiale, ou « S/PL » pour symptômes et plaintes (voir plus bas).

- Il existe toute une série de mots vides ne recouvrant aucun concept : « DANS », « PAR », « DU », « AU », « EN », etc. Ceux-ci ne seront pas traités lors de la confection de la liste permutée à partir du thesaurus par le logiciel LOCAS (voir plus bas).

- Dans un descripteur, les séparateurs de concepts sont marqués par le signe « - » précédé et suivi d'un caractère vide (blanc) (par exemple « CANCER - ESTOMAC »). Dans un concept, les séparateurs de termes sont marqués par le signe « / » non précédé ni suivi d'un caractère vide (par exemple « ANUS/RECTUM »). Il n'est pas fait usage des caractères point et virgule (« . » et « , »).

- La casse utilisée est exclusivement la majuscule.

5.2.4. Concernant la CISP

- La présentation princeps de la CISP est celle d'une classification bi-axiale (chapters et composants), ordonnée en une nomenclature, conçue pour relever les motifs de contact, diagnostics et procédures dont la prévalence dépasse 0,5 pour mille (avec quelques exceptions à cette règle). Elle sous-tend l'objectif de ne contenir que des items nécessaires et suffisants : « une place pour chaque chose » (exhaustivité) et « chaque chose à sa place » (exclusivité).

Tout élément relevant du SOAP doit y trouver une et une seule place. C'est ce qui explique l'existence de codes « fourre-tout » rassemblant ce qui ne peut être raisonnablement classé ailleurs, ou les sigles « NCA » (non classé ailleurs) ou « NP » (non précisé), ainsi que l'imprécision relative de certains items (« lésions traumatiques du système urinaire »).

Notre présentation sous forme de thesaurus garde bien entendu sa volonté d'exhaustivité, mais avec une spécificité beaucoup plus grande, celle correspondant aux développements de la science et aux besoins des utilisateurs. Les quelques 700 items de la nomenclature sont dès lors beaucoup moins spécifiques et beaucoup plus génériques que les quelques 10.000 du thesaurus. Ceci ne va pas sans poser quelques problèmes (pas toujours résolus) d'exclusivité, liés à la hiérarchie des niveaux logiques (méta-niveaux) : le lupus érythémateux discoïde est une forme de lupus érythémateux, lui-même appartenant à la catégorie des connectivites, dans le domaine des maladies générales auto-immunitaires. Un bon thesaurus doit pouvoir intégrer ces différences et similitudes, sans manquement ni redondance.

- La CISP privilégie l'étiologie plutôt que la localisation. Même si les hémorroïdes font penser à l'anus, il s'agit d'un problème vasculaire, classé dans le chapitre K.

A	PROBL GENERAL
B	PROBL HEMATO
D	PROBL DIGESTIF
F	PROBL OEIL
H	PROBL OREILLE
K	PROBL CARDIO-VASC
L	PROBL OSTEO-ARTIC
N	PROBL NEURO
P	PROBL PSYCHO
R	PROBL RESPIRATOIRE
S	PROBL PEAU
T	PROBL METAB/ENDOC
U	PROBL URO
W	GROSSESSE/PF
X	PROBL GENITAL FEMME
Y	PROBL GENITAL HOMME
Z	PROBL SOCIAL

Tableau 23 : Normalisation des intitulés des chapitres de la CISP

- Les 17 chapitres de la CISP normalisés sont présentés au Tableau 23
- Les concepts sont préférentiellement placés dans l'ordre : nature du problème - localisation du problème - étiologie du problème. Par exemple : « INFECTION - COL UTERUS - CHLAMYDIA ».
- Il peut y avoir une contradiction fondamentale entre le choix d'un langage normalisé (exigé dans la conception d'un thesaurus) et le maintien d'un langage naturel (nécessaire pour bien rapporter le contenu des rencontres entre patients et dispensateurs). Notre thesaurus est à cet égard volontairement hybride. Il contient aussi bien les descripteurs « AUGMENTATION -VOLUME » (pour hypertrophie) ou «

FIBRILLATION -OREILLETTE » (pour fibrillation auriculaire) que « CHAUDE-PISSE » (pour gonocoque) ou « GRINCER DES DENTS » (pour bruxisme). Un système de renvois tente, de composer avec cette ambivalence : « FIBRILLATION AURICULAIRE FIBRILLATION - OREILLETTE ».

- Une série de termes a été utilisée pour circonscrire des catégories prédéfinies, en rapport avec l'usage médical courant :
 - « ORGANIQUE » ou « PROBL PSYCHO ». A noter que « NP » (non précisé) prend par défaut le code « ORGANIQUE ».
 - « PRIMAIRE » ou « SECONDAIRE ».
 - « LOCALISE » ou « GENERALISE ».
 - « AIGU » ou « CHRONIQUE ».
 - « ACQUIS » ou « CONGENITAL ».
 - pour les classes d'âge : « FOETUS » (jusqu'à la naissance), « NOUVEAU-NE » (jusqu'à 1 mois), « NOURR » (pour nourrisson , jusqu'à 1 an), « PETIT ENF » (pour petit enfant, jusqu'à 6 ans), « ENFANT » (jusqu'à 12 ans), « ADOLESCENT » (jusqu'à 18 ans) ou « ADULTE ». Ces classes sont également compatibles avec certaines définitions légales.
 - « SAUF », par exemple « MALADIE - VALVE - RAA » ou « MALADIE - VALVE - SAUF RAA ».

5.3. Présentation du thesaurus

Un thesaurus permet de traduire en terme d'indexation ou en terme de recherche tout concept devant entrer ou sortir d'un système documentaire. Il ne doit donc être confondu ni avec un lexique, simple liste de mots classés alphabétiquement, ni avec un index qui, pour un concept donné, indique des références correspondantes, ni avec un dictionnaire qui fournit une définition de chaque concept qu'il comporte.

Sa présentation est donc fondamentale, devant assurer facilité, convivialité, rapidité et souplesse, selon des voies de recherche naturelles, familières à l'utilisateur.

Nous en avons choisi une (voir tableau 24) parmi d'autres, qui semblait le mieux répondre aux conditions et objectifs recherchés : la liste permutée indentée. Celle-ci est construite automatiquement par un logiciel ad hoc (LOCAS) (voir plus bas) à partir du thesaurus alphabétique brut. C'est là également la présentation des MESH (medical subject headings) de l'Index Medicus, référence incontestée en la matière.

Par exemple :

	ABCES	
		ABCES ANORECTAL ABCES - ANUS/RECTUM
		ABCES PULMONAIRE • ABCES - POUMON
R76		ABCES RETRO-AMYGDALIEN
A87		ABCES - AGRAFE/SUTURE
.....		
H70		ABCES – MASTOIDE
.....		
D49		ABCES - VOIES BILAIRES
	ABDOMEN	
		ABDOMEN AIGU → PERITONITE
D18		ANOMALIE - BRUIT – ABDOMEN
.....		
	MASTOIDE	
H70		ABCES - MASTOIDE
H01		DOULEUR – MASTOIDE

Tableau 24 : LOCAS extrait de la liste permutée indentée

La douleur mastoïdienne sera donc trouvée aussi bien à l'entrée « DOULEUR » qu'à « MASTOIDE », mais dans les deux cas, avec le même code CISP «H01», celui de l'item « DOULEUR D'OREILLE » de la nomenclature.

6. LOCAS (logiciel de Codage et d'Acquisition de Synonymes)

Le cœur d'un dossier médical informatisé est sa base de données. C'est elle qui lui fournit ses capacités d'utilisation logique, de cohérence, de standardisation et de comparabilité de l'information. Disposant du système CISP, de la nomenclature abrégée et de la terminologie normalisée, nous avons voulu en faire un progiciel, LOCAS68 69 pouvant s'insérer dans tout logiciel médical.

Les étapes de ce travail ont été longues et hasardeuses. Les résultats en sont certainement partiels, incomplets et imparfaits:

- Partant de la nomenclature abrégée et de l'index alphabétique du livre CISP (lui-même déjà une traduction adaptée de l'index alphabétique du livre ICPC), nous avons tenté une « ouverture » maximale de chacun des codes pour construire une terminologie spécifique pour les soins primaires. Cette ouverture s'est faite à partir d'un matériel fort varié : notre pratique quotidienne, des discussions formelles ou informelles, des réunions avec le groupe « informatique » de la Fédération des Maisons Médicales, l'examen de diverses tables des matières de livres traitant tant de soins secondaire (CIM-10) que de soins primaires. Cette ouverture a été menée de manière brute, selon le langage scientifique habituel, mais aussi selon le langage naturel, parfois même idiomatique. L'observateur attentif y rencontrera certainement quelques belgicisms.
- La terminologie ainsi obtenue a été complètement retravaillée pour en conserver les spécificités, scientifiques et naturelles, mais avec un souci de normalisation. En essayant de résoudre les difficultés inhérentes aux niveaux et méta-niveaux sémantiques (voir plus haut), nous avons choisi pour chaque concept un seul intitulé,

normalisé selon des règles très strictes décrites ci-dessus, relié à tous ses synonymes par des renvois logiques.

- Nous avons ensuite attribué à chaque item normalisé un code dérivé de la CISP princeps. Au code initial de la CISP en trois caractères (1 alpha-numérique pour le chapitre, 2 numériques pour le composant), nous avons ajouté deux caractères numériques d'ouverture, à tout moment transparents pour l'utilisateur.
- L'ensemble de tous ces items normalisés et codés, classés alphabétiquement, constitue la première ébauche de notre thesaurus, objectif final jamais atteint parce qu'évolutif. A ce stade initial, un thesaurus est appelé une liste d'autorité, et ses descripteurs des mots-clés contrôlés.
- Un traitement automatique informatisé du thesaurus ainsi obtenu l'a présenté sous forme de liste permutée indentée, présente dans le volume 2 de cet ouvrage.
- La liste permutée indentée est disponible, elle aussi, sous forme informatique. Un logiciel de présentation, très convivial, permet d'accéder à son contenu. En frappant les premières lettres du concept recherché, l'utilisateur voit apparaître à l'écran l'ensemble des items (descripteurs et synonymes) répondant aux conditions de recherche, et peut sélectionner celui qu'il désire pour l'insérer, par exemple, dans le dossier informatisé d'un patient.
- Le logiciel de recherche permet également à l'utilisateur de retourner de l'information (par exemple, un terme non rencontré dans la liste) aux concepteurs, afin d'améliorer ultérieurement l'outil.
- Des mises à jour sont prévues à intervalles réguliers avec envoi de la version améliorée aux utilisateurs qui participeront à l'élaboration commune.

On voit que la voie choisie a été celle des concepts plutôt que celle de l'image, celle de la structure de la consultation plutôt que celle de la bureautique médicale. C'est l'ensemble de l'outil informatique qui porte le nom acronymique LOCAS, signifiant par-là la réalité d'un logiciel de codage et d'acquisition de synonymes. Ses potentialités d'utilisation nous semblent nombreuses, notamment le transfert d'informations vers ou en provenance des hôpitaux ou des niveaux spécialisés.

7. Formation à l'utilisation de la CISP

7.1. Règles générales

Ce chapitre reprend les grandes lignes de celui qui lui correspond dans le premier livre sur la CISP10, et consacré lui aussi à la formation à l'utilisation de la CISP Il y a plusieurs manières de former des prestataires de soins à l'utilisation de la CISP. Cela dépend des circonstances et des objectifs du projet pour lequel elle est utilisée. Ce livre suffirait si un prestataire de soins voulait se familiariser individuellement à l'usage de la CISP.

Cependant, l'expérience de plusieurs projets de recueil de données en médecine générale ont montré que la plupart des praticiens pratiquent l'occultation sélective lorsqu'ils utilisent une classification. Ainsi les médecins de certaines régions «oublent» de relever les problèmes d'alcool. Un groupe de prestataires de soins, coopérant au même projet, constitue dès lors une bonne assemblée pour discuter des problèmes pratiques liés à l'utilisation de la CISP et pour prévenir les conséquences d'une incompréhension structurelle.

Un investigateur principal coordonnera le plus souvent l'utilisation de la CISP par un groupe de participants. Il sera la personne du groupe la plus susceptible de devenir experte dans la pratique de la CISP, et deviendra donc responsable de la formation des autres membres du groupe. Dans ces conditions, il peut être utile de suivre une série d'étapes dans la procédure de formation. Ces étapes, mises en évidence lors de recherches réalisées avec la CISP, semblent donner satisfaction et permettre une économie de temps.

1. Une courte introduction sera donnée au groupe de participants. Il faudra y envisager la structure de la CISP et son potentiel, mais aussi expliquer pourquoi le système de classification « colle » aux besoins du projet. On insistera sur le fait que la CISP est un outil pratique et non un but en soi. Les utilisateurs ne seront pas découragés par l'épaisseur du livre.
2. Les participants seront encouragés à étudier le livre et le système de classification et à se familiariser avec la répartition des informations dans le manuel. Certains outils pédagogiques sont déjà disponibles au CISP Club, tant sous forme écrite qu'électronique.
3. Questions, réponses détaillées et explications prendront place lors d'une discussion générale. Il est capital d'insister sur l'utilisation correcte du système de classification. Ceci garantira la validité du travail réalisé.
4. Une série de textes relatant des contacts praticien/patient sera distribuée au groupe. Chaque participant sera prié de pointer individuellement les éléments essentiels du contact, de classer avec la CISP et de remplir le formulaire de codage prévu imprimé ou électronique. Les résultats seront discutés en groupe. Certaines erreurs apparaîtront rapidement évidentes, mais parfois plusieurs solutions seront acceptables. Ceci arrive souvent, soit parce que les textes eux-mêmes ne sont pas clairs, soit parce que l'information disponible est insuffisante et permet diverses interprétations. Un exercice particulièrement utile consiste à faire retrouver une description clinique à partir de séquences codées. A titre d'illustration, quelques résumés de consultation et leur codage préférentiel sont présentés à la fin de ce chapitre.

5. L'étape suivante consistera à faire noter par chaque praticien dix à quinze contacts médecin/patient d'affilée dans sa propre pratique. Il codera ensuite d'après la CISP. Chaque codage sera examiné attentivement par le coordinateur du programme (investigateur principal). Une sélection de ceux-ci sera proposée à la discussion du groupe.
6. Autant que possible, des cassettes audio ou vidéo⁷⁰, reprenant des contacts de routine, devraient être utilisées par le groupe. Cette approche peut être utile si la validité et la concordance des codages doivent être vérifiées. Pour la version française, s'adresser aux auteurs⁶⁸.
7. Lorsque le projet est en voie de réalisation, les codages des contacts devront être vérifiés. Ils devront être complets et sans erreur, particulièrement pour les études de longue durée. Les résultats d'analyse en cours sur les données collectées devront être transmis régulièrement aux participants. Ceci est très important pour les motiver. Les résultats pourront aussi être discutés en groupe. Il faudra prévenir une baisse de concordance entre les données codées et assurer une congruence optimale entre le potentiel de la CISP et les objectifs du projet.

7.2. Résumés de consultation

Quelques résumés de consultation explicitent les conditions de codage en mode global CISP. La lettre « S » représente les plaintes, symptômes et motifs de contact, les lettres « P » les procédures (pré- et post-appréciation), la lettre « A » l'appréciation de l'épisode, éventuellement son diagnostic précis. Rappelons qu'on a actuellement tendance à détailler le « S » en 3 composants: motifs de contact cités spontanément par le patient, anamnèse et procédures demandées.

7.2.1. quelques récits classiques

Une femme de 18 ans revient à votre cabinet. Elle veut faire retirer les ti fils de sutures posés suite à une plaie de la main droite. Elle se plaint aussi de somnolence qu'elle attribue aux comprimés d'antihistaminiques que vous lui avez prescrits pour sa rhinite spasmodique. Cette dernière la gêne beaucoup. A l'examen, vous trouvez un larmolement, une obstruction nasale avec sécrétion transparente et elle éternue plusieurs fois. Vous examinez aussi la plaie de la main droite. La guérison est parfaite. Vous enlevez les fils. Vous remplacez les comprimés d'antihistaminiques par du cromoglycate de sodium après lui avoir expliqué qu'il faut accepter un compromis entre l'efficacité du traitement et ses effets secondaires. De plus traiter de manière maximale la rhinite spasmodique peut entraîner un effet rebond.

S	P	A	P
S54	S31	S18	S54
A85		A85	A45
R97	R31	R97	R50

Une femme de 23 ans, dactylographe et joueuse de tennis passionnée se plaint de douleurs dans le coude gauche depuis une dizaine de jours.

Son problème principal est de ne pouvoir utiliser sa main gauche au tra-vail. A l'examen, vous constatez une douleur de l'épicondyle et des muscles qui vous

paraissent plus fermes que les autres. Vous diagnostiquez une tendinite du coude et vous infiltrez 1 ml de solution de corticoïdes loto dolenti.

S	P	A	P
L10/L28	L31	L93	L55

Vous faites une visite à domicile pour un enfant de sept ans. Il a présenté de la fièvre et un mal de gorge depuis trois jours. Depuis ce matin, il fait un rash. A l'examen, sa température est de 39.3 C et il présente un érythème finement granuleux de la face et du tronc. Les ganglions sous-maxillaires sont bien gonflés, la gorge est rouge brillant et il y a du pus sur les amygdales augmentées de volume. Vous diagnostiquez une scarlatine, prescrivez de la pénicilline et prévoyez de le revoir dans une semaine.

S	P	A	P
A03/R21/S07	R30	R72	R50/R63

Une femme de 34 ans vient vous consulter pour dysurie et pollakiurie. Par ailleurs, elle craint de souffrir d'hypertension. Il y a 50 à 60 globules blancs par champs dans l'urine fraîche collectée à mi-jet (il n'y a pas de plainte de vaginite). Vous prescrivez un antibiotique et vous organisez une analyse d'urine dans dix jours. A plusieurs reprises, vous trouvez avec étonnement une tension sanguine élevée à 17/10. Vous décidez de répéter la prise de tension dans dix jours lorsque la patiente reviendra pour son résultat d'analyse d'urine.

S	P	A	P
U01/UO2	U35	U71	U50/U33
K25	K31	K85	K63

Une femme de 25 ans, qui a déjà eu deux bébés, pense qu'elle pourrait être enceinte. Ses dernières règles datent de sept semaines. L'analyse d'urine réalisée à la consultation confirme le résultat de l'examen clinique. Elle est enceinte. Vous l'envoyez chez un obstétricien. Pendant que vous écrivez la lettre de référence, elle vous demande d'enlever une verrue devant l'oreille gauche. Vous avez le temps pour le faire et vous excisez la verrue. Un point de suture suffit à fermer la plaie et vous envoyez le prélèvement à un anatomo-pathologiste pour examen ultérieur.

S	P	A	P
W01/X05	W33	W78	W65
S52	S31	S82	S52/S37

Un homme de 52 ans se plaint de se sentir très fatigué et d'avoir envie de pleurer. Il admet se sentir déprimé, mais il s'est arrangé pour continuer son travail malgré tout. Cela lui est devenu incroyablement dur. Il se plaint aussi de ses conditions de travail. Celles-ci sont très mauvaises, surtout parce qu'il n'arrive pas à coopérer avec son patron. Vous trouvez que votre patient est vraiment très déprimé. Les réveils trop matinaux le perturbent et il est fatigué le matin. Ses activités habituelles l'intéressent de moins en moins. Il se sent inutile et inadéquat. Vous diagnostiquez une

dépression et vous proposez un traitement par antidépresseurs. Pendant le quart d'heure de la consultation, vous envisagez avec lui la nature de sa dépression et sa relation à ses conditions de travail. Vous donnez une ordonnance d'amitriptyline et rendez-vous est pris pour la semaine suivante.

S	P	A	P
A04/P03	P58	P76	P50/P63
Z05		Z05	Z58

Un homme de 42 ans a la sensation d'avoir les oreilles bouchées et présente depuis dix jours des douleurs de l'épaule droite. Il veut aussi faire vérifier sa tension artérielle. A l'examen vous trouvez dans les deux oreilles des bouchons de cérumen que vous enlevez. L'épaule droite est douloureuse, l'abduction et la rotation externe sont limitées. Il y a une sensibilité douloureuse locale. Vous injectez des corticoïdes en expliquant au patient qu'il présente une « épaule gelée ». La tension artérielle est élevée à 170/105 et vous conseillez au patient de revenir dans dix jours pour le réexaminer.

S	P	A	P
H13	H31	H81	H51
K31	K31	K85	K63
L08	L31	L92	L55/L45

Votre patient revient comme convenu pour son épaule. Il voudrait un analgésique simple. En effet, la douleur de l'épaule est moins forte, mais cela le gêne pendant la nuit. Il veut à nouveau faire vérifier sa tension artérielle. A l'examen, les mouvements de l'épaule droite ne sont pratiquement plus limités et vous prescrivez deux comprimés de paracétamol pour la nuit. La tension artérielle est vraiment trop élevée, 180/110 par deux fois. Vous faites un examen clinique partiel, mais vous ne trouvez rien d'autre. Il n'y a pas d'obésité et l'hypertension ne paraît pas avoir eu de répercussion sur le cœur, les reins, le cerveau ou les yeux. Vous demandez un ECG et quelques analyses de sang. Vous expliquez au patient qu'il souffre d'hypertension et vous le mettez au régime sans sel pendant deux semaines. Lorsqu'il reviendra pour les résultats d'analyse, vous reprendrez sa tension et déciderez de l'opportunité d'un traitement médicamenteux. Vous demandez au patient de revenir dans deux semaines.

S	P	A	P
L63/L50	L31	L92	L50
K63	K31	K86	K34/K42/K50/K45/K63

Votre patient revient pour son « hypertension ». Il se sent bien. Il se plaint d'avoir le nez rouge et douloureux depuis deux jours. Vous trouvez une tension artérielle à 180/105. Le patient devra prendre des diurétiques et revenir dans un mois. Il y a un petit furoncle dans la narine. Vous incisez et faites évacuer le pus. Vous prescrivez une pommade antiseptique.

S	P	A	P
K63/K86	K31	K86	K50/K63
R08	R31	R73	R51/R50

7.2.2. DEUX APPROCHES COMPLEXES

On trouvera ci-dessous deux descriptions de consultations caractéristiques de la médecine de famille ainsi que des propositions de codage pour ces situations parfois complexes. Rappelons qu'on ne tente pas de coder le patient et de parcelliser ses problèmes. Il s'agit de pouvoir explorer le produit de la rencontre avec le dispensateur de façon à comprendre, analyser et introduire des processus de développement de la qualité dans la production de biens médicaux dont la consultation est l'origine.

Dans les consultations décrites ci-dessous⁷¹ très caractéristiques de l'exercice de la médecine générale/de famille, une série de problématiques coexistent pour le praticien qui tente une approche globale. Chacune représentera une façon différente d'entrer dans le système de distribution des soins.

L'orientation de la consultation dépendra tout autant de la personnalité et de la formation du médecin, de sa connaissance préalable du patient ainsi que de son intérêt pour tel ou tel domaine que de la gravité réelle de la situation. Des plaintes du type de celles présentées à la première consultation pourront déboucher sur une écoute et des conseils, sur un scanner lombaire ou sur une hospitalisation avec biopsie hépatique. Les initiatives du praticien sont indiquées dans la CISP par le code -64 accolé à la lettre du chapitre correspondant.

Il a mal au dos et sa jambe lui fait mal. Pré-pensionné, il s'ennuie dans sa maison avec sa femme malade et il boit.

Les différentes possibilités de codage sont envisagées ci-dessous de façon non exhaustive :

- S L02 Sympt/plaintes dos
- L14 Sympt/plaintes jambe cuisse
- A L86 Lésion discale/Irradiation

En fonction de l'attitude du médecin généraliste (-64 problème induit par le praticien), considérer :

- S Z64 ou P64
- A Z06 Probl de chômage
- P03 Sensation de dépression
- Z14 Probl avec maladie conjoint
- P15 Alcoolisme

L'exercice est le même pour la description suivante. Quatre types de problèmes y sont envisagés. Le patient apporte sa douleur (problème 1) derrière laquelle il s'interroge sur le plan sexuel (problème 2). Le médecin prend l'initiative de mesurer la pression artérielle

(problème 3). 11 a par ailleurs des problèmes d'assurabilité et peut-être d'accessibilité aux soins de santé (problème 4).

La quarantaine bien portée. Indépendant et fort en gueule : « Moi, je ne suis jamais malade..., alors quand j'ai quelque chose ... ». Il n'est pas en ordre de cotisation à la sécu. Une gêne douloureuse lombaire gauche irradiée vers les organes génitaux l'inquiète. La palpation est difficile dans les bourrelets graisseux. Une infection urinaire est probable. De fil en aiguille et cachant son stress derrière une fausse assurance, il me pose des questions de « normalité ». Est-il normal à son âge de n'avoir ni érection ni envie ? Sa tension est élevée.

Voici le codage qui peut être proposé et, placés entre parenthèses, quelques exemples des interventions et diagnostics que le déroulement de la consultation pourrait suggérer :

► Problème 1

- S LO5 Sympt plaintes flanc
D06 Autre douleur abdo localisée

- A U71 Cystite/Autre infect urinaire NCA

- P A31 Ex médic/Bilan santé partiel
(U33 Ex microbiol/immunologique)
(U50 Médication/Prescription/Injection)

► Problème 2

- S P07 Inhibition/Perte désir sexuel
P08 Inhibition/Perte accompl sexuel

- A (P25 Problème de phase de vie adulte)
(Z13 Probl du comportement conjoint)
(Z14 Probl avec maladie conjoint)
(Z15 Perte ou décès du conjoint)
(P76 Trouble dépressif)
(P07 Inhibition/Perte désir sexuel)
(P08 Inhibition/Perte accompl sexuel)
(T99 Autres mal endocr nutrit métab)

- P (P45 Recommand/Educ santé/Avis/Régime)
(P58 Conseil therap/Ecoute/Psychoth)
(P67 Référence au psychiatre)

► Problème 3

- S K64 Episode nouv/en cours init dispens

- A K85 Pression élevée

- P K31 Ex médic/Bilan santé partiel
(K45 Recommand/Educ santé/Avis/Régime)

► Problème 4

- S Z08 Probl assurance/sécurité sociale
- A (Z08 Probl assurance/sécurité sociale)
(Z10 Probl accessibilité aux soins de santé)
- P (Z46 Coordination avec assistante sociale)

7.2.3. Règles particulières pour A97 (pas de maladie) et A98 (épisode préventif)

Si le médecin, à la fin d'un processus diagnostique, ne peut identifier de problème de santé, il utilise le code A97 (pas de maladie) pour identifier l'épisode. De même, si à l'issue d'une série de consultations, aucun processus morbide n'a pu être mis en évidence pour expliquer les plaintes, le médecin aura également l'opportunité d'utiliser le code A97. Cette condition est certainement moins fréquente du point de vue du patient que de celui du dispensateur: il est en effet difficile d'imaginer qu'un patient qui consulte un médecin ne se sente pas, d'une quelconque manière, atteint de quelque chose qui a à voir avec la maladie. On touche là tout le domaine de la prévention quaternaire qui a été développé plus haut.

Un patient consulte en demande d'un examen complet de check-up, gi craignant d'être atteint d'une maladie pauci-symptomatique qu'il ne peut définir. L'examen clinique est strictement normal, et le médecin prescrit une prise de sang limitée pour le réassurer complètement, après lui avoir expliqué longuement le sens de sa démarche. Une nouvelle consultation est convenue pour dans deux semaines.

S	P	A	P
A30/A27	A30	A97	A54/A34/A63

Il est évident que le codage dépend du médecin et de son type de pratique: P01 (état d'anxiété) ou A98 (épisode préventif, en l'occurrence de type quaternaire) auraient également pu étiqueter l'épisode considéré.

Par ailleurs, il y a nécessité d'identifier le plus complètement possible toute l'activité d'organisation de la prévention. Ainsi la demande d'un patient qui se présente pour un conseil à propos des MST pourra être codée X45 ou Y45 selon son sexe. Le conseil donné se notera X45 ou Y45. Et l'épisode, où aucune maladie n'a pu être diagnostiquée, sera identifié A98 épisode préventif. En l'espèce, il s'agit de prévention primaire. Une rencontre pour un examen gynécologique convenu entre une patiente et son médecin (X63) donnera lieu à un frottis de dépistage du col (X37) et l'épisode sera identifié A98 (épisode préventif, de type secondaire dans ce cas).

8. Critiques et autocritiques

La terminologie que nous présentons et qui forme la base de ce livre est un repère ponctuel dans un long cheminement conceptuel. Elle est à prendre comme telle, résultat optimal en l'état actuel de nos connaissances, des outils préexistants (la CISP et le « Multi Language Layer »), des besoins cliniques et thérapeutiques, et de la nécessité d'une compatibilité internationale, intra- et inter-utilisateurs. Sa visée est essentiellement opérationnelle avec toute la réduction de la réalité que cette démarche pragmatique entraîne.

Au début de ce siècle, Karl Popper disait déjà : « Je conçois les théories scientifiques comme autant d'inventions humaines, comme des filets destinés à capturer le monde ... Ces théories ne sont jamais des instruments parfaits. Ce sont des filets rationnels, créés par nous, et elles ne doivent pas être confondues avec une représentation complète de tous les aspects du monde réel, pas même si elles sont très réussies, pas même si elles semblent donner d'excellentes approximations de la réalité ». C'est de cette modeste façon que nous voudrions définir notre outil : un essai de description systématisé de ce qui amène un patient à consulter son médecin de famille, de la boîte noire que constitue leur rencontre et de ce qui peut en sortir, sans pour autant pénétrer la nature profonde de ces éléments relatifs à l'humain et à la communication autant qu'à la science positive.

Le concept d'optimalité (le mieux avec les moyens dont on dispose) se relie à celui de relativité, et les critiques (positives et négatives) que l'on peut porter sur notre thesaurus sont nombreuses, découlant souvent d'ailleurs de sa nature classificatoire, témoin d'un certain paradigme. Nous les assumons pleinement et désirons même les porter à la discussion et à la confrontation .

8.1. Les paradigmes scientifiques et le paradigme classificatoire

La médecine a toujours été une science hybride, mélangeant exactitude et humanité, avec le dessein d'un mélange parfait de ces deux ingrédients ressentis comme antagonistes. Le problème difficilement soluble est : « Comment utiliser le modèle scientifique classique en tenant compte de la spécificité de l'homme comme objet d'étude ? Comment déterminer cet objet à travers sa construction et sa délimitation ? ». Des réponses satisfaisantes n'existent que depuis peu, hypothétiques mais heuristiques, solides mais partielles. C'est tout l'intérêt d'une approche telle celle de l'anthropologie clinique de Jean Gagnepain⁷⁴.

Kuhn⁷⁵ a montré que l'on peut se placer sous deux angles différents pour décrire l'histoire de la pensée scientifique. Le premier s'intéresse au contenu des inventions et examine la manière dont les découvertes se succèdent dans un processus d'accumulation progressive. Le second s'interroge sur l'activité de recherche elle-même et la façon dont elle se développe. Dans cette perspective, le développement de la science apparaît comme un processus discontinu consistant à remplacer un paradigme considéré comme dominant par un nouveau radicalement inconciliable avec le premier.

Dans « Les Mots et les Choses⁷⁶ » Foucault démontre comment aux 17^e et 18^e siècles, la grille du savoir, c'est l'histoire naturelle. Il faut voir, analyser, pour décrire la chose. On enlève la fable et la légende, archétypes de la connaissance antérieure. On « purifie ». On épingle et on décrit à travers la structure. C'est l'entomologie de Linné et l' « Histoire Naturelle » de Buffon. On met de l'ordre dans les vivants à travers le système et la méthode. Cette forme de savoir va donner des écrits, des archives, l'idée de classement, d'organisation dans les bibliothèques. On crée les catalogues, les répertoires, les inventaires. Et c'est cet ordre-là, « classer », qui sera légué au 19^e, puis à notre 20^e siècle. Le savoir des 17^e et 18^e siècles, à travers l'histoire naturelle, se fait également par la nomination du visible. Il y a le privilège de la vue avec les instruments d'optique comme le microscope. Observer, c'est se contenter de voir. L'histoire naturelle est aussi une science, donc une langue, à travers la mathésis de l'ordre qui décrit le visible. Classer et parler partent du même processus de représentation.

C'est au 19^e siècle qu'on aborde la vie comme objet de connaissance et à ce moment, le classement sera continué par l'anatomie comme processus de savoir. La structure épinglée des insectes de Linné laisse la place à l'étude de l'organisme. Ainsi, au 19^e siècle, le savoir devient la connaissance de l'homme. L'homme est l'objet, le fondement de tout savoir, ce qui entraîne des difficultés car, du fait de sa position comme objet et sujet de sa propre connaissance, on assiste au morcellement du champ du savoir si cohérent à l'époque classique. Il s'agit donc, on le voit bien, d'analyse qualitative (classer) et quantitative (mathématiques).

La modernité est aussi caractérisée par une vision mécaniste du monde à laquelle Descartes est à jamais associé. Le monde devient analogue à une mécanique d'horlogerie. La nature n'est plus contemplée de l'extérieur mais devient quelque chose que l'on utilise. Comme la théorie a pour effet la maîtrise, il y a un nouveau rapport à la nature. Dans ce sens on peut dire que la science contemporaine (de même d'ailleurs que la psychologie scientifique) reste une techno-science. L'objet de cette

88 science sera l'homme mais avant de devenir objet scientifique, il doit être « modélisé » c'est à dire devenir objet technique. Dans ce sens du terme scientifique, on ne peut élaborer un discours sur l'homme qui ne soit « construit ». Le critère de vérité est l'expérimentation. C'est le règne du pragmatisme scientifique.

Ainsi la science moderne apparaît comme une théorie de la machine et le scientifique moderne un ingénieur. On peut rappeler ici l'idée exposée dans l'« Homme-Machine » de La Mettrie. La notion d'organisation et l'anatomie comparée guideront durant les 18^e et 19^e siècles l'introduction du corps humain dans la biologie, et l'assimilation de la nature humaine dans un nouveau paradigme incluant la comparaison à l'animal.

Il n'y pas longtemps que les concepts de chaos et de complexité se sont imposés en science à côté de ceux d'ordre et de simplicité. Et effectivement « les choses ne sont pas aussi simples », l'homme non plus devrait-on ajouter. Mais notre modèle médical prééminent, paradigme dominant du 20^e siècle, concrétisé par l'hospitalo-centrisme, est encore celui des siècles passés : cartésianisme, rationalisme, linéarité causale, mécanisme, positivisme, réductionnisme, vision et description ... probablement en raison des grands succès de celui-ci par rapport à l'ancien paradigme obscurantiste et théocentrique du Moyen-Age, sur le plan explicatif et sur le plan de l'efficacité pragmatique.

Ce modèle montre cependant partout ses limites et parfois ses échecs, ne fût-ce que sur le plan économique, par négligence de l'homme sujet. Le modèle CISP est bien entendu l'héritier du paradigme dominant notamment dans son aspect classificatoire. Mais son centrage permanent sur le malade plutôt que sur le médecin, sur le problème plutôt que sur le diagnostic, sur l'opérationnalité plutôt que sur la connaissance, sur le sujet plutôt que sur l'objet, sur l'écouter autant que sur le voir, sur la globalité plutôt que sur le découpage, ... en font une ébauche d'outil d'un nouveau paradigme de la médecine, holistique, simultanément science exacte et science humaine, qui essaierait d'échapper à une biologie univoquement rationnelle basée sur la simple description analytique.

8.2. le normal et le pathologique

Le pathologique est la condition incontournable de l'explication du normal. Dans ces conditions, la clinique a un statut expérimental autant que thérapeutique. Cette clinique expérimentale concerne principalement mais pas uniquement la pathologie des fonctions dites supérieures de l'homme. Dans sa condition expérimentale, notre clinique du

quotidien, à visée thérapeutique, permet d'identifier, c'est à dire de déconstruire, ce qui chez le normal résiste à l'analyse pathologique classique, et fournit ainsi l'opportunité de constituer un modèle heuristique du normal, grâce aux dissociations qu'elle permet d'expérimenter. C'est en quelque sorte l'extension du principe cher à Sigmund Freud d'un éclairage de la structure, cachée comme telle, du normal par le biais du pathologique : la « patho-analyse⁷⁷ ».

La «biologie» freudienne ne se ramène pas seulement à l'anatomie, mais elle se centre sur l'analyse (la psychanalyse pour les fonctions supérieures et les problèmes de santé mentale) où l'étude de la fonction sera dépassée par l'étude de la personnalité profonde du sujet liée à son histoire. C'est cette même théorie de la démarche clinique, thérapeutique et expérimentale, qui nous guide souvent, sans le savoir, dans les tentatives de résolution des problèmes pathologiques complexes en éclairant du même coup d'une nouvelle lumière l'état de normalité. Le pathologique révèle la structure ou la problématique humaine du normal (la patho-analyse). Même en dehors des processus psychiques, le symptôme n'a pas nécessairement sa source au lieu de sa manifestation, dans une visée éventuellement compensatoire, et qui peut nous devenir explicative.

On s'attachera à comprendre les troubles de l'analyse effectuée par les aphasiques et qui régissent leur langage plutôt que de décrire la fonction de celui-ci en comparant inévitablement avec les productions normales. Les mots des aphasiques ne sont pas aléatoires, ils ont une cohérence qui révèle un principe d'analyse encore possible, même s'ils sont l'expression de l'altération de la capacité de langage. C'est l'examen minutieux des signes du dysfonctionnement thyroïdien qui permet le mieux d'appréhender la fonction thyroïdienne normale, d'habitude occultée justement par sa normalité, tout comme l'insuffisance cardiaque éclaire l'activité du cœur physiologique.

La logique causaliste qui relie le symptôme au diagnostic selon la séquence cause -, effet exploitée dans les sciences exactes (dont la biologie) échoue dans les sciences humaines, justement à cause de l'addition d'humanité. « La main de l'homme n'est pas une patte », disait Jean Gagne-pain, le concepteur de l'anthropologie clinique, et Karl Marx : « Une

araignée fait des opérations qui ressemblent à celles du tisserand, et l'abeille confond par la structure de ses cellules de cire, mainte habile architecture. Mais ce qui distingue dès l'abord le plus mauvais architecte de l'abeille la plus experte, c'est qu'il a construit la cellule dans sa tête avant de la construire dans la ruche ».

La médecine est à la fois une science exacte et une science humaine. Son objet d'étude ne relève donc pas seulement des causalités linéaires explicatives des modèles biologiques, mais aussi des relations dialectiques explicatives des modèles humains : science et conscience, animalité et humanité, soma et psyché, et ... normal et pathologique, où le pathologique n'est pas seulement le mauvais envers du normal. L' « anormalité » fait partie de l'homme autant que sa normalité, et nous sommes convaincus qu'une meilleure compréhension globale des processus pathologiques par l'activité clinique du quotidien permet par sa dimension expérimentale d'améliorer le versant thérapeutique et de concevoir des stratégies mieux adaptées. On retrouve là la conception dynamique de la maladie qui caractérisait la médecine grecque, et qui relativise, par exemple, la notion de co-morbidité, un concept qui, surtout en santé mentale, tend à effacer tout le réaménagement, toute la réorganisation physique et psychique du sujet en souffrance.

La CISP, qui réduit le normal à un item (A97 pas de maladie) et le pathologique à quelques 700 autres, ne permet évidemment pas d'aborder et encore moins de solutionner ces développements conceptuels. Mais ce n'est pas son but qui est de constituer une classification valide, simple et reproductible. Le mirage consisterait à imaginer qu'on peut décrire l'homme sain et malade en une lettre et deux chiffres, encodés dans un ordinateur. Comme le souligne Henri Decaevel, généraliste et psychanalyste à Tournai « Le problème n'est pas de vouloir mettre l'homme dans un ordinateur, le problème, c'est de croire qu'on peut le faire ». Si l'on s'abstient de ce genre de dérapage, notre outil se révèle utile dans la compréhension partielle de l'homme qui souffre.

8.3. Le catégoriel et le dimensionnel

« Normal » est l'exemple même du mot polysémique, porteur de sens divers, signifiants et signifiés, se rapportant à des systèmes de pensée et de conceptualisation différents, parfois antagonistes. Est normal ce qui sert de règle, de modèle, d'unité, de point de comparaison. Ce peut être aussi le plus fréquent, ou celui qui possède la valeur (quantitative) moyenne. Ce dernier sens se rapproche du terme statistique « normal » ou « gaussien », qui caractérise la dispersion habituelle des éléments de la vie, c'est à dire une distribution en cloche avec une valeur moyenne. Mais où est la vraie « normale » : toute la fonction (toute la population) ou la valeur moyenne (quelques individus) ?

On rejoint de cette manière l'acception la plus courante : dépourvu de tout caractère exceptionnel, qui est conforme au type le plus fréquent. C'est là un des fondements du paradigme de notre médecine scientifique, qui distingue deux espèces de personnes : les malades et les bien portantes, ces dernières étant « normales ». Son objectif premier est donc de faire glisser les malades dans la catégorie des bien portants, en présupposant que ceux-ci forment une catégorie distincte et bien individualisable, les malades en formant une autre, formée elle-même de sous-catégories distinctes et bien individualisables, les maladies. La réalité est probablement beaucoup moins simple et moins réductrice. « Le plus malade n'est pas toujours celui qu'on croit », « On est toujours malade aux yeux des bien portants », « On est toujours bien portant aux yeux d'un plus malade que soi », « On n'est

jamais tout à fait malade ou tout à fait bien portant », « Tout bien portant est un malade qui s'ignore »

Le but d'une classification est évidemment de construire des catégories, dans lesquelles on peut ranger les patients. Les catégories de la CISP se définissent par 1 lettre, 2 chiffres et un intitulé. Chacun fait ou non partie de chaque catégorie : le choix est simple, dichotomique, binaire, c'est oui ou c'est non. On est fatigué ou pas, déprimé ou pas, atteint d'une maladie de Crôhn ou pas, avec un problème de chômage ou pas, ... mort ou vivant.

Une première difficulté provient de la brièveté de l'intitulé ; ceux de la nomenclature abrégée ne comprennent d'ailleurs que 34 caractères. Devant la variabilité de l'humain et de l'expression de sa souffrance, les codages de différents codeurs risquent bien d'être fort différents pour une même situation clinique (validité externe). Des solutions partielles existent cependant : d'une part une formation rigoureuse à l'utilisation de la CISP (voir plus haut), d'autre part l'élaboration de définitions, et de critères d'inclusion et d'exclusion qui constitueront la grande nouveauté de la CISP 2, et qui amélioreront non seulement la validité externe mais aussi la validité interne de l'outil (l'intitulé correspond-il bien à l'entité clinique ?).

La deuxième difficulté est, elle, liée à la nature même de toute classification, qui opère par ruptures qualitatives, et gomme du même coup toutes les dimensions du continuum humain. C'est évidemment un critère en plus ou en moins qui fait la différence entre un rhumatisme articulaire aigu et une polyarthrite non précisée (critères de Jones), entre une dépression et une simple réaction de deuil (critères du DSM IV/79 ou échelle de Hamilton), entre une migraine vraie et une céphalée de tension (critères de l'International Headache Society⁵), mais cela concerne la maladie, pas le malade. Il ne s'agit donc que d'une difficulté, pas d'un défaut, si le classificateur sait de quoi et de qui il parle. La CISP convient probablement mieux que la CIM pour aborder le malade plutôt que la maladie, mais sa nature classificatoire limite son utilisation à une suite de coupures dans la globalité et la continuité, néanmoins fort utiles pour leur description. A nouveau le souci est opératoire : il faut parler la même langue pour décrire, définir et communiquer. La CISP ne se présente que comme un langage commun, fait de signes standardisés, à usage communicationnel pour les médecins généralistes de famille, mais c'est sans doute le premier outil du genre, et c'est déjà là un apport considérable.

9. la nomenclature en 34 caractères de la CISP

Nous republions ci-dessous une version actualisée de la nomenclature abrégée de la CISP en 34 caractères qui a paru en 1993 dans l'ouvrage « The International Classification of Primary Care in the European Community¹⁰ ». Elle figure aussi sur la disquette qui accompagne l'ouvrage en présentation informatisée multilingue (Multi-Language Layer).

Cette version, initialement traduite par Marc Jamouille, a été revue par des médecins généralistes Français, Québécois et Belges afin d'harmoniser la traduction des titres des rubriques selon les acceptions généralement en cours dans leur pays respectif. Cette révision a eu lieu à l'issue du Séminaire International Francophone sur la CISP tenu à Bruxelles les 9 et 10 octobre 1991 à l'initiative de la Fédération des Maisons Médicales.

Les médecins de famille suivants ont participé à cette mise à jour :

Québec:	André Munger, Michel Labrecque, Marie-Dominique Beaulieu, Jean Rodrigue, Yves Lambert, Serge Gingras
France:	François Mennerat, Pierre Archambault
Belgique:	Michel Roland, Marc Jamouille, Dominique Pestiaux

Les modifications que nous y avons apportées sont minimes et concernent les item -63 et A98. Cette dernière est reprise sur le tryptique plastifié inséré dans le présent livre, pouvant servir d'outil de travail et de codage au quotidien.

une voix dans l'air
A 83 m de hauteur
de main en - rfrans
1. l'homme...

070/482.0428
7807/7852/Yva



Dessin de Guy Barbier

Ecouter et Quantifier?

Principales abréviations:

Acc	Accouchement
Anal	Analyse
Attr	Attribué
CE	Corps Etranger
Corr	Correct
IMC	Index de masse corporelle
Mit	A l'initiative de
Mal	Maladie
NCA	Non classé ailleurs
NP	Non précisé
Pr	Problème
SF	Sauf
SS	Sans
SSP	Soins de santé primaires

PROCEDURES

- 30 Ex médic/Bilan santé détaillé
- 31 Ex médic/Bilan santé partiel
- 32 Test de sensibilité
- 33 Ex microbiol/immunologique
- 34 Autre analyse de sang
- 35 Autre analyse d'urine
- 36 Autre analyse de selles
- 37 Cytologie/histologie
- 38 Autre analyse de laboratoire NP
- 39 Epreuve fonctionnelle
- 40 Endoscopie
- 41 Radiologie diagnostique/Imagerie
- 42 Tracés électriques
- 43 Autres procédures diagnostiques
- 44 Vaccination/Médication prévent
- 45 Recommand/Educ santé/Avis/Régime
- 46 Discussion entre dispensateurs SSP
- 47 Discussions dispensateur/spécialiste
- 49 Autres procédures préventives
- 50 Médication/Prescription/Injection
- 51 Incision/Drainage/Aspiration
- 52 Excision/Biopsie/Cautér/Débrid
- 53 Perfusion/Intub/Dilat/Appar
- 54 Répar/Fixat/Sut/Plâtre/Proth
- 55 Traitement local/Infiltration
- 56 Pansement/Compression / Bandage
- 57 Thérapie manuelle/Méd Physique
- 58 Conseil therap/Ecoute/Psychoth
- 59 Autre procédure thérapeutique
- 60 Résultats analyses/examens
- 61 Résultats ex/procéd autre dispens
- 62 Contact administratif
- 63 Contact programmé
- 64 Episode nouv/en cours finit dispens
- 65 Episode nouv/en cours Mit tiers
- 66 Référence à dispens SSP (SF -67)
- 67 Référence à médecin
- 68 Autre référence NP
- 69 Autres motifs de contact

A - GENERAL

A01	Douleur généralisée	
A02	Frissons	
A03	Fièvre	
A04	Faiblesse généralisée/Fatigue	
A05	Détérioration état général	
A06	Evanouissement/Syncope	
A07	Coma	
A08	Gonflement (SF K07)	
A09	Transpiration/sudation	
A10	Saignement de site NP	
A12	Allergie/Réaction allergique NP	
A13	Préoccupé par réaction médicament	
A14	Colique du nourrisson	
A15	Pleurs excessifs du nourrisson	
A16	Nourrisson irritable	
A17	Autres sympt génér nourrisson	
A20	Demande euthanasie/Discussion	
A25	Peur de la mort	
A26	Peur du cancer NP	
A27	Peur autre maladie NP NCA	
A28	Fonction limitée/Invalidité NP	
A29	Autres sympt/plaintes généraux	
A70	Tuberculose généralisée (SF R70)	
A71	Rougeole	
A72	Varicelle	
A73	Paludisme	
A74	Rubéole	
A75	Mononucléose infectieuse	
A76	Autre virose avec exanthème	
A77	Autre virose NP	
A78	Autre maladie infectieuse NP	
A79	Carcinomatose (Site prim inconnu)	
A80	Accident/Trauma NP	
A81	Polytraumatisme/Lésion interne	
A82	Effet tardif d'un traumatisme	
A84	Intoxication par subst médicinale	
A85	Effet second subst méd dose corr	
A86	Effet toxique autres substances	
A87	Complic traitement méd/chir	
A88	Effet second fact phys (SF H85)	
A89	Effet secondaire prothèse	
A90	Anomalies congénitales multiples	
A91	Investigation résultat anormal NP A92	Toxoplasmose
A93	Prématurité/Immaturité nouveau-né	
A94	Toute autre morbidité périnatale	
A95	Mortalité périnatale	
A96	Mort (SF périnatale)	
A97	Pas de maladie	
A98	Episode préventif	
A99	Autre maladie généralisée NP	

B - SANG, SYSTEME HEMATOPOIETIQUE, LYMPHATIQUE RATE

- B02 Ganglion(s) lymph augmenté(s)
- B03 Autre sympt ganglion(s) lymph
- B04 Autres sympt sang/organes lymph
- B25 Peur du SIDA
- B26 Peur cancer du sang/organes lymph
- 527 Peur autre maladie sang/lymph
- B28 Fonction limitée/Invalidité
- B29 Autre sympt sang/rate NP
- B70 Lymphangite aiguë
- B71 Lymphangite chron non spécifique
- B72 Maladie de Hodgkin
- B73 Leucémie
- B74 Autres tumeurs malignes
- B75 Tumeur bénigne NP
- B76 Rupture de la rate
- B77 Autres lésions traumatiques
- B78 Anémies hémolytiques héréditaires
- B79 Autres anomalies congénitales
- B80 Anémie par carence en fer
- B81 Anémie pernicieuse/défic folate
- B82 Autre anémie NP
- 883 Purpura/Défaut coag/Plaq anorm
- B84 Globules blancs anormaux
- B85 Analyse sang anorm inexpliquée
- B86 Autre anomalie hématologique
- B87 Splénomégalie
- B90 Infection HIV (SIDA et associée)
- B99 Autre trouble sang/lymph/rate

D - DIGESTIF

- D01 Douleur/Crampes abdom génér
- D02 Douleur estomac
- D03 Brûlant/Brûlement/Brûlures
- D04 Douleur anale/rectale
- D05 Prurit périanal
- D06 Autre douleur abdom localisée
- D08 Flatulence/Eructation/Gaz
- 009 Nausée
- D10 Vomissements
- D11 Diarrhée
- D12 Constipation
- D13 Jaunisse
- D14 Hématémèse/Vomissement de sang
- D15 Melaena/Selles noires
- 016 Saignement rectal
- D17 Incontinence fécale
- 018 Modific selles/mouvement intest
- D19 Sympt plaintes/dents/gencives
- D20 Sympt bouche/langue/lèvres
- D21 Problème de déglutition
- D22 Vers/Oxyures/Autres parasites
- D24 Masse abdominale NP
- D25 Changement vol abdom/distension
- D26 Peur du cancer du syst digestif
- D27 Peur autre maladie digestive
- D28 Fonct limitée/Invalidité syst dig
- D29 Autre sympt plainte digestive
- 070 Diarrhée infectieuse/Dysenterie
- 071 Oreillons
- D72 Hépatite infectieuse
- D73 Autres infections présumées digest
- D74 Cancer de l'estomac
- D75 Cancer du côlon/rectum
- D76 Cancer du pancréas
- D77 Autre tumeur maligne NP
- D78 Tumeur bénigne
- D79 Pénétration CE orifice digestif
- D80 Autres lésions trauma syst dig
- D81 Anomal congén syst dig
- D82 Maladie des dents/gencives
- D83 Maladie bouche/langue/lèvres
- D84 Maladie de l'oesophage
- D85 Ulcère duodéal
- D86 Autre ulcère peptique
- D87 Trouble de la fonction gastrique
- D88 Appendicite
- D89 Hernie inguinale
- D90 Hernie hiatale/diaphragmatique
- D91 Autre hernie abdominale
- D92 Maladie diverticulaire intest
- D93 Syndrome du côlon irritable
- D94 Entérite chr/Colite ulcéreuse

- D95 Fissure anale/Abcès périnéal
- D96 Hépatomégalie
- D97 Cirrhoses/Autres maladies du foie
- D98 Cholécystite/Cholélithiase
- D99 Autres maladies syst digestif

F - OEIL

- F01 Douleur de l'oeil
- F02 Oeil rouge
- F03 Ecoulement de l'oeil
- F04 Points noirs/Taches
- F05 Autres sympt vision (SF F94)
- F13 Sensation anormale oeil
- F14 Mouvements anormaux oeil
- F15 Apparence anormale oeil
- F16 Sympt plaintes paupières
- F17 Sympt plaintes lunettes
- F18 Sympt plaintes verres de contact
- F27 Peur maladie de l'oeil
- F28 Fonction limitée/Invalidité
- F29 Autres sympt plaintes oeil
- F70 Conjonctivite infectieuse
- F71 Conjonctivite allergique
- F72 Blépharite/Orgelet/Chalazion
- F73 Autre inf/Inflam oeil(SF Herpes)
- F74 Tumeur oeil/annexes
- F75 Contusion/Hémorragie oeil
- F76 Corps étranger dans l'oeil
- F79 Autres lésions trauma oeil
- F80 Sténose canal lacrymal enfant
- F81 Autre anomalie congénitale oeil
- F82 Décollement de la rétine
- F83 Rétinopathie
- F84 Dégénérescence maculaire
- F85 Ulcère de la cornée (et Herpès)
- F86 Trachome
- F91 Erreur de réfraction
- F92 Cataracte
- F93 Glaucome
- F94 Cécité tous degrés/types
- F95 Strabisme
- F99 Autres maladies oeil

H - OREILLE

H01	Douleur d'oreille
H02	Plaintes auditives (SF H84-86)
H03	Bourdonnement/Sifflement/Acouph
H04	Ecoulement oreille
H05	Ecoulement sang dans/de l'oreille
H13	Sensation oreille bouchée
H15	Préoccupé par apparence oreille
H27	Peur maladie oreille
H28	Fonct limitée/Invalidité
H29	Autre sympt plaintes oreille
H70	Otite externe
H71	Otite moyenne aiguë/Myringite
H72	Otite moyenne séreuse
H73	Catarrhe/Dysfonction tubaire
H74	Otite moyenne chron/Autre infect
H75	Tumeur de l'oreille
H76	Corps étranger dans l'oreille
H77	Perforation tympan
H78	Traumatisme superficiel oreille
H79	Autres lésions trauma oreilles
H80	Anomalie congénitale oreille
H81	Excès de cérumen
H82	Syndromes vertigineux
H83	Otosclérose
H84	Presbyacousie
H85	Traumatisme acoustique
H86	Surdité tous degrés NP
I-199	Autres maladies oreille/Mastoïde

K - Circulatoire

- K01 Douleur attribuée au coeur
- K02 Oppression/Constr attr au coeur
- K03 Autre douleur attrib circulation
- K04 Palpitations/Percept batt card
- K05 Autre batt/Poul anorm/Irrég
- K06 Veines saillantes
- K07 Cheville enflée/Oedème
- K24 Peur d'avoir une crise cardiaque
- K25 Peur de l'hypertension
- K27 Peur autre maladie circulation
- K28 Fonct limitée/Invalidité
- K29 Autre sympt syst circul K70 Maladie infectieuse syst circul
- K71 RAA/Cardiopathie rhum chron
- K72 Tumeur syst circulatoire
- K73 Anomalie congén coeur/circul
- K74 Angine de poitrine
- K75 Infarctus myocardique aigu
- K76 Autre cardiopat chron ischémique
- K77 Décompensation cardiaque
- K78 Fibrillation auriculaire/Flutter
- K79 Tachycardie paroxystique
- K80 Extrasystoles/tous types
- K81 Souffle cardiaque NP
- K82 Coeur pulmonaire chronique
- K83 Maladie valvul card non rhum NP
- K84 Autres maladies cardiaques
- K85 Pression élevée (SF K86 K87)
- K86 Hypertension non compliquée
- K87 Hypertension avec réperc org cible
- K88 Hypotension posturale
- K89 Ischémie cérébrale transitoire
- K90 Accident vasculaire cérébral
- K91 Athérosclérose SF coeur/cerveau
- K92 Autre obstr artér/Artérite périp
- K93 Embolie pulmonaire
- K94 Phlébite/Thrombophlébite
- K95 Varices des jambes (SF S97)
- K96 Hémorroïdes
- K99 Autres maladies syst circ

L - OSTEO-ARTICULAIRE

- L01 Sympt plaintes cou (SF céphalées)
- L02 Sympt plaintes dos
- L03 Plaintes lombaires SS irradiation
- L04 Sympt plaintes thorax
- L05 Sympt plaintes flanc
- L06 Sympt plaintes aisselle
- L07 Sympt plaintes mâchoire
- L08 Sympt plaintes épaule
- L09 Sympt plaintes bras
- L10 Sympt plaintes coude
- L11 Sympt plaintes poignet
- L12 Sympt plaintes main/doigt
- L13 Sympt plaintes hanche
- L14 Sympt plaintes jambe/cuisse
- L15 Sympt plaintes genou
- L16 Sympt plaintes cheville
- L17 Sympt plaintes pied/orteil
- L18 Douleur musculaire
- L19 Autre sympt plusieurs muscles NP
- L20 Sympt plusieurs articulations NP
- L26 Peur cancer ostéo-articulaire
- L27 Peur autre maladie ostéo-artic
- L28 Fonction limitée/Invalidité
- L29 Autres sympt ostéo-articulaires
- L70 Infection ostéo-articulaire
- L71 Tumeur ostéo-articulaire
- L72 Fracture radius/cubitus
- L73 Fracture tibia/péroné
- L74 Fracture main/pied
- L75 Fracture fémur
- L76 Autre fracture
- L77 Entorse/Gonflement cheville(s)
- L78 Entorse/Gonflement genou(x)
- L79 Entorse/Gonfl autres articul
- L80 Luxation
- L81 Autre traumatisme ostéo-artic
- L82 Anomalie congén ostéo-articul
- L83 Syndrome d'origine cervicale
- L84 Ostéoarthrose colonne
- L85 Déformation acquise colonne
- L86 Lésion discale/Irradiation
- L87 Kyste synovial/Tendinite
- L88 Arthrite rhumatoïde et simil
- L89 Coxarthrose
- L90 Gonarthrose
- L91 Autre arthrose et similaire
- L92 Périarthrite scapulo-humérale
- L93 Epicondylite/Epitrochléite
- L94 Autres ostéochondroses
- L95 Ostéoporose
- L96 Lésion aiguë ménisque/genou
- L97 Lésion chronique interne genou

- L98 Déformation acquise des membres
- L99 Autres mal acquises ostéo-artic

N - NEUROLOGIQUE

- N01 Céphalées (SF N02 N89 R09)
- N02 Céphalées de tension
- N03 Douleur de la face
- N04 Syndrome des jambes sans repos
- N05 Picotements doigts/Pieds/Orteils
- N06 Autres perturb sensibil/Mouv invol
- N07 Convulsions/Crises épileptiques
- N16 Perturb odorat/Goût
- N17 Vertige/Etourdissement (SF H82)
- N18 Paralysie/Faiblesse (SF A04)
- N19 Trouble de la parole
- N26 Peur cancer neurologique
- N27 Peur autre maladie neurologique
- N28 Fonction limitée/Invalidité
- N29 Autres sympt neurologiques
- N70 Poliomyélite/Autre entérovirus
- N71 Méningite/Encéphalite
- N72 Tétanos
- N73 Autre infection neurologique
- N74 Cancer neurologique
- N75 Tumeur bénigne neurologique
- N76 Tumeur neurologique NP
- N79 Commotion cérébrale
- N80 Autre trauma crâne sans fracture
- N81 Autre lésion neurologique
- N85 Anomalie congénitale
- N86 Sclérose en plaques
- N87 Parkinsonisme
- N88 Epilepsie tous types
- N89 Migraine
- N90 Céphalée de Horton
- N91 Paralysie faciale/de Bell
- N92 Névralgie du trijumeau
- N93 Syndrome du canal carpien
- N94 Autre névrite périphérique
- N99 Autres maladies neurologiques

P - PSYCHOLOGIQUE

- P01 Anxiété/Nervosité/Tension
- P02 Stress aigu/Tr situat passager
- P03 Sensation de dépression
- P04 Sensation/Attitude irritable
- P05 Sensation/Attitude vieux/sénile
- P06 Trouble du sommeil/Insomnie
- P07 Inhibition/Perte désir sexuel
- P08 Inhibition/Perte accompl sexuel
- P09 Préoccupé par affinités sexuelles
- P10 Bégaiement/Bredouillements/Tics
- P11 Probl comport alimentaire enfant
- P12 Enurésie nocturne/diurne (SF U04)
- P13 Encoprésie
- P15 Alcoolisme
- P16 Intoxication gigue alcool
- P17 Tabagisme
- P18 Abus de substance médicinale
- P19 Toxicomanie
- P20 Trouble mémoire/concentration
- P21 Enfant hyperactif/hyperkinétique
- P22 Autre probl comportement enfant
- P23 Autre probl comportement adolesc
- P24 Probl spécifiques apprentissage
- P25 Problème de phase de vie adulte
- P27 Peur d'avoir un trouble mental
- P28 Fonction limitée/Invalidité
- P29 Autres sympt psychologiques
- P70 Démence sénile/Alzheimer
- P71 Autre psychose organique
- P72 Schizophrénie tous types
- P73 Psychose affective
- P74 Trouble anxieux/Etat anxieux
- P75 Trouble hystérique/Hypochondr
- P76 Trouble dépressif
- P77 Tentative de suicide
- P78 Epuisement/Surmenage
- P79 Autre trouble névrotique
- P80 Trouble de la personnalité
- P85 Arriération mentale
- P98 Autres psychoses NP
- P99 Autres troubles mentaux/Psycho

R - RESPIRATOIRE

- R01 Douleur attrib syst respir
- R02 Souffle court/Dyspnée
- R03 Sifflement respiratoire
- R04 Autre problème respiratoire
- R05 Toux
- R06 Saignement de nez/Epistaxis
- R07 Eternuement/Congestion nasale
- R08 Autres sympt plaintes nez
- R09 Sympt plaintes sinus (et douleur)
- R21 Sympt plaintes gorge
- R22 Sympt plaintes amygdales
- R23 Sympt plaintes voix
- R24 Hémoptysie
- R25 Expectorations anormales
- R26 Peur du cancer du syst respir
- R27 Peur d'une autre mal respir
- R28 Fonction limitée/Invalidité
- R29 Autres sympt syst respir
- R70 Tuberculose (SF A70)
- R71 Coqueluche
- R72 Strepto pharyngé/Scarlatine
- R73 Furoncle/Abcès nasal
- R74 IVRS/Rhume
- R75 Sinusite aiguë/Chronique
- R76 Amygdalite aiguë
- R77 Laryngite aiguë/Trachéite aiguë
- R78 Bronchite aiguë/Bronchiolite
- R80 Grippe (prouvée) sans pneumonie
- R81 Pneumonie
- R82 Pleurésie tous types (SF R70)
- R83 Autres infections syst respir
- R84 Cancer bronches/poumons
- R85 Autres tumeurs malignes
- R86 Tumeur bénigne
- R87 CE nez/larynx/bronches
- R88 Autres trauma syst respir
- R89 Anomalie congén syst respir
- R90 Hypertr/Infect chron amygd/végét
- R91 Bronchite chronique/Bronchiectasie
- R93 Epanchement pleural NP
- R95 Emphysème/BPCO/MPCO
- R96 Asthme
- R97 Rhume des foins/Rhinite allerg
- R98 Hyperventilation
- R99 Autres maladies du syst respir

S - CUTANE

- S01 Douleur/Hypersensibilité peau
- S02 Prurit (SF D05 X16)
- S03 Verrues
- S04 Gonfl/Papule/Boule/Masse local
- S05 Gonfl/Papule/Boule/Masse génér
- S06 Rougeur/Erythème/Rash local
- S04 Rougeur/Erythème/Rash génér
- 508 Autre modific couleur peau
- S09 Infect doigt/orteil/Paronychie
- S10 Furoncle/Antrax/Cellulite local
- S11 Autre infection local peau
- S12 Piquêre d'insecte
- S13 Morsure animal/homme
- S14 Brûlure cutanée
- S15 Corps étranger dans la peau
- S16 Contusion/Ecrasement peau intacte
- S17 Eraflure/Egratignure/Ampoule
- S18 Déchirure/Coupure/Lacération
- S19 Autre lésion traumatique peau
- S20 Corps/Callosités
- S21 Sympt plaintes texture peau
- S22 Sympt plaintes ongles
- S23 Calvitie/Perte cheveux
- S24 Autres sympt cheveux/cuir chevelu
- S26 Peur du cancer de la peau
- S27 Peur d'autres maladies peau
- S28 Fonction limitée/Invalidité
- S29 Autres sympt plaintes peau
- S70 Herpès Zoster/Zona
- S71 Herpès simplex (SF F85 X90 Y72)
- S72 Gale et autres acariens
- S73 Pédiculose/Autres infestat peau
- S74 Dermatophytose
- S75 Moniliase/Candidose (SF X72 Y75)
- S76 Autres mal infect peau
- S77 Cancer de la peau
- S78 Lipome
- S79 Autre tumeur bénigne de la peau
- S80 Autre tumeur de la peau NP
- S81 Hémangiome/Lymphangiome
- S82 Naevus
- S83 Autre maladie congén peau
- S84 Impétigo
- S85 Kyste pilonidal/Fistule
- S86 Dermatite séborrhéique
- S87 Dermatite atopique/Eczéma
- S88 Dermatite de contact/Autre eczéma
- S89 Erythème fessier du nourrisson
- S90 Pityriasis rosé
- S91 Psoriasis
- S92 Autres maladies glandes sudor
- S93 Kyste sébacé

- S94 Ongle incarné/Autre maladie ongle
- S95 Molluscum contagiosum
- S96 Acné
- S97 Ulcère chron peau/Escarre
- S98 Urticaire
- S99 Autres mal peau/tissus sous-cut

T - ENDOCRINE ET METABOLIQUE

T01	Soif excessive
T02	Appétit excessif
T03	Perte d'appétit
T04	Probl nutrit nourrisson (SF P11)
T05	Probl nutrition adulte (SF T06)
T06	Anorexie nerveuse/Boulimie
T07	Gain de poids
T08	Perte de poids
T10	Retard de croissance
T11	Déshydratation
T15	Masse thyroïdienne
T26	Peur du cancer du syst endocrin
T27	Peur autre maladie endocr nutrit
T28	Fonction limitée/Invalidité
T29	Autres sympt endocr nutrit métab
T70	Maladie infect endocr nutrit
T71	Cancer thyroïde
T72	Tumeur bénigne thyroïde
T73	Autre tumeur endocr nutrit NP
178	Kyste canal thyroïdienne
T80	Autre anomalie congénitale
T81	Goitre (SF T85 T86)
T82	Obésité (IMC > 30)
T83	Excès de poids (IMC ≤ 30)
T85	Hyperthyroïdie/Thyréotoxicose
T86	Hypothyroïdie/Myxoedème
T87	Hypoglycémie
T88	Glycosurie
T90	Diabète sucré
T91	Déficit vitamine/Autre mal nutrit
T92	Goutte
T93	Dyslipidémies
T99	Autres mal endocr nutrit métab

U - UROLOGIQUE

- U01 Douleur à la miction
- U02 Miction fréquente/impérieuse
- U04 Incontinence urinaire (SF P12)
- U05 Autre problème de miction
- U06 Hématurie
- U07 Autres sympt plaintes urine
- U13 Autres sympt plaintes vessie
- U14 Sympt plaintes reins
- U26 Peur du cancer du syst urinaire
- U27 Peur d'une autre maladie urinaire
- U28 Fonction limitée/Invalidité
- U29 Autre sympt syst urinaire
- U70 Pyélonéphrite/Pyélite aiguë
- U71 Cystite/Autre infect urinaire NCA
- U72 Urétrite non spécifique
- U75 Cancer rein
- U76 Cancer vessie
- U77 Autre cancer syst urinaire
- U78 Tumeur bénigne syst urinaire
- U79 Autre tumeur syst urinaire NP
- U80 Lésion trauma syst urinaire
- U85 Anomalie congén syst urinaire
- U88 Glomérulonéphrite/Syndr néphr
- U90 Albuminurie orthostatique
- U95 Calculs urinaires tous types/sites
- U98 Résultat anormal test urinaire NP
- U99 Autres maladies du syst urinaire

W - GROSSESSE ET PLANNING FAMILIAL

- W01 Question sur grossesse (SF W02)
- W02 Peur d'être enceinte
- W03 Saignement pendant la grossesse
- W05 Vomissement/Nausée de grossesse
- W10 Contraception postcoïtale
- W11 Planif famil/Contraceptif oral
- W12 Planif famil/Stérilet
- W13 Planif famil/Stérilisation
- W14 Planification familiale/Autre
- W15 Plainte d'infertilité
- W17 Saignement sévère postpartum
- W18 Autre plainte postpartum
- W19 Sympt plaintes allaitement
- W20 Autre sympt seins (si grossesse)
- W27 Peur complications grossesse
- W28 Fonction limitée/Invalidité
- W29 Autre sympt grossesse/Planif famil
- W70 Fièvre puerpérale/Sepsis
- W71 Autre état infectieux grossesse
- W72 Cancer pendant grossesse
- W73 Tumeur bénigne pendant grossesse
- W75 Trauma pendant grossesse
- W76 Anomalie congénitale de la mère
- W77 Autre anomalie non obstétricale
- W78 Grossesse confirmée
- W79 Grossesse non désirée confirmée
- W80 Grossesse extrautérine
- W81 Toxémie/Prééclampsie
- W82 Avortement spontané
- W83 Avortement provoqué
- W84 Grossesse haut risque
- W90 Acc norm enf(s) né(s) vivant(s)
- W91 Acc norm enf(s) mort(s) né(s)
- W92 Acc anorm enf(s) né(s) vivant(s)
- W93 Acc anorm enf(s) mort(s) né(s)
- W94 Mastite puerpérale
- W95 Autre tr seins/postpartum/lactation
- W96 Autre complication postpartum
- W99 Autres tr grossesse/acc/postpartum

X - GENITAL FEMININ

- X01 Douleur génitale
- X02 Douleur menstruelle
- X03 Douleur intermenstruelle
- X04 Rapport sexuel douloureux
- X05 Menstruation absente/rare
- X06 Menstruation excessive
- X07 Menstruation irrégulière/fréquente
- X08 Saignement intermenstruel
- X09 Sympt plaintes prémenstruels
- X10 Modifier date menstruations
- X11 Sympt plaintes ménopause
- X12 Saignement de la postménopause
- X13 Saignement postcoïtal
- X14 Ecoulement vaginal
- X15 Autre sympt plaintes vagin
- X16 Sympt plaintes vulve
- X17 Sympt plaintes bassin
- X18 Douleur du sein
- X19 Gonflement/Masse sein
- X20 Sympt plaintes mamelon
- X21 Autres sympt plaintes seins
- X23 Peur maladie vénérienne
- X24 Peur d'une dysfonction sexuelle
- X25 Peur d'un cancer génital
- X26 Peur d'un cancer du sein
- X27 Peur autre mal génit/Sein
- X28 Fonction limitée/Invalidité
- X29 Autres sympt syst génital féminin
- X70 Syphilis génit fémin NP
- X71 Gonococcie génit fémin NP
- X72 Candidose urogénitale prouvée
- X73 Trichomonase urogénitale prouvée
- X74 Maladie inflammatoire pelvienne
- X75 Cancer col
- X76 Cancer sein
- X77 Autre cancer
- X78 Fibrome/Myome (utérus/col)
- X79 Tumeur bénigne sein (SF X88)
- X80 Autre tum bén syst génit fémin
- X81 Autre tumeur NP syst génit fémin
- X82 Trauma du syst génit fémin
- X83 Anomalie congénitale femme
- X84 Vaginite/Vulvite NP
- X85 Cervicite/autre mal du col
- X86 Frottis de col anormal
- X87 Prolapsus utérovaginal
- X88 Maladie polykystique des seins
- X89 Syndrome tension prémenstruelle
- X90 Herpès génital féminin
- X91 Condylome acuminé
- X99 Autres maladies syst génit fémin

Y - GENITAL MASCULIN

- Y01 Douleur du pénis
- Y02 Douleur des testicules/scrotum
- Y03 Ecoulement pénis/urèthre
- Y04 Autre sympt pénis/urèthre
- Y05 Sympt plaintes scrotum/testicules
- Y06 Sympt plaintes prostate
- Y07 Plaintes puissance sex (SF P07 P08)
- Y08 Autre sympt font sex (SF P07 P08)
- Y10 Infertilité/Subfertilité
- Y13 Planif famil/Stérilisation
- Y14 Planif famil/Autre
- Y16 Sympt plaintes seins homme Y24 Peur d'une dysfonction sexuelle
- Y25 Peur mal vénérienne
- Y26 Peur cancer org génit masc
- Y27 Peur d'une autre maladie génitale
- Y28 Fonction limitée/Invalidité
- Y29 Autres sympt syst génit masc
- Y70 Syphilis syst Bénet masc
- Y71 Gonococcie syst génit masc
- Y72 Herpès génital masculin
- Y73 Prostatite/Inflam vésic sémin
- Y74 Orchite/Epidyclimite
- Y75 Balanite
- Y76 Condyloine acuminé
- Y77 Cancer prostate
- Y78 Autre cancer syst masc
- Y79 Tumeur bénigne syst geint musc
- Y80 Trauma svst génit masc
- Y81 Phymosis/Hypertrophie du prépuce
- Y82 Hypospadias
- Y83 Testicule ectopique/Cryptorchidie
- Y84 Autre anomalie congén gén masc
- Y85 Adénome de la prostate
- Y86 Hydrocèle
- Y99 Autres mal génit masc incl sein

Z - PROBLEMES SOCIAUX

- Z01 Pauvreté/Problèmes économiques
- Z02 Probl d'eau et de nourriture
- Z03 Probl habitat/ voisinage
- Z04 Probl sociaux/culturels
- Z05 Probl conditions de travail
- Z06 Probl de chômage
- Z07 Probl d'éducation
- Z08 Probl assurance/sécurité sociale
- Z09 Probl juridique/de police
- Z10 Probl accessibil soins de santé
- Z11 Probl liés à la maladie
- Z12 Probl relations entre conjoints
- Z13 Probl du comportement conjoint
- Z14 Probl avec maladie conjoint
- Z15 Perte ou décès du conjoint
- Z16 Probl relation avec enfant(s)
- Z18 Probl lié à la maladie de l'enfant
- Z19 Perte ou décès d'un enfant
- Z20 Probl relation parents/famille
- Z21 Probl comport parents/famille
- 792 Probl maladie parent/famille
- Z23 Perte ou décès de parents/famille
- Z24 Probl relation avec amis
- Z25 Probl d'agression/violence
- Z27 Peur d'avoir un problème social
- Z28 Fonction limitée/Invalidité
- Z29 Autres problèmes sociaux

10 Adresses et contacts utiles

Adresses des auteurs

Michel Roland

Av. Van Volxem 45
B 1190 Bruxelles Belgique
Tel 32 2 343 51 57 Fax 32 2 537 93 82
Courriel : roland.andco@ping.be

Marc Jamouille

Rue Frère Orban 94
B 6040 Jumet Belgique
Tel 32 71 37 14 12
Fax 32 71 28 55 70
Courriel : marc.jamouille@ping.be

Benard Dendeau

Beukenbosstraat 11
B 1652 Alsemberg Belgique Tel 32 2 380 26 41
Fax 32 2 380 60 99

Club francophone CISP (CISP-Club)

Jacques Humbert, Président,

Maison Médicale, 9, rue du 8 mai
F 85230 Beauvoir sur mer France
Tel 33 2 51 68 50 23 Fax 33 2 51 68 76 05
Courriel : jhumbert@imagnet.fr

François Mennerat, Secrétaire,

26, av Ledru Rollin
F 75012 Paris France Tel 33 1 40 56 46 27 Fax 33 1 84 51 13 21
Courriel : francois.mennerat@wanadoo.fr

Pascal Charbonnel, Vice-président

1, allée des Amonts F 9140 Les Ulis

Tel 33 1 64 46 17 00 Fax 33 1 60 86 29 76
Courriel : pascal.charbonnel@wanadoo.fr

Département de médecine générale de l'Université d'Amsterdam

Nenk Lamberts, Chef de département,

Instituut voor Huisartsgeneeskunde Universiteit van Amsterdam
Meibergdreef 15
NL 1105 AZ Amsterdam Pays-bas Tel 31 20 566 47 11
Fax 31 20 691 88 06
Courriel: h.lamberts@amc.uva.nl

Comité de Classification de la WONCA

Charles Bridges-Webb, Président du Comité,

9 Appian Way,
Burwood NSW 2134
Australie
tel 61 2 818 1400
fax 61 2 818 1343

11. BIBLIOGRAPHIE

- 1 Carpentier J. Medical Flipper. Paris: Editions de la découverte; 1989
- 2 Rey A. Petit Robert 1, Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Paris; 1995
- 3 An International Classification of the Health Problems of Primary Care. The Journal of the Royal College of General Practitioners Dec 1976; Occasional paper 1
- 4 Classification Committee of WONCA. International Classification of Health Problems in Primary Care, 2nd edition (ICHPPC-2). Oxford: Oxford University Press; 1979
- 5 Classification Committee of WONCA. International Classification of Health Problems in Primary Care, 2nd edition, defined (ICHPPC-2-d), inclusion criteria for the use of the rubrics of the ICHPPC-2. Oxford: Oxford University Press; 1983
- 6 Lamberts H, Meads S, Wood M. Classification of reasons why persons seek primary care : pilot study of a new system. Public Health Report 1984; 99: 597-605
- 7 Classification Committee of WONCA. International Classification of Process in Primary Care (IC-Process-PC). Oxford: Oxford University Press; 1986
- 8 Lamberts H, Wood M (eds). International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford University Press; 1987
- 9 Lamberts H, Meads S, Wood M. International Classification of Primary Care: a multi-purpose classification. Presentation at the International Epidemiological Association Meeting. Vancouver; 1984
- 10 Jamouille M, Roland M. Classification Internationale des Soins Primaires (CISP), traduite de l'anglais, annotée et mise à jour. WONCA ed. Lyon: Ed. Lacassagne; 1992
- 11 Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I (eds). The International Classification of Primary Care in the European Community. Oxford Medical Publication; 1993
- 12 Organisation Mondiale de la Santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision (CIM-10). Genève; 1993
- 13 Segui Alvarez R. The function of general practitioners in emergency departments in Basque country. in: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM (eds). The International Classification of Primary Care in the European Community. Oxford Medical Publication; 1993. p. 131-133
- 14 Humbert J, Leduc P, Hidier J. L'urgence au quotidien en médecine de famille. Etude descriptive à l'aide de la CISP. Communication personnelle 1995

- 15 Lamberts H, Brouwer H, Groen ASM, Huisman H. The Transition model in practice; practical use of ICPC during 28000 encounters. *Huisarts en Wetenschap* 1987(30): 105-111
- 16 Lamberts H, Brouwer H, Mohrs J. Reason for encounter, episode and process oriented standard output from the Transition Project. Department of general practice/family medicine, University of Amsterdam; 1991
- 17 Oskam SK. TRANS. An international access programme for the standard reason for encounter, diagnosis and process output of the Transition Project. Department of general practice/family medicine, University of Amsterdam; 1992
- 18 Lebrun JP. *La Maladie Médicale*. Bruxelles: De Boeck université; 1993
- 19 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 Feb. p. 4-28
- 20 Stott N. The new general practitioner ? (editorial). *British Journal of General Practice*; 1994 Jan: 2-3
- 21 Jamouille M, Roland M. Santé mentale en soins primaires, une autre santé mentale? Exposé présenté au National Institute of Mental Health (NIMH), Defining mental health problems in primary care, working meeting, Washington, July 21-22, 1994. *Courrier de la Fédération des Maisons Médicales* 1994 Nov(97): 18-23
- 22 Engel JL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view in: White K L. *The task of medicine*. Dialogue at Wickenbourg. The Henry J. Kaiser Family Foundation ed. Menlo Park, California; 1988. p. 113-136
- 23 Braun RN. *Pratique, Clinique et Enseignement de la Médecine Générale*. Paris: Payot; 1979
- 24 Read J, Benson T. Comprehensive coding. *British J. Health Care Computing* 1986(3): 22-25
- 25 Jenkins R, Smeeton N, Marinker M, Shepherd M. A study of classification of mental ill-health in general practice. *Psychological Medicine* 1985(15): 403-409
- 26 World Health Organisation. *A new classification for mental disorders with management guidelines for use in primary care : the ICD-10-PHC*, Genève, WHO, 1992
- 27 Lamberts H, Schadé E. Surveillance system with primary care data: from a prevalence-oriented to an episode-oriented epidemiology. in: Eysenck WJ, Noah MD (eds). *Surveillance in health and disease*. Oxford: Oxford University Press; 1988
- 28 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition)*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994
- 29 Lamberts H. L'utilisation de la Classification Internationale des Soins Primaires dans une base de données orientée vers les épisodes. in: *La plainte et la réponse à la plainte, Actes*

- du colloque international du 11-13 oct 1991. Bruxelles: Fédération des Maisons Médicales; 1992. p. 287-298
- 30 Jamouille M. Information et Informatisation en Médecine Générale. in: Troisièmes Journées de Réflexion sur l'Informatique. Les Informa-g-iciens. Presses Universitaires de Namur; 1986. p. 193-209
- 31 Mennerat F. Analyser et comprendre l'activité médicale ambulatoire: avec quels outils recueillir et traiter l'information? [dissertation] [Thèse pour le doctorat en sciences]. Lyon: Université Claude Bernard; 1992
- 32 Roland M, Jamouille M, Dendeau B, Bouillon MF, Hombergen M. Le Dossier de Santé Informatisé (DSI). Version 3.0. Bruxelles: Fédération des Maisons Médicales / FIGAC; 1996
- 33 Parkerson GR, Broadhead E, Chiu-Kit JT. The Duke severity of illness checklist (DUSOI) for measurement of severity and comorbidity. *Journal of Clinical Epidemiology* 1993; 46(4): 379-393
- 34 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.* 1987(40(suppl.1)): 55S-66S
- 35 Jamouille M, Roland M, Blanc HW. Mesure de l'état fonctionnel en médecine générale: les cartes COOP/WONCA. *Revue Médicale de Bruxelles* 1994 Sep; 15(5): 329-332
- 36 Weed LL. Medical records, medical education, and patient care. The problem oriented medical record as a basic tool. The Press of Case Western University; 1969
- 37 Marquet S. La CISP, un instrument pour la médecine générale. *Documents de Recherche en Médecine Générale* 1996; publié aussi sur le site Internet; <http://www.upml.fr/tribune>
- 38 La plainte et la réponse à la plainte. Actes du colloques international des 11-13 oct 1991. Bruxelles: Fédération des Maisons Médicales; 1992 426p
- 39 Lamberts H, Brouwer H. TRANS-HIS, Transition Health information System (logiciel). Department of general practice/family medicine, University of Amsterdam 1995
- 40 Larimore WL, Jordan EV. Improving the medical record format. *Journal of Family Practice* 1994(4): 119-124
- 41 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 Medical Publication; 1993. p. 163-170
- 42 Jamouille M, Roland M. Etude pour l'ouverture des codes procédures de la CISP. Fédération des Maisons Médicales ed.; Bruxelles; 1994 Feb. 47p
- 43 Hellstrom OW. Health promotion in general practice. *European Journal of Public Health* 1994; 4: 119-124

- 44 Boyes R, Kathol RG, Fischer MM. The validity of DSM-III-R hypochondria-sis. Archives of General Psychiatry 1993(50): 961-970
- 45 Romain J. Knock. Paris: Gallimard; 1924
- 46 Illich I. Nemesis medicale. Paris: Seuil; 1975
- 47 Bentzen N (ed), WONCA Classification Committee. An International Glossary for General/ Family Practice. Family Practice 1995 Sep;12(3):341- 369
- 48 Jamouille M, Roland M. Quaternary prevention and the glossary of General Practice / Family Medicine. in: Rapport de participation - Hong Kong - WONCA. 14ème congrès mondial et Réunion du Comité de Classification. Bruxelles: FMMCSF; 1995 Jun
- 49 Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. Guide cana-dien de médecine clinique préventive. Beaulieu MD ed. Ottawa, Canada: Groupe communication Canada; 1994. 1136p
- 50 Roland M., Jamouille M. La céphalée en médecine générale : situation et démarche clinique. Revue Méd. Bxl; 1996 (17) : 288-292
- 51 Raskin NH. Headache. in: Isselbacher KJ et al., editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. New York: McGraw-Hill; 1994. p. 65-71
- 52 Adams RD, Victor M. Headache. in: Principles of Neurology. New York: McGraw-Hill; 1977. p. 574
- 53 Adams HP, Kassell NF, Tonner JC, Nibelink DW, Sahs AL. Early manage-ment of aneurysmal subarachnoïdal hemorrhage : a report of the Cooperative Aneurysm Study. Journal of Neurosurgery 1981(54): 141-145
- 54 Marinker M. Medical audit and general practice. British Medical Journal eds; 1990
- 55 Roland M, Jamouille M. L'assurance de qualité, un concept ancien (Partie I). Patient Care 1995; 18(5): 1-2 & 23-30
- 56 Report of the Ad Hoc Committee of the Classification of Headache of the NINDB. Journal of the American Medical Association 1962(179): 127-128
- 57 Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification criteria for Headache Disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988(8): 1-96
- 58 Rapoport AM. The diagnosis of migraine and tension-type headache, then and now. Neurology 1992(42(suppl)): 11-15
- 59 Becker LA, Green LA, Beaufait D, Kirk J, Freeman WL. Use of CT-scans for the investigation of headache : a report from ASPN (Ambulatory Sentinel Practice Network). Journal of Family Practice 1993(328): 129-134 & 135-141.
- 60 Prager JM, Mikulis DJ. The radiology of headache. Med Clin North Am 1991(75): 525-544

- 61 Edelman RR, Warach S. Medical progress : magnetic resonance imaging. *New England Journal of Medicine* 1993(328): 708-715
- 62 Becker LA, Iverson DC, Reed FM et al. Patients with new headache in primary care : a report from ASPN. *Journal of Family Practice* 1988(27): 41-47
- 63 Mennerat F, Idir H. Transcod : transcodage entre la CIM-10 et la CISP. Version 1.3, 4.9 mégaoctets. Paris: Club francophone CISP; 1996 Jun
- 64 Chaumier J. Les banques de données. Paris: Presses Universitaires de France, Collection Que Sais-je? 1987
- 65 Chaumier J. Les techniques documentaires. Paris: Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je?; 1984
- 66 Chaumier J. L'accès automatisé à l'information Paris: Entreprise moderne d'édition: 1982
- 67 Fromm J. New directions in standard terminology and classifications for Primary Care. *Public Health Reports* 1984(99): 73-77
- 68 Roland M, Jamouille M. Le DSI (Dossier Santé Informatisé) et LOCAS (LOGiciel de Codage et D'Acquisition de Synonymes). Version 2.0. Bruxelles: Figac; 1996
- 69 Roland M, Jamouille M. Le DSI (Dossier Santé Informatisé) et LOCAS (LOGiciel de Codage et d'Acquisition de Synonymes). *Courrier de la Fédération des Maisons Médicales* 1996 mai (102): 11-15
- 70 Jamouille M, Roland M, Beaulieu MD. Entraînement à la CISP (cassette vidéo-didactique), Amsterdam. Department of General Practice, University of Amsterdam; 1993
- 71 Jamouille M. Chronique d'une consultation. Bruxelles, Fédération des Maisons Médicales; 1992
- 72 Popper K. The logic of scientific discovery. London : Hutchinson, 3ed edition; 1968
- 73 Vermeylen B. Modèles théoriques et approches cliniques dans les pathologies spécifiquement humaines (mémoires psychologie). Louvain-la Neuve, 1988
- 74 Gagnepain J. Du vouloir Dire, *Traité d'Epistémologie des sciences humaines*. Paris, Oxford, New York : Pergamon Press; 1992
- 75 Kuhn TS. La structure des révolutions scientifiques. Paris : Flammarion ; 1972
- 76 Foucault M. Les mots et les choses. Paris : Ed Gallimard, Bibliothèque des sciences humaines ; 1966
- 77 Schotte J. Szondi avec Freud. Sur la voie de la psychiatrie pulsionnelle. Bruxelles : Bibliothèque de Patho-Analyse, De Boeck Université, 1990

78 Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris : Presses Universitaires de France ; 1966

79 Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever, Jones criteria, 1992 update JAMA (268) : 2069