

3.6 Contribution à l'introduction de la CISP2 au Vietnam

3.6.1 Introduction

La médecine est une science clinique destinée à maintenir et à restaurer la santé de l'être humain.

En tant que fournisseur de santé pour les patients, mais aussi pour leur entourage, le médecin généraliste doit être armé de connaissances savantes en médecine, de compétences professionnelles.

Plus particulièrement, il doit avoir une approche globale des caractéristiques de ses patients.

Chaque patient est un cas unique avec sa propre histoire, son parcours, ses symptômes et son contexte socio-culturel.

Plus les informations concernant l'état de santé sont disponibles et analysées, meilleures sont les conditions de travail pour le soignant, le prestataire de santé.

C'est la raison d'être du dossier médical qui sert à collationner les données cliniques récoltées au cours des visites, des contacts et du suivi du patient, ainsi que lors des évaluations de l'équipe de soins.

Ce document est continuellement mis à jour avec les nouvelles informations récoltées concernant l'état de santé du patient; il devient ainsi un outil incontournable dans les soins du patient.

Autrement dit, le dossier médical est considéré comme le cahier retraçant la biographie médicale du patient.

En médecine de famille, le travail demandé au médecin de famille est de pratiquer dans un contexte de soins ambulatoires, où le doute est présent en permanence, entourant toutes les décisions.

Normalement, le médecin de famille n'a pas de moyens pour calibrer ses interventions *a priori* ou pour évaluer ses interventions.

Ce sont les patients qui apportent la réponse concrète à ses questions cliniques. Lorsque l'intervention est adaptée, il est aisé de s'en rendre compte. Lorsque l'intervention est moins favorable, il faut s'efforcer de remédier aux erreurs ¹.

Ces démarches font partie du processus de professionnalisme, qui est synonyme d'autocontrôle ².

En d'autres termes, le professionnalisme signifie, pour partie, que l'on reproduit, que l'on observe et que l'on évalue ses activités soi-même.

En ce sens, l'enregistrement des données cliniques est une pratique incontournable dans la pratique quotidienne du médecin de famille.

Le dossier médical détient une place irremplaçable, participe de cette évaluation et de ce professionnalisme.

Les données enregistrées peuvent être utilisées en vue d'établir des statistiques représentant son propre travail.

Elles peuvent aussi servir à manifester l'identité de la discipline de Médecine de famille, à la constituer en tant que spécialité à part entière.

Cela souligne toute l'importance du dossier médical, qui doit être constamment disponible pour le médecin de famille, afin de lui permettre de travailler dans les meilleures dispositions possibles.

Cependant, l'utilisation de ces données peut rapidement devenir problématique si l'information n'est pas structurée et organisée de façon appropriée.

Le dossier médical sera alourdi par des informations inutiles ou difficilement analysables.

Ce type de problème se retrouve aussi bien avec le dossier médical informatisé qu'avec le dossier médical en version papier. Ce dernier était celui qui était utilisé conventionnellement depuis longtemps, avec ses avantages, mais aussi ses inconvénients.

À titre d'exemple, un événement datant d'un an dans un dossier médical en version papier s'avère très difficile à retrouver, un signe clinique important noté se perd facilement parmi les autres informations, qui revêtent moins d'importance.

Ce processus d'archivage prend énormément de temps, et peut se faire au détriment de la relation entre soigné et soignant.

En conséquence, il n'est pas très pratique de mener une telle tâche au moment du contact (en temps réel) avec le patient. De ce fait, l'information sert difficilement les soignants à des fins thérapeutiques, surtout en cas d'urgence.

Les progrès informatiques réalisés pendant les trente dernières années ont permis de développer des applications qui facilitent les tâches professionnelles médicales.

Le dossier médical informatisé est un exemple représentatif de ces applications.

A l'aide du Dossier médical informatisé (DMI), les données sont à portée des médecins et des autres soignants.

Même si ces données ne représentent qu'une partie des aspects retraçant la complexité de chaque patient, il est possible d'en retirer des informations utiles et concrètes.

Un bon DMI offre non seulement les fonctionnalités du cahier informatique, mais également, il peut aider le médecin dans sa gestion administrative, sa pratique professionnelle et sa formation continue.

Le DMI peut apporter une réponse au problème de la surcharge d'informations non hiérarchisées dans le dossier médical en version papier.

Dans les soins ambulatoires en médecine de famille, il arrive fréquemment que ces médecins soient seuls pour faire face aux défis médicaux avec le patient.

La capacité d'obtenir une réponse rapide à certaines questions qui se posent lors du contact avec le patient est très importante, ce que ne permet pas le dossier en version papier, qui demande trop de temps d'investigation pour retrouver l'information cherchée.

C'est donc dans ce contexte que le DMI acquiert toute sa pertinence : l'information est disponible en premier lieu pour ceux qui la produisent et qui en ont besoin.

Les médecins de famille n'auront cette possibilité que s'ils s'occupent maintenant eux-mêmes des affaires de « gouvernance clinique »¹.

Au vu de ces perspectives importantes, certains pays ont considéré le DMI comme l'une des mesures essentielles pour améliorer la qualité de la pratique de médecine de famille.

Dans les précédents chapitres, nous avons eu l'occasion de présenter des travaux d'enquête sur la répartition des types de problèmes de santé ressentis par la population générale (« Épidémiologie des problèmes de santé »).

Au cours de la discussion dans cette étude, nous avons montré la difficulté existante à extraire ces indicateurs de santé des sources statistiques officielles.

Deux de ces raisons sont :

- la majorité des données de soins ambulatoires ne sont pas encodées de façon systématique (dans 98-99% des visites médicales),
- l'absence d'une classification aidant l'ordinateur à saisir l'information des problèmes de santé rencontrés dans le contexte de soins ambulatoires.

Plus particulièrement, nous avons montré, dans les chapitres précédents, qu'une grande proportion des besoins sanitaires de la population se manifeste principalement dans le secteur de soins ambulatoires.

Seule une proportion très limitée des recours en santé (de l'ordre de 1 à 2%) se traduit par une hospitalisation.

Le secteur ambulatoire apparaît ainsi brasser la majorité des problèmes de santé, en regard du faible recours à l'hospitalisation, au sein de la population générale.

Pourtant, le système statistique en santé actuel ne prend en compte que les données venant de l'hôpital, ce qui donne une vision déformée de la réalité des besoins en santé de la population.

Il apparaît urgent de produire des efforts afin d'améliorer la situation des données médicales disponibles, plus particulièrement dans le secteur de soins ambulatoires, où l'informatisation est moins développée.

Dès lors, le dossier médical informatisé et son système spécifique d'encodage sont nécessaires pour permettre le développement de la médecine de famille au Vietnam.

Ces outils n'existent pas à l'heure actuelle dans ce pays, raison pour laquelle nous avons traduit en vietnamien la classification internationale des soins primaires (CISP) (*International Classification for Primary Care – ICPC*), afin de contribuer au développement de la médecine de famille.

Sur base de la version vietnamienne de cette classification, nous avons ensuite développé quelques applications concrètes, qui seront également présentées à la fin de ce chapitre.

3.6.1.1 État des lieux de l'informatisation du secteur sanitaire au Vietnam

Depuis longtemps, les prestataires de santé se sont occupés de données statistiques à tous les niveaux du système de santé.

Ces données ont été recueillies et documentées avec beaucoup de travail, principalement réalisé à la main et sur papier, mais dans une optique indépendante du soin lui-même, et donc du professionnalisme tel que l'on peut le définir en partie avec les éléments évoqués précédemment.

De plus, l'agenda des soignants est chargé par des tâches qui ne sont pas directement consacrées aux soins du patient.

En conséquence, ces tâches bureaucratiques deviennent des préoccupations majeures et non souhaitables.

À l'échelon national, il est très coûteux de maintenir un tel système manuel.

Cette situation a existé aussi bien avant qu'après l'apparition et l'utilisation en médecine de l'informatique.

Conscient des possibilités incontestables offertes par l'informatique (aussi bien concernant le soin, la relation médecin-patient, que l'alimentation des bases de données de santé publique), l'État vietnamien a fait de l'informatisation des services publics l'une de ses principales préoccupations au cours des dernières années. Le système de santé est bien intégré dans cette évolution ^{3,4}.

L'informatisation du secteur sanitaire est considérée comme un élément-clef pour rendre le système plus efficace, rendre les données plus accessibles afin d'améliorer la politique de santé nationale.

Ce soutien étatique a été réalisé à travers l'application des décisions ministérielles, la mise en place de projets stratégiques en faveur de l'informatisation en santé ^{5,6}.

Les hôpitaux et les services médicaux à tous les niveaux ont commencé à adopter et à utiliser l'informatique dans leur gestion médicale.

Une grande partie du travail bureaucratique a été informatisée.

L'une de ces applications est le dossier médical informatisé, qui a pour vocation, à terme, de remplacer la version papier.

Avec le nombre croissant de services intégrant le dossier médical informatisé, nous pouvons nous réjouir des nouvelles perspectives en informatisation du système de santé du Vietnam, et des progrès que cela peut amener.

Malheureusement, ce progrès n'est pas uniforme, il n'avance pas à la même vitesse partout, et la qualité diffère également selon les endroits.

A ce jour, il n'existe pas de mécanisme de régulation imposant une collaboration et un échange d'informations entre les différents services, que ce soit au niveau ministériel ou au niveau des établissements locaux.

Il manque toujours des normes standardisées et détaillées en informatisation en santé.

Cela explique la situation actuelle d'explosion du marché des logiciels sanitaires.

Les solutions informatiques proposées sur le marché sont de qualité très variable. L'absence d'une vision globale, permettant un échange d'information des données informatiques entre différents systèmes à long terme, témoigne d'une approche fragmentaire de ce secteur.

Les données médicales sont cloisonnées dans chaque établissement propriétaire, et ne sont donc pas traitées correctement en tant que telles pour favoriser le travail des médecins et surtout pour améliorer la qualité des soins prodigués aux patients, comme ce projet d'informatisation le souhaite.

En conséquence, pour l'instant, les statistiques venant de tous niveaux sont encore très fragmentaires et de qualité hétérogène.

Comme l'application de l'informatique n'est pas menée à la même vitesse ni de la même façon, il y a une hétérogénéité problématique des données récoltées.

En principe, la variation des données sanitaires peut être expliquée :

- par la diversité des logiciels employés, par la disponibilité différente des ressources dédiées à l'informatisation en santé,
- par le manque d'intérêt et de disponibilité des cliniciens lié notamment à une formation et une connaissance insuffisantes,
- mais aussi par le manque d'attention de la politique locale.

En conséquence, l'agrégation des données à un niveau régional ou national est pratiquement impossible.

À titre d'exemple, les facteurs de risque et le suivi du malade ne sont pas visibles dans les statistiques sanitaires officielles de l'État.

Une grande partie des données concernant les maladies ne sont pas correctement encodées, aussi bien dans le secteur de soins ambulatoires que dans le secteur privé.

De même, l'archivage obligatoire de la cause du décès dans la commune n'est pas parfaitement évident en termes de qualité de données.

Le secteur sanitaire privé et le secteur pharmaceutique constituent un « trou noir » dans les données médicales de l'État.

Malgré le fait que ces secteurs aient connu un fort développement en informatisation au cours des dernières années, il est difficile de valoriser la qualité et l'imbrication de ces projets en pratique.

Au niveau administratif, un tel sujet de régulation n'a pas été abordé. Il n'existe toujours pas de document législatif déterminant la responsabilité du secteur privé à assurer la qualité et à transmettre ces données médicales aux services compétents de l'État en cas de besoin.

Les données médicales ne sont entretenues que sur la base du volontariat de chaque service, sans aucune obligation préalable. Il est donc difficile de mettre à disposition ces données pour l'intérêt général.

Sur le plan de l'utilisation des données, le Vietnam manque d'un système permettant d'analyser automatiquement les données provenant d'établissements différents.

Les informations ne sont pas saisies et enregistrées de façon standardisée dans un logiciel. En conséquence, il y a une forte hétérogénéité des données,

- soit entre les différents logiciels et la manière dont les données sont saisies,
- soit entre les différents établissements.

Pour ces raisons, il est difficile d'avoir un plan applicable des analyses sur base régulière.

3.6.1.2 Importance des données cliniques encodées

Techniquement, l'information enregistrée dans l'ordinateur est loin d'être celle que le médecin avait mentionnée.

L'ordinateur ne comprend pas le langage utilisé dans la vie quotidienne. Par exemple, les termes « mal au dos » et « douleur au dos » sont deux variations linguistiques qui décrivent un même phénomène.

Cependant pour l'ordinateur, elles seront considérées comme deux entités distinctes.

Les raisons sont multiples : la richesse des synonymes de la langue, le contexte dans lequel le message est verbalisé, les variations dans les expressions locales, etc.

Pour donner un autre exemple, le patient peut décrire à son médecin qu'il a « mal au cœur ». Ce terme appartient typiquement au langage du patient. Le « mal au cœur » peut exprimer soit des palpitations, soit une arythmie, soit une angine de poitrine, soit une douleur de la cage thoracique ou, plus simplement, un malaise général que le patient attribue à une maladie du cœur.

C'est en fonction du contexte que le docteur va tenter d'interpréter correctement à quoi renvoie ce « mal au cœur ».

La situation devient encore plus compliquée selon les cultures, les niveaux de connaissance, les subjectivités individuelles, etc.

Tous ces processus peuvent être résumés dans le terme de « contextualisation », qui renvoie à la tentative d'objectivation par le médecin des propos du patient.

Ce travail de contextualisation peut difficilement être réalisé par un ordinateur, même si, aujourd'hui, des systèmes experts permettent d'approcher ce genre de tâches.

Afin de faciliter la saisie informatique de l'expression des symptômes par les patients avec leurs mots, nous avons besoin d'un langage intermédiaire.

Ce langage intermédiaire doit à la fois tenir compte de la complexité de la vie courante et être structuré de façon appropriée pour que l'ordinateur puisse le comprendre et l'analyser.

Ce type d'outil est une classification de référence, mais il est nécessaire de rappeler qu'une classification est une forme simplifiée du langage humain.

Déjà, la classification s'opère sur une rupture qualitative, elle efface du même coup une partie des dimensions du continuum humain⁷ : le processus d'encryptage et décryptage réduit pragmatiquement ces informations.

L'image restituée de ces données encodées ne présente qu'une image inévitablement réduite de la réalité complexe. En conséquence, il est impossible qu'une classification capte toutes les informations de la réalité.

Autrement dit, ces classifications ne servent qu'à structurer, concrétiser les informations dans un langage standardisé par et pour les humains, et compréhensible par l'ordinateur.

Il est d'autant plus important de conserver le contrôle de l'interprétation.

C'est pour cette raison qu'il est souvent possible, avec un DMI, d'enregistrer simultanément les données brutes (texte brut), traduites plus ou moins automatiquement en codes. De cette manière, nous pouvons vérifier, si nécessaire, l'intégralité du contenu.

Dans le travail de médecin de famille, le DMI est un outil d'assistance dans la pratique clinique, dont l'objectif premier est d'améliorer la qualité des soins.

Sur base des informations cliniques, le DMI peut suivre des problèmes de santé dans le temps, systématiser le rappel des antécédents, aider à la décision clinique, guider l'anamnèse – l'examen clinique et les examens paracliniques –, le traitement, détecter les interactions médicamenteuses potentiellement dangereuses, proposer le contenu de promotion en santé, établir des rapports administratifs, établir des statistiques pour la recherche clinique, faciliter l'échange d'informations cliniques entre les professionnels pour organiser les soins dans les meilleures conditions, etc.

La liste des applications s'allonge encore avec les progrès technologiques rapides et la mondialisation du secteur sanitaire, offrant des potentialités en matière de recherche, d'enseignement et de pédagogie, d'épidémiologie, de planification, etc.

Donc, pour que le médecin de famille puisse profiter pleinement des avantages du DMI, les données cliniques doivent être systématiquement encodées et récupérées dans le DMI global du patient.

C'est dans l'encodage que le rôle des classifications s'avère important. Si l'on emploie une classification inappropriée, on risquera d'avoir une mauvaise base de données, et par conséquent, les données seront biaisées, voire inutilisables.

3.6.1.3 CISP, classification internationale des soins primaires

Actuellement, plusieurs classifications ont été développées et recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour former un ensemble cohérent, la FIC, *Family of International Classifications*, qui possède comme classification princeps la Classification Internationale des maladies - CIM (*ICD International Classification of Diseases*), à laquelle sont associés ICHI (*International Classification of Health Interventions*), CISP (*ICPC International Classification of Primary Care*), SNOMED CT (*Standardized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms*), l'IFC - *International Classification of Functions* (FIC) ex-CIDIH. De toutes, SNOMED est la plus exhaustive et la plus granulaire.

En plus de ces classifications internationales, il faut également y ajouter des classifications locales servant les besoins spécifiques de chaque pays.

Chacune de ces classifications possède des avantages et des inconvénients.

Selon les besoins spécifiques de chaque contexte, nous utilisons les classifications correspondantes.

Dans le contexte du travail hospitalier, la CIM10 (10^{ème} version) se présente comme une classification conventionnelle qui a pour but d'encoder le diagnostic identifié.

Cependant, dans le cas de la médecine de famille, dans la plupart des situations, un diagnostic ne peut pas être établi immédiatement lors de la première consultation, plus particulièrement lorsque les patients se présentent en phase précoce de maladie où les signes cliniques sont encore ambigus (la phase subclinique).

D'autre part, une proportion importante des patients sollicite leur médecin en consultation seulement pour une plainte non médicale, pour des demandes administratives (renouveler une ordonnance, finaliser un certificat de santé, etc).

La CIM10 ne convient donc pas aux caractéristiques spécifiques du travail de soins ambulatoires, au travail du médecin de famille. C'est la raison principale pour laquelle la CISP a été initialement développée, afin de servir à l'encodage des raisons de consultation rencontrées et des procédures réalisées dans le contexte des soins primaires, généralement dans le cadre du travail de médecine de famille.

La CISP est le nom français de l'ICPC (*International Classification of Primary Care*)⁸⁻¹¹. La naissance de cette classification remonte aux années 1970, avec la participation des médecins de famille d'Europe du Nord.

L'idée initiale était de collecter les informations qui émergent au premier niveau de soin, et constitue un moyen d'analyse opérationnelle des activités de santé de base.

La première version avait été développée sous le titre ICHPPC (*International Classification of Health Problems in Primary Care*) en 1975 par l'Organisation internationale des médecins généralistes (WONCA : *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*).

Au cours du temps, cette classification a évolué, des aspects complémentaires étant plus orientés vers les soins du patient. Pour cette raison, depuis 1987, elle porte le nom de CISP afin mieux refléter l'ensemble des spécificités des activités de soins primaires.

La CISP a démontré ses capacités à traiter l'information médicale de façon dynamique, tant en recherche clinique qu'en organisation du travail ¹².

Désormais, elle appartient à la famille des classifications reconnues par l'OMS. Depuis, cette classification a été traduite en plus de vingt langues.

Surtout, intégrée dans le dossier médical informatisé, elle peut être utilisée avec des systèmes d'aide à la décision (diagnostique ou thérapeutique), d'assurance qualité des soins, de surveillance épidémiologique et de recherche scientifique en soins primaires ^{7,10,12,13}.

Elle a permis d'étendre le champ de la connaissance dans le domaine de la médecine de famille et a fait l'objet de plusieurs publications ^{10,12,14-18}. Pourtant, cette classification n'était pas connue au Vietnam au moment où nous avons lancé le travail de traduction.

3.6.1.4 Structure de la CISP

La CISP possède une structure bi-axiale simple (Tableau 23) :

- Sur un axe, se trouvent dix-sept chapitres, basés sur les systèmes corporels, identifiés par une lettre. Quinze de ces chapitres sont dédiés spécifiquement à des systèmes ou organes corporels, un autre chapitre concerne les problèmes sociaux et le dernier est réservé aux problèmes non spécifiques.
- Le second axe est constitué de sept composants identiques dont les rubriques portent un nombre de 2 chiffres :
 - Symptômes et plaintes : 01-29
 - Procédures diagnostiques et préventives : 30-49
 - Procédures thérapeutiques : 50-59
 - Résultats d'examens complémentaires : 60-61
 - Procédures administratives : 62
 - Références et autres motifs de contact : 63-69
 - Diagnostics et maladies : 70-99, où les numéros sont répartis dans cinq sous-groupes selon :
 - Maladies infectieuses
 - Tumeurs (néoplasies)
 - Lésions traumatiques
 - Anomalies congénitales
 - Autres maladies spécifiques.

Chaque rubrique comporte

- un code spécifique,
- un titre d'une longueur limitée à 34 caractères,
- un titre complet
- une définition accompagnée.

La plupart des rubriques offrent aussi les items « inclusion », « exclusion », « considérer » et une liste des codes correspondant à la CIM10, qui permettent la référence entre les deux classifications si nécessaire (la table de conversion).

Théoriquement, la CISP-2 possède une capacité de 1683 codes différents. Dans la version internationale CISP-2 (version électronique, datée du 1^{er} décembre 2007), elle utilise seulement 1366 codes. Il existe donc une réserve de 317 codes dans la CISP-2 pour inclure des nouveaux problèmes, importants pour les pays émergents.

Pour avoir un aperçu des codes de la CISP, la version en français (traduite de l'anglais en 2000 par Marc Jamouille, Jean François Brûlet, Jaques Humbert, Michel Roland) est présentée dans l'annexe 6.

3.6.1.5 Besoins de la CISP en vietnamien

Si au Vietnam, la CIM10 est recommandée comme une classification standard pour l'encodage des diagnostics, il n'y a quasi pas de classification conventionnelle connue pour les autres prestations.

Le médecin de famille doit donc encoder un diagnostic en CIM10 ce qui s'avère souvent difficile dans le contexte des soins ambulatoire, comme le démontrent de nombreuses publications ^{10,19}.

Le type de préoccupation sanitaire propre aux soins ambulatoires ne correspond pas simplement à une maladie déterminée, mais il décrypte des besoins complexes en santé du patient.

Ces derniers éléments ne trouvent pas leur place dans la CIM10.

Par conséquent, outre une perturbation du travail, on peut noter la mauvaise qualité de l'information encodée, ce qui rend, comme nous l'avons dit, les données plus difficilement utilisables.

C'est l'une des raisons pour lesquelles nous n'avons pas de statistiques de pathologies en soins ambulatoires.

Nous ne pouvons avoir, seulement, que le nombre de consultations, sans avoir d'indice de la raison de la visite ni des procédures réalisées.

Le développement rapide de l'informatisation en santé pendant ces dernières années a interpellé les responsables politiques en santé sur la question de la standardisation et de l'interopérabilité du système en informatisation en santé.

Parmi les éléments à discuter, nous pouvons proposer d'offrir une place plus ou moins importante pour la CISP2. Au vu de l'ampleur des soins ambulatoires, l'application de la CISP à l'échelon national fournira une perspective intéressante pour mieux comprendre les besoins en santé de la population du Vietnam.

Plus spécialement dans le cas du développement de la médecine de famille au Vietnam, avec le DMI, la CISP constituera une base du développement des différentes applications cliniques. Ces outils enrichiront le travail clinique-recherche et formatif du médecin de famille au Vietnam.

3.6.2 Traduction de la CISP en vietnamien

La version originale utilisée pour la traduction est la version anglaise ICPC2 v.4.0 (téléchargée à partir de

http://www.kith.no/templates/kith_WebPage____1062.aspx en date du 22/09/2008)²⁰.

Ce site officiel sert à rendre disponible la version électronique de la CISP, ICPC-e.

La délégation est donnée par la WICC (*Wonca International Committee of Classification*) qui est en charge de construire et de promouvoir cette classification.

L'équipe de traducteurs était composée de trois médecins volontaires, accrédités par une formation spécialisée en médecine de famille.

Une courte présentation sur l'importance et l'utilité de la CISP dans le contexte des soins de première ligne a été réalisée au sein de l'équipe.

Le but de cette intervention était de se mettre d'accord sur la finalité de la version traduite.

Sur la base de discussions entre les traducteurs, une convention générale constituée par divers éléments et critères a été mise en place.

Nous nous sommes également accordés à employer un vocabulaire proche du patient, et surtout reflétant le contexte de soins ambulatoires.

Notre travail de traduction a été conduit en différentes étapes :

- Un logiciel que nous avons programmé, sur base de Microsoft Access 2003 qui aide à structurer et à suivre le travail de traduction (l'interface du logiciel est introduite dans la Figure 42).
- Les 3 traducteurs ont travaillé parallèlement et indépendamment sur trois versions traduites différentes. Quelques consignes à respecter ont guidé ce travail ; ces consignes étaient les suivantes :
 - être indépendant,
 - tenir compte du sens de l'expression plutôt que des termes utilisés,
 - utiliser le langage local, qui est utilisé par le patient,
 - éviter au maximum les terminologies médicales trop compliquées et moins utilisées par le monde non professionnel dans la pratique courante de soins ambulatoires,

- traduire tous les contenus de la classification, y compris le titre, la définition, le critère d'inclusion, les critères d'exclusion et les remarques.
- Sur base des trois versions différentes, nous avons discuté ensemble pour choisir la meilleure traduction de chaque élément de la classification (Figure 43).
- La version provisoire a été soumise à quelques experts pour validation préliminaire.

En tout, ce travail de traduction a pris environ 3 mois.

Nous avons deux formats différents de la CISP en vietnamien : un format de deux pages A4, où chaque code est présenté par un titre court de 34 caractères (conforme en cela aux exigences de la WICC), et un second format correspondant à un livre de plus de 100 pages, où le code est présenté dans son ensemble, avec toutes les informations disponibles (définition, inclusion, exclusion, remarques).

Nous avons profité d'Internet pour distribuer la version CISP électronique en ligne afin, éventuellement, de promouvoir son application dans le DMI.

Pourtant, par manque de ressources disponibles et du fait des contraintes méthodologiques, ce travail comporte des limites :

- Nous n'avons pas reçu suffisamment d'avis des différentes disciplines spécialisées, surtout des médecins en postes de soins primaires, soins ambulatoires.
- La version traduite n'est pas encore validée par une étude rigoureuse, afin de tester la fiabilité entre le texte original et le texte traduit. Surtout, la phase de contre-traduction (du vietnamien vers anglais) n'a pas été réalisée auprès de la WICC (qui est le comité international de la CISP).
- Au Vietnam, il y a une variation linguistique importante entre les régions du pays. Les trois traducteurs sont au Sud, il y a donc une certaine subjectivité linguistique dans le vocabulaire utilisé. Nous craignons que notre version traduite ne soit pas appropriée aux confrères et consœurs des autres régions du pays.
- Comme les professionnels médicaux ne sont pas très sensibilisés au travail purement technique et informatique, la promotion de la CISP dans la pratique clinique s'avère très difficile.

Par ailleurs, sur base de cette version vietnamienne de la CISP, nous avons réalisé divers outils concrets :

- Une petite enquête épidémiologique : une étude de la répartition de pathologies rencontrées dans un échantillon de la population de Hồ Chí Minh-ville est présentée dans un chapitre de cet ouvrage.
- Un DMI destiné aux pratiques de soins ambulatoires a intégré la CISP. Avec cette plateforme, la CISP et le concept d'épisode de soin constituent les noyaux du fonctionnement du DMI. Sur base de cette approche, nous avons développé des outils cliniques : l'aide à décision clinique (*Clinical Decision Rule Reminder*) et le trajet clinique (*Clinical Pathway*). Les détails de ces outils seront présentés dans une partie spécifique de ce chapitre. Le DMI avec la CISP intégrée est distribué gratuitement aux médecins impliqués dans le travail de consultation ambulatoire au Vietnam (téléchargeable à partir du site www.badt.vn).
- Un dictionnaire de terminologie sémantique de la CISP est créé avec la technique ANN (*Artificial Neural Networks*). Le résultat de ce travail est le composant principal du moteur de recherche sémantique. Ce dictionnaire contribuera à faciliter et promouvoir l'utilisation de la CISP au Vietnam.

Malgré ces divers travaux, la version vietnamienne de la CISP doit être scientifiquement validée par un comité compétent, pour adopter également les spécificités linguistiques des différentes régions du Vietnam, et répondre à l'exigence des professionnels travaillant en ligne de soins primaires.

Ces améliorations seront l'objet du prochain travail que nous allons mener dans un futur proche.

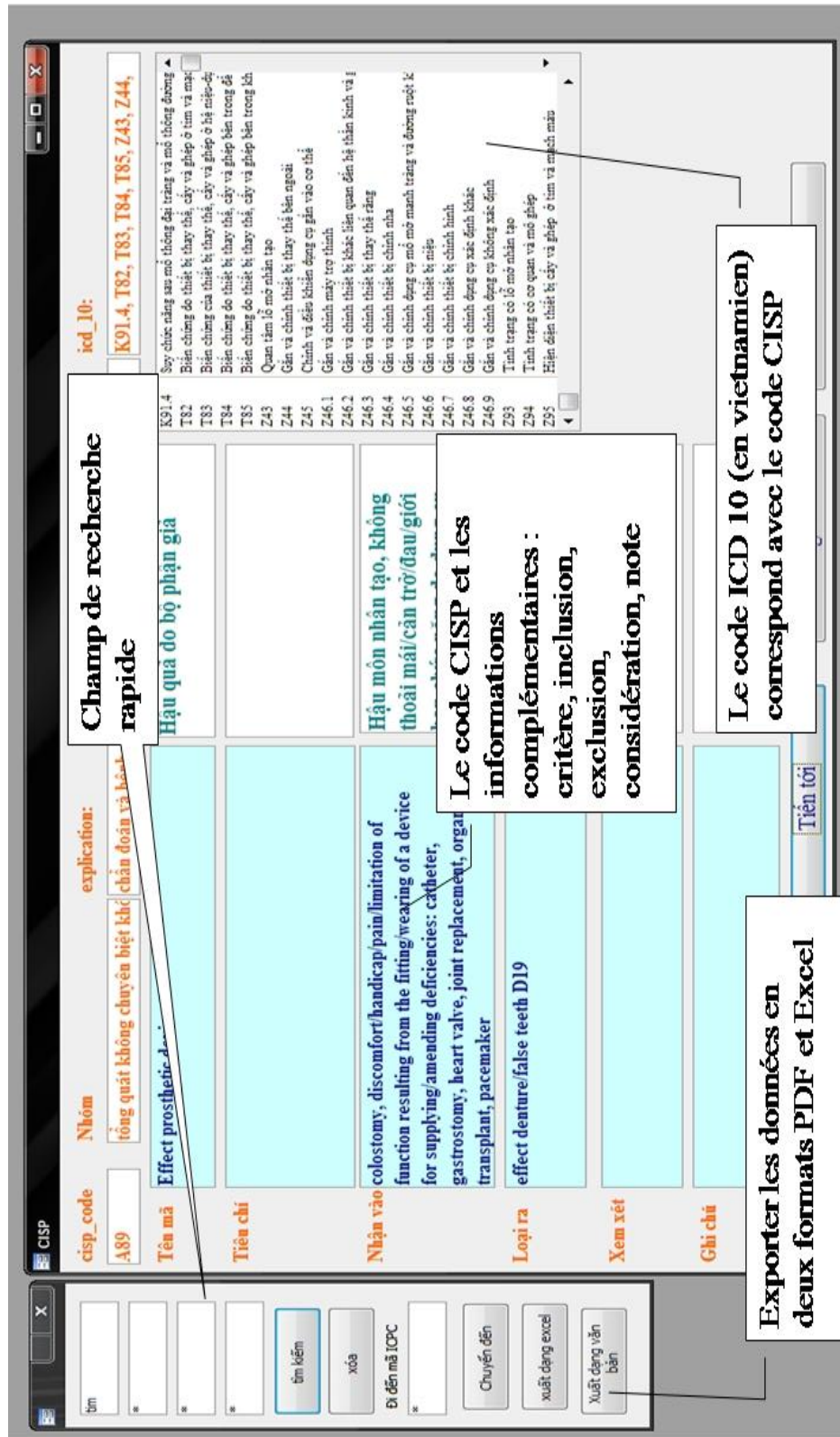


Figure 42. Interface de travail de traduction de la CISP

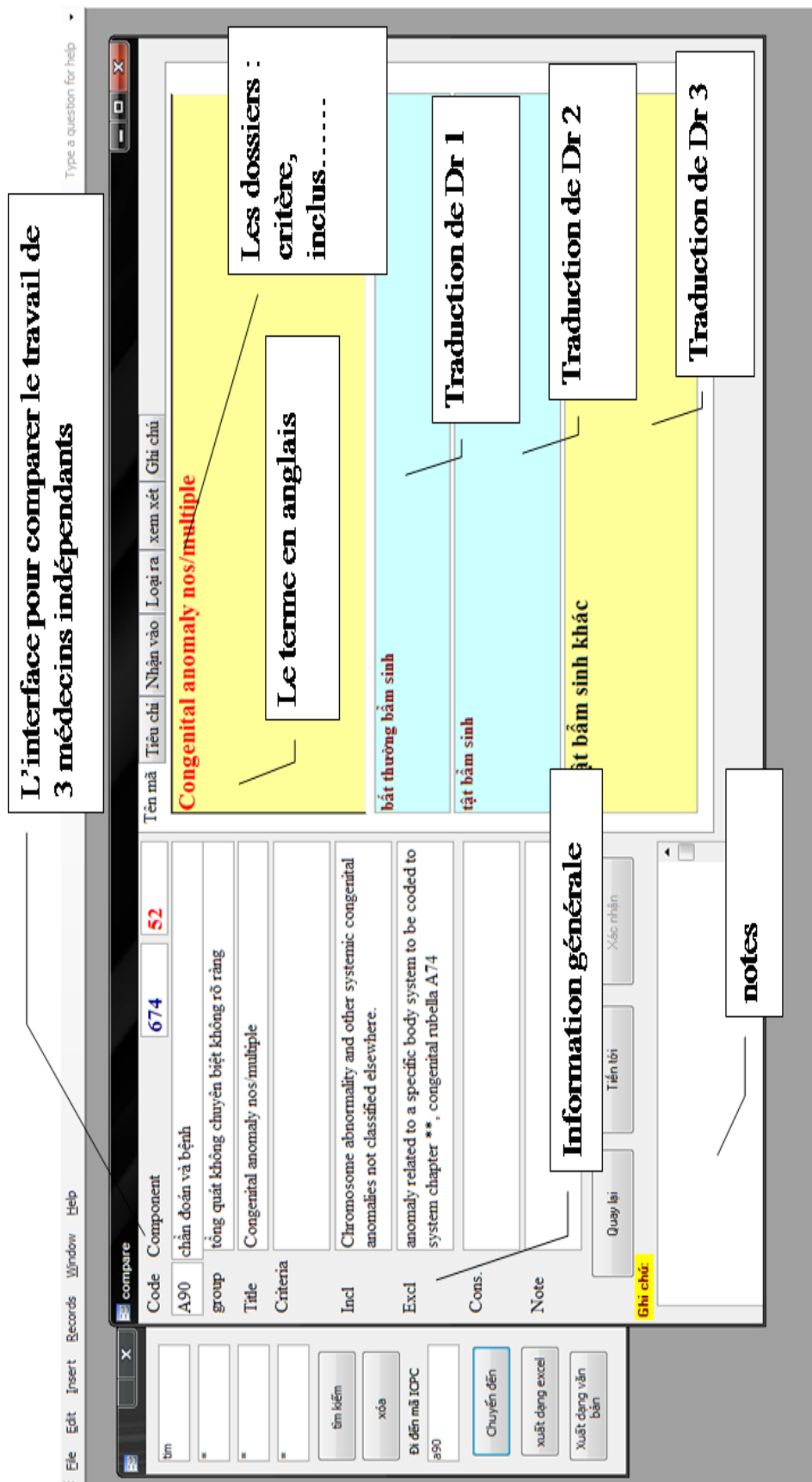


Figure 43. Interface de travail de comparaison des différentes versions traduites de la CISP