

Heinz Bhend, Thomas Rosemann

CISP et DME

Le potentiel de la CISP¹ dans la documentation électronique

En regard de l'importance et des possibilités de la CISP dans le domaine de la documentation électronique au cabinet médical, l'intérêt que suscite cette classification est malheureusement très partiel et lacunaire. On la considère trop souvent comme de l'«art pour l'art» ou alors on la re-lègue au rang des outils destinés aux chercheurs. Dans cet article, nous allons tracer les grandes lignes de la CISP, montrer qu'elle est un gage d'avenir indispensable, et préciser les domaines où elle représente un apport immédiat.

La CISP est un outil de classement – rien de plus; il ne s'agit pas d'une terminologie ni d'un système de références. La CISP est une classification reconnue par l'OMS [1]; elle n'est pas un singleton, car elle s'accorde bien avec la CIM-10, SNOMED-CT (*Systematized Nomenclature of Medicine - Clinical Terms*) [2] et LOINC (*Logical Observation Identifiers Names and Codes*) [3]. SNOMED est une nomenclature, LOINC une collection aussi complète que possible de tous les concepts de la médecine, en particulier de ceux en usage dans les domaines de l'examen clinique et de l'analyse de laboratoire; il s'agit donc de listes dont les éléments sont référencés². On peut se représenter la CISP en quelque sorte comme un premier aperçu ou un premier niveau. Elle doit fournir au médecin de famille une information grossière mais utile en pratique de routine. À cet effet, la CISP adopte une pondération calquée sur la prévalence au cabinet médical, et ses chapitres s'articulent en fonction des systèmes d'organes: elle s'aligne donc sur la pratique. La CISP ne comprend «que» 400 codes et l'ordre des rubriques est le même dans tous les chapitres, ce qui rend ce système facile à assimiler et à utiliser [4].

Étiquetage des ressources électroniques

Que ce soit sur papier ou sur support informatique, nous saisissons une quantité énorme d'informations. Les informations médicales sont fondamentalement précieuses, surtout si elles sont enregistrées sur un support informatique, car elles peuvent fournir l'élément d'une mosaïque d'ensemble.

Les objets que nous entreposons pêle-mêle au même endroit n'ont en général que peu d'intérêt. Dès que nous leur accordons une certaine importance ou que nous avons besoin de les retrouver rapidement, nous adoptons une méthode de rangement plus ou moins complexe.

Une méthode de rangement bien connue et très répandue consiste à accumuler les objets dans des tiroirs munis d'une inscription décrivant le contenu. Cette méthode offre l'avantage de permettre à une autre personne de chercher quelque chose à notre place, pour autant qu'elle connaisse l'emplacement des tiroirs et qu'elle sache lire. Par analogie, il est judicieux d'«étiqueter» les informations saisies lors des

consultations afin de pouvoir les retrouver plus rapidement. La recherche proprement dite peut alors être déléguée à l'ordinateur.

Hypothèse

Depuis la conversion de son cabinet à la documentation électronique, le médecin de famille A prend soin de coder toutes les consultations selon la CISP.

Avantages

- Pour une expertise de l'AI relative au «dos», il peut commencer par élaborer les résultats obtenus grâce à une recherche limitée aux problèmes de dos (L84: syndrome dorso-lombaire sans irradiation; L86: syndrome dorso-lombaire avec irradiation).
- En vue d'adresser le patient au diabétologue, il sélectionne les données relatives à T89 (diabète insulino-dépendant) et utilise les informations ainsi extraites pour rédiger la lettre de transfert.
- Il lui suffit de presser sur une touche pour consulter la statistique de sa pratique (fréquence des codes ou des chapitres en pour cent) ou la charge de travail qu'il assume (nombre de codes CISP par consultation). Pour la première fois, il se rend compte qu'il traite en moyenne 2,7 problèmes par consultation.

La CISP et la communication / l'échange de données

Communiquer par voie électronique consiste à échanger des données numériques et à élaborer l'information transférée. Lors de ce processus, il faut éviter les «ruptures médiatiques». Actuellement, on se contente généralement de transférer l'information, par ex. «cholécystectomie 1988». Le médecin qui assure la suite du traitement tape à son tour «cholécystectomie 1988» dans le système, sous la rubrique réservée à l'anamnèse. Lorsque le transfert numérique sera structuré, cette donnée d'anamnèse sera automatiquement enregistrée au bon endroit.

Il arrive fréquemment que des informations soient échangées lorsqu'un patient change de médecin de famille (par ex. pour raison de déménagement). S'il utilise le même outil de classement, le nouveau médecin pourra reprendre les données de son prédécesseur.

Hypothèse

Le patient XY doit déménager et choisir un nouveau médecin de famille. Son médecin actuel a codé ses consultations selon la CISP.

Avantages

Le nouveau médecin de famille utilise le même système de classification que son prédécesseur. Il peut donc intégrer les informations saisies par ce dernier dans la base de données de son propre logiciel. De cette façon, il pourra consulter ces données en tout temps et les sélectionner par genre de problème en cas de besoin. Comme il connaît la méthode de classification selon laquelle les informations ont été «étiquetées», il les trouve plus rapidement.

Objectif à long terme

Sur le long terme, cette approche doit permettre de transférer des systèmes complets de A vers B. Cependant, nous ne pouvons pas exiger des fabricants qu'ils investissent des moyens considérables pour

¹ CISP signifie «classification internationale des soins de santé primaire»; CISP-2 en est la version actuelle. D'autres informations peuvent être consultées sur le site www.icpc.ch ou à l'adresse http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_1062.aspx.

² Le référencement associe un code à chaque concept médical énuméré dans la liste.

mettre à notre disposition une technique de transfert, si nous ne nous y retrouvons pas dans le système de classification des données transférées. Et il ne serait pas non plus raisonnable que chacun ait sa propre méthode de classification.

Si un médecin de famille ne fait que passer de «son système actuel A» à «son nouveau système B», il doit être possible d'opérer le transfert sans perdre de données en utilisant les moyens techniques adéquats dès qu'ils sont disponibles. Mais s'il s'agit de mettre au courant un assistant au cabinet médical, de réunir plusieurs cabinets privés en cabinet de groupe ou de remettre le cabinet, chaque particularité impose aux partenaires ou successeurs une surcharge de travail.

Gestion de l'information

Le potentiel d'un outil de classement peut s'exprimer d'autant plus nettement qu'il occupe un niveau élevé au sein de la pyramide de la documentation électronique (fig. 1).

Il existe un grand nombre d'informations complémentaires dont l'utilité ne se limite pas à un patient particulier mais s'étend à un problème ou à un diagnostic. Si ces informations sont classées sous la rubrique du problème X ou du diagnostic Y, le système permet de les consulter directement dès que le dossier du patient mentionne X ou Y.

Prenons par exemple les directives de la Société Suisse de Rhumatologie sur le traitement au méthotrexate: je les connais par cœur – du moins en partie. En cas de besoin, je suis content de les avoir sous la main. Il n'est pas indiqué pour autant d'enregistrer ces directives séparément pour chaque patient atteint d'arthrite rhumatoïde, car lors d'une mise à jour, il faudrait remplacer le document pdf dans tous les dossiers des patients présentant ce symptôme. Il vaut mieux que tous ces dossiers pointent vers un seul document «attaché» au code L88.

Avantages

Dès qu'un code est activé dans le dossier d'un patient, les informations classées localement dans la rubrique allouée à ce code sont disponibles hors ligne sous forme de graphiques ou de documents aux formats pdf ou word, et d'autres informations sont consultables en ligne³. On peut «classer» de la même façon de nouvelles connaissances acquises dans le cadre d'une formation continue, et elles seront dès lors toujours à portée de main en cas de besoin. Les modifications sont apportées de façon centralisée. Les informations sont mises à jour régulièrement et immédiatement disponibles.

Gestion des médicaments

Durant la phase finale de l'aménagement du concept d'épisode, il est prévu de rattacher la CISP à la médication. Dans une étape préliminaire, le logiciel pourrait «participer et apprendre en arrière-plan» et détecter la récurrence éventuelle de certaines combinaisons de codes CISP et de médications, afin de pouvoir, sur demande, faire une proposition pour un code CISP particulier. Ce service peut s'avérer très utile dans le feu de l'action, mais il ne doit intervenir que sur demande explicite. Pour ma part, j'ai du mal à m'enthousiasmer pour les fenêtres intempestives clignotant à la moindre occasion, comme on les rencontre dans certains logiciels de marques étrangères. Mais lorsque je suis en plein travail, je suis très content d'obtenir l'informa-

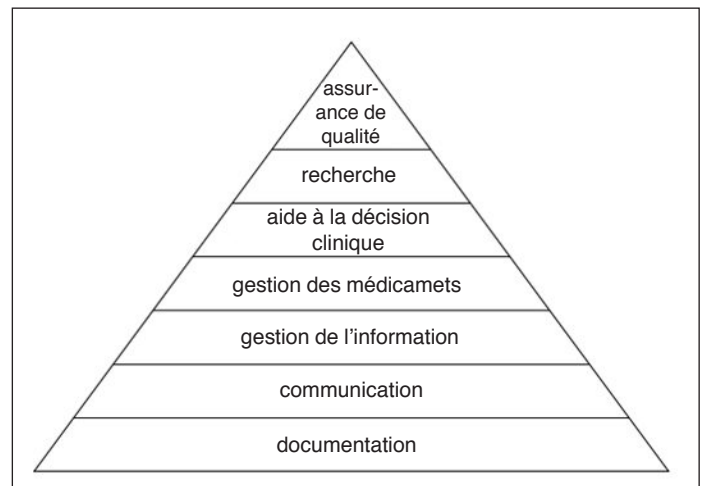


Figure 1

Pyramide de la documentation électronique. Ce graphisme tente de représenter l'importance de la documentation électronique en tant que point de départ pour des applications informatiques ultérieures au cabinet médical.

tion souhaitée d'un seul clic de souris. Il s'agit d'un premiers pas vers l'aide à la décision clinique ou le système expert.

Aide à la décision clinique⁴

Le point de départ de ce concept est clair: fournir le bon renseignement au bon moment et au bon endroit. Une partie de cette prestation très utile est déjà offerte dans les domaines de la gestion de l'information et de la gestion des médicaments. Les systèmes experts vont encore plus loin – ils sont censés collaborer en arrière-plan et livrer des indications si besoin est. Il faut que chaque utilisateur soit libre de choisir à quel moment et sous quelle forme il sollicite cette aide, et il doit donc pouvoir la configurer individuellement. Certaines informations et certains outils sont indépendants de la CISP, d'autres sont liées à un code.

Exemples

- Le patient XY prend un inhibiteur de l'ECA depuis des années. Dernièrement, son taux de potassium s'est accru. Il est évident que chaque médecin de famille sait qu'il faut être vigilant dans ce cas-là. Mais il a également la possibilité de configurer le système de telle façon qu'une alarme donne un avertissement si le taux de potassium dépasse 4,5 chez un patient sous inhibiteur de l'ECA. Ce cas n'est pris qu'à titre d'exemple – rien n'empêche d'imaginer des combinaisons différentes voire plus complexes.
- Interactions médicamenteuses: les systèmes ne sont de loin pas achevés. Mais nous pourrions continuer à les améliorer. Là aussi, il vaudrait la peine de prendre les choses en mains et de procéder à une évaluation professionnelle des milliers de prescriptions effectuées par les médecins de famille, afin de constituer ainsi une base de données centrale permettant de visualiser les effets secondaires des médicaments. En conjuguant cette base de données avec les résultats du laboratoire au cabinet, dont il faut éventuellement tenir compte aussi, nous signalerions clairement que l'évaluation des interactions médicamenteuses doit avoir lieu dans le contexte clinique, et qu'en dehors de ce dernier elle ne représente qu'un surplus d'efforts⁵.
- La plupart des cabinets médicaux ont adopté certaines directives internes, écrites ou non, sur la fréquence des contrôles en cas de troubles du métabolisme lipidique, de diabète ou d'insuffisance

³ Ainsi, par ex., les directives de médecine factuelle mises en ligne sur le site www.ebm-guidelines.com sont directement consultables via certains codes CISP.

⁴ L'aide à la décision clinique (en anglais: Clinical Decision Support, CDS) est un soutien décisionnel en matière de diagnostic et de traitement médicaux.

⁵ Des tentatives de charger les pharmaciens de cette évaluation ou de créer un outil en ligne à cet effet sont déjà en cours!

rénale. Dans ce cas, le logiciel est susceptible de fournir un appui concret. Si l'on saisit «T90» (diabète non insulino-dépendant) et que le système applique la directive stipulant qu'en cas de diabète, il faut mesurer l'HbA1c deux fois par an jusqu'à l'âge de 85 ans, le logiciel indique de lui-même si le moment de l'analyse prévue est déjà dépassé de deux mois. Encore une fois: cet exemple ne fait qu'illustrer nos propos, et le processus ne sera activé que si la ou le collègue le souhaite.

Dans la bibliographie et dans internet, il est aisé de trouver des systèmes de référencement et des algorithmes plus ou moins utiles à la prise de décision clinique. A l'avenir, il faudra incorporer directement les outils pertinents et validés pour le cabinet médical dans les logiciels. Il faut que le développement du dossier médical électronique (DME) s'aligne sur l'utilisateur. Nous allons élaborer les spécifications des futurs logiciels de gestion des examens cliniques au cabinet médical en étroite collaboration avec l'Institut de médecine générale de l'Université de Zurich.

Recherche

Le potentiel que présente la CISP pour la recherche a maintes fois attiré l'attention, et cette classification est mise en pratique dans le cadre du projet FIRE [5]. Il faut cependant regretter que seule sa qualité d'outil de recherche ait été prise en considération jusqu'ici. La recherche en médecine de famille va de plus en plus gagner en importance. Toutefois, si la raison de se motiver pour la CISP et de l'accepter résidait dans cette seule qualité, la CISP serait rapidement vouée à l'échec.

L'information, c'est le pouvoir. Les données entre nos mains sont nombreuses, et une partie d'entre elles sont déjà élaborées par des tiers qui en font commerce. Il faut nous atteler à saisir nos données, à les regrouper et à les mettre à profit, pour acquérir encore davantage de force de conviction et de professionnalité au sein de la médecine de famille [6]. Et la CISP y est indispensable.

Assurance de qualité

La première étape en assurance de qualité consiste à savoir ce que l'on fait. Nous savons que nous fournissons de la bonne qualité chaque jour. Or justement, le mieux est l'ennemi du bien. Pour s'améliorer, il faut se regarder dans un miroir, plus précisément dans celui de la pratique clinique. A nouveau, le codage des consultations selon la CISP en représente une condition préalable.

Je ne peux prendre la bonne voie qu'à la condition de savoir où je me situe. Dans un contexte évoluant vers la complexité, l'étiquetage systématique des consultations selon la CISP gagnera de plus en plus en importance et il permettra de poser la base de l'assurance de qualité.

Limites de la CISP

Certains reprochent parfois à la CISP sa mouture trop grossière. La CISP est effectivement beaucoup moins complexe que la CIM-10. Toutefois, un outil complexe n'est que d'une utilité limitée s'il est inapplicable. Il va de soi qu'aucune information ne doit se perdre. Si un

médecin spécialiste nous adresse un patient avec, admettons, trois codes CIM-10 pour une cardiopathie ischémique (CI), il faudrait sauvegarder cette information supplémentaire dans un plan de données parallèle et pouvoir la consulter en cas de besoin. Pour la prise en charge par le médecin de famille, il suffit cependant dans un premier temps d'obtenir l'information selon laquelle le patient est atteint de maladies correspondant aux codes T89 (diabète insulino-dépendant) et S91 (psoriasis), et qu'il a encore une CI (K76). Si le médecin de famille désire approfondir le problème de la CI et qu'il a besoin d'autres informations, il doit pouvoir accéder aux trois codes pour cardiologues de la CIM-10 en actionnant le lien interne K76.

RFE et concept d'épisode

Le recours à la CISP esquissé dans cet article n'en est qu'à son début. Pour le praticien, il représente un effort initial supplémentaire. La plupart des collègues ayant adopté la documentation électronique en resteront certainement à cette étape, et c'est bien ainsi. Ils pourraient cependant passer à l'étape suivante, qui est la saisie des RFE (*Reason for Encounter*⁶). Il s'agit encore une fois d'utiliser les codes de la CISP, mais ici pour désigner les motifs du traitement. A l'avenir, une fois que le logiciel de soutien sera installé, l'assistante médicale pourra sans problème saisir les codes directement pendant un appel téléphonique. Les RFE symbolisent la perception ou la vision subjective du patient, comme par exemple: «j'ai mal à la tête» (N01); «je crains d'avoir une pneumonie» (R27); «je suis si fatigué» (A04) etc. La comparaison des RFE et des étiquettes effectives saisies lors des consultations permet de souligner la compétence de base du médecin de famille.

L'élaboration finale du concept d'épisodes est une excellente école pour comprendre l'application de la CISP. Les codes de la CISP relatifs à une seule consultation et à un unique problème sont rattachés ensemble pour former un épisode. Cette série permet d'illustrer le déroulement longitudinal. A l'intérieur d'un épisode, les codes peuvent être modifiés, mais l'épisode reste le même jusqu'à la levée définitive. Le travail que demande la saisie des épisodes est nettement plus long et il faut encore développer considérablement le soutien logiciel à cet effet. L'objectif lointain serait de trouver un groupe représentatif de médecins de famille qui se charge de cette tâche.

Références

- 1 <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/index.html>.
- 2 http://www.nlm.nih.gov/research/umls/Snomed/snomed_main.html.
- 3 <http://loinc.org>.
- 4 Bhend H. ICPC-2 First Steps. PrimaryCare. 2008;8(6):108-11; und www.icpc.ch.
- 5 Bhend H. «FIRE is lit» - das Feuer ist entfacht. PrimaryCare 2009;7(7):325-7.
- 6 Kühlein T. Wer die Daten besitzt, hat die Macht. PrimaryCare. 2010;10(14): 271-72.

Correspondance:

Dr. med. Heinz Bhend
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 Oltnerstrasse 9
 4663 Aarburg
 heinz.bhend@sgam.ch

⁶ RFE signifie «reason for encounter». Ce concept est défini sur le plan international comme le motif de consultation exprimé par le patient selon sa «vision subjective». Il faut bannir l'utilisation impropre de l'acronyme RFE pour décrire l'effort de monitoring lié aux DRG.