

SFMG



Le plaisir de comprendre

DRMG N°49

juillet 1997

supplément

la lettre

d e l a m é d e c i n e g é n é r a l e

documents *de recherches* en médecine *générale*

Société Française de Médecine Générale

Société Savante

27, boul Gambetta - 92130 Issy Les Moulineaux

Tél 01 41 90 98 20 - Fax 01 41 90 98 21

e-mail : SFMG@Club-Internet.fr • <http://www.upml.fr/sfmg>

O.N.G. agréée auprès de l'O.M.S.

Représentant officiel de la France à la WONCA

Des classifications médicales

Dr Pascal CLERC - SFMG

Pour appréhender et comprendre son environnement l'Homme a toujours cherché à classer, et les médecins n'ont pas échappé à cette démarche. Mais aujourd'hui, au-delà de l'intérêt scientifique pour les choses classées, les enjeux liés à la santé publique, l'économie de la santé et à la gestion du système sanitaire donnent un relief particulier aux Classifications médicales.

En effet des données standardisées sont nécessaires pour la production d'indicateurs de santé fiables :

- Les responsables de **Santé publique** doivent disposer d'indicateurs suffisants pour mesurer l'amélioration de la durée de vie, la diminution des incapacités et de la rentrée en maladie chronique¹.
- **L'évaluation économique** des activités de santé a besoin d'indicateurs de santé quantitatifs et qualitatifs pour ses

études coût-efficacité, coût-bénéfice, coût-utilité.

- **Enfin la gestion du système de santé**, tant par les Caisses d'assurance maladies que par les personnels de santé nécessite l'utilisation "d'indicateurs de santé généraux et spécifiques fiables pour suivre l'évolution, la planification et l'organisation du système"².

Le médecin généraliste moderne, au cœur de ce système et de ses contraintes, devient l'un des producteurs de données standardisées. Mais pourra-t-il utiliser ses concepts et son langage ou devra-t-il se couler dans le moule d'une classification internationale ?

Avant de répondre à cette question, un état des lieux s'impose : qu'elles sont les classifications existantes, leurs origines, leurs particularités, leurs fonctions, et leurs complémentarités ?

C'est avec les chimistes Suédois qu'apparaissent les premières classifications de minéraux, mais l'art du classement prend vraiment son essor avec les botanistes Boissier de sauvages (1731), Robert James (1743), et surtout Linné (1753).

En médecine, le XVIII^{ème} siècle voit l'aliéniste Philippe Pinel produire sa Nosographie philosophique ou Méthode de l'analyse appliquée à la médecine en 1798. Sa méthode de classement ne s'appuie plus sur des symptômes mais sur des **organes** lésés. Elle emprunte aux naturalistes tels que Linné et Jussieu, mais aussi aux travaux de Morgagni (1682/1771) - qui révéla l'intérêt de l'étude des lésions chez l'homme malade et leur confrontation avec la clinique - et des anatomistes comparatistes comme Cuvier. Cependant, dans le chapitre consacré aux maladies mentales "les Vésanies", Pinel admet qu'il n'existe pas de lésion cérébrale spécifique aux troubles mentaux et que la classification doit alors s'appuyer sur le **trouble du comportement**, allant du moins perturbé au plus perturbé.

Avec Virchow (1858), la classification anatomo-pathologique s'appuie sur le **microscopique**. Au XX^{ème} siècle, le microscope électronique et l'**histochimie** seront de puissants vecteurs qui compléteront ce type de classification.

Bientôt les critères anatomo-cliniques ne suffisent plus à classer les maladies. L'apparition de **critères biologiques** - "lésion biochimique" qui dépasse la mise en cause d'un seul organe - et **bactériologiques** viennent bouleverser la classification anatomo-clinique³.

Quant à l'usage statistique du diagnostic médical, il apparaît au XIX^{ème} siècle pour classer les causes de décès. Une nomenclature de 138 rubriques est constituée à l'initiative de W. Farr, à la suite du premier congrès international de statistique en 1853. La nomenclature internationale des causes de décès suivra en 1893 sous l'égide de J. Bertillon et elle deviendra Classification Internationale des Maladies (CIM), sous le contrôle de l'OMS, à partir de 1948.

aujourd'hui, la totalité de la médecine a besoin de près de 300 000 mots pour s'exprimer⁴. Mais "*Il n'y a pas de classification idéale pour tous les objectifs médicaux : statistique sanitaire, recherche clinique et fondamentale, bibliographie. Plus de 150 classifications ou nomenclatures sont disponibles en médecine. Chacune à ses avantages et ses inconvénients*"⁵. En fait chaque classification répond à un objectif précis que traduit la logique de sa structure (nombre d'axes de classement ; construction hiérarchique ou modulaire). Chaque classification entraîne donc une perte d'information car elle regroupe dans une même rubrique des concepts différents, avec cependant un dénominateur com-

mun. Mais la perte d'information ne sera pas la même d'une classification à l'autre.

La classification générale de référence, l'une des plus employées, est la Classification Décimale Universelle **CDU**, ou l'ensemble des connaissances humaines est divisé en 10 Classes numérotées de 0 à 9. Dans chaque classe, on va du général au particulier par l'extension continue de fractions décimales.

Dans le champ de la médecine, nous trouvons des classifications médicales générales comme **SNOMED**, **CANDO**, des

Classer est le temps nécessaire avant toute étude sérieuse.

Il était une fois...

Affaires classées ...

classifications spécialisées dans la pathologie comme la CIM, et des classifications limitées à un domaine précis : neurologie, orthopédie, etc... La thérapeutique médicamenteuse fait appel au **Codex** : recueil officiel des spécifications des médicaments pouvant entrer dans la composition des préparations magistrales ou de spécialités pharmaceutiques.

Quant au ministère Français de la santé il répond à ses besoins de gestion avec la nomenclature des actes médicaux CDAM⁶.

Le champ immense des classifications peut rendre perplexe le praticien : "Qu'a-t-il besoin de faire dans cette galère ?". Tout simplement de connaître et d'utiliser les outils nécessaires à la recherche bibliographique et à l'utilisation de données permettant la description de son activité.

RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

MeSH⁷

Le **Medical Subject Heading** a pour tâche l'aide à l'indexation des documents. C'est un thésaurus polyhiérarchique conçu en 1960 par le National Library of Medicine, base de référence de MEDLINE et de l'Index Medicus. Il contient plusieurs milliers de descripteurs associés à un code alphanumérique qui exprime la position du terme dans une ou plusieurs hiérarchies de termes. Pour donner un ordre d'idée MEDLINE c'est 7.500.000 références à partir de 4 000 journaux médicaux internationaux. Une version française est éditée par l'INSERM.

- | |
|---|
| A. Anatomie |
| B. Organismes |
| C. Maladies |
| D. Produits chimiques et médicaments |
| E. Techniques analytiques, diagnostiques et thérapeutiques, équipements |
| F. Psychiatrie et psychologie |
| G. Sciences et biologiques |
| H. Sciences physiques |
| I. Anthropologie, éducation, sociologie, et phénomènes sociaux |
| J. Technologie, industrie, agriculture et alimentation. |
| K. Humanités |
| L. Sciences de l'information et communication |
| M. Groupes nommés |
| N. Santé |
| Z. Noms géographiques |

Tableau 1: Chapitres de MeSH

CANDO⁸

C'est une Classification Alpha Numérique de la Documentation médicale, pharmaceutique, et de biologie humaine. Son objet est l'indexation des documents médicaux.

Les descripteurs peuvent être classés en deux catégories selon qu'ils concernent la localisation de l'étude ou son objet :

- La première catégorie est localisatrice et détaille les structures de l'être humain : topographie humaine, propriétés physiques, molécules chimiques, tissus, cellules, organes, régions, caractéristiques chronologiques, rapports avec l'environnement...
- La deuxième catégorie est thématique : morphologie, physiologie, pathologie, études historiques, sociales, etc.

Chacune des catégories se combine à l'autre pour désigner l'objet d'une étude sur un sujet déterminé.

Codes :

LB : Oesophage 38 : Chirurgie
RB : Rein 22s : Echographie

Combinaisons :

LB38 : chirurgie de l'oesophage
RB22s : Echographie rénale

PATHOLOGIES MÉDICALES

SNOMED^{9 10}

L'International Systematized **NO**omenclature of human and veterinary **ME**decine" a été mise au point à l'origine par les anatomopathologistes américains en 1965 sous le vocable SNOP. C'est en 1977 que cette nomenclature classifiée prend le nom de SNOMED .

• Nomenclature par son exhaustivité des termes médicaux : c'est la nomenclature médicale universelle qui contient plus de 50 000 termes médicaux organisés suivant 11 modules.



1.	Topographie
2.	Morphologie
3.	Fonction <i>(termes de physiopathologie et les termes utilisés pour décrire les états et processus pathologiques)</i>
4.	Organismes vivants
5.	Produits chimiques
6.	Agents physiques
7.	Profession <i>(codification mise au point par le Bureau international du Travail)</i>
8.	Contexte social
9.	Modificateurs généraux <i>(essentiellement des adjectifs)</i>
10.	Diagnostics
11.	Procédures <i>(activités administratives, diagnostiques et thérapeutiques préventives ou curatives).</i>

Tableau 2: Classification SNOMED suivant 11 modules

• Classification, car les éléments de chaque axe est organisé hiérarchiquement suivant l'exemple suivant :

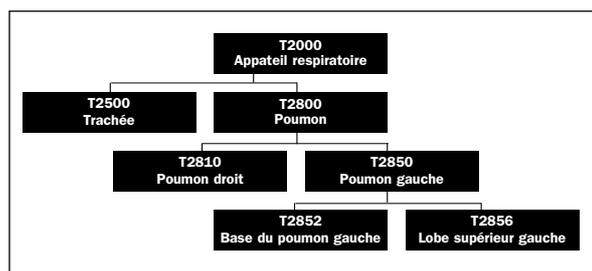


Tableau 3: Organisation hiérarchique de l'axe topographique de SNOMED

Cette classification est compatible avec la CIM

La Classification Internationale des Maladies et ses adaptations

CIM-10^{11 12}

L'histoire de la Classification Internationale des Maladies¹³ commence en 1853 avec Wiliam Farr, et se poursuit avec Jacques Bertillon en 1891, chargé par l'International Statistical Institute de préparer une "Nomenclature internationale des causes de Décès". A partir de 1898, le principe de la Révision décennale est adopté... et les révisions se succèdent sur un siècle. Lors de sa 6ème révision en 1948, cette Nomenclature devient "Classification Internationale des Maladies", sous l'égide de l'OMS. La Neuvième révision rentre en vigueur en 1975 et la Dixième en 1995.

A partir de cette Dixième révision, la CIM se nomme :

"Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Associés"

Les travaux reposent sur des groupes de spécialistes qui prennent en compte des critères diagnostics spécifiques, les nouveaux agents pathogènes, l'évolution des recensements pathologiques. Fait important, il devient possible de lui rattacher des classifications spécialisées.

La CIM-10, recense près de 30 000 pathologies, comporte 21 Chapitres, 10 000 Rubriques, 3 Volumes avec une structure de code à 1 lettre et 3 Chiffres avec deux niveaux de classification :

- Un premier niveau est constitué par les trois premiers caractères du code : une lettre et deux chiffres

Chapitre X	
Maladies de l'appareil respiratoire (J 00 - J 99)	
Affections aiguës	
des voies respiratoires supérieures (J 00 - J 06)	
J 00	Rhinopharyngite aiguë (Rhume banal)
J 01	Sinusite aiguë
J 02	Pharyngite aiguë
J 03	Amygdalite aiguë
J 04	Laryngite et trachéite aiguës
J 05	Laryngite obstructive aiguë (croup) et épiglottite aiguë
J 06	Infections aiguës des voies respiratoires supérieures, à localisations multiples et non précisées.

- Un deuxième niveau avec adjonction d'un quatrième caractère : un chiffre séparé par un point

E 10	Diabète Insulino-dépendant
E 10.0	Diabète insulino-dépendant avec Coma.

J 10	Grippe, à virus grippal identifié
J 10.0	Grippe avec pneumopathie, virus grippal identifié
J 10.1	Grippe avec d'autres manifestations respiratoires, virus grippal identifié
	Epanchement pleural grippal
	Grippe
	Infection grippale des voies respiratoires supérieures
	Laryngite grippale
	Pharyngite grippale

Par ailleurs il existe un Double classement :

- Etiologique ou de Maladie Initiale,
- Organique ou de Localisation.

Toxoplasmose pulmonaire codée :	
B58.3 au chapitre des	
"Maladies Infectieuses et Parasitaires",	
J17.3 au chapitre "Maladies du Système respiratoire".	

Le chapitre XVIII de la CIM intitulé "Symptômes, signes et résultats anormaux d'exams cliniques et de laboratoires non classés ailleurs" correspond à une majorité de symptômes et syndromes rencontrés en médecine générale. C'est l'un des endroits de la classification où se positionne le Dictionnaire de Médecine Générale de la SFMG (voir plus loin).

Malgré son origine liée aux causes de décès, la CIM est aujourd'hui la classification médicale internationale de référence. Il ne peut donc exister de travaux de recherche de valeur internationale sans l'utilisation d'une classification transcodable CIM.

Chapitre	Intitulé
1.	Certaines maladies infectieuses et parasitaires
2.	Tumeurs
3.	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
4.	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
5.	Troubles mentaux et du comportement
6.	Maladies du système nerveux
7.	Maladies de l'oeil et de ses annexes
8.	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
9.	Maladies de l'appareil circulatoire
10.	Maladies de l'appareil respiratoire
11.	Maladies de l'appareil digestif
12.	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
13.	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
14.	Maladies de l'appareil génito-urinaire
15.	Grossesse, accouchement et puerpéralité
16.	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
17.	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
18.	Symptômes, signes et résultats anormaux d'exams cliniques et de laboratoire non classés ailleurs
19.	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes
20.	Causes externes de morbidité et de mortalité
21.	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

Tableau 4 : Liste des chapitres de la CIM-10

2. HCIMO ¹⁴

Cette Nomenclature est l'adaptation Hospitalière de la Classification Internationale des Maladies et des Opérations ; elle a été mise au point par les Belges.

Il en existe une version pour le codage des actes médicaux HCIMOP (P pour procédures). L'Assistance publique des hôpitaux de Paris a mis au point une classification simplifiée

appelée OTARIE, afin de faciliter le codage dans la perspective de la construction des Groupes Homogènes de Malades dans le cadre du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI - voir plus loin).

3. ICHPPC ¹⁵

L'International Classification of Health Problems in Primary Care est la synthèse de la CIM pour les soins primaires. Elle est développée sous l'égide de la WONCA ^(a) (Voir plus loin).

Classifications spécialisées annexes de la CIM

Nous avons vu qu'il est impossible aujourd'hui de mettre sur pied une classification répondant à tous les besoins dans le domaine des maladies et de la santé. C'est la raison pour laquelle la CIM-10 autorise une correspondance avec des Classifications spécialisées répondant à des besoins spécifiques en pratique clinique.

1. CIM-O ¹⁶

La Classification Internationale des Maladies Oncologiques est une extension du chapitre II "Tumeurs" de la CIM. Cette classification est utilisée pour le codage de l'enquête permanente "cancer" des centres de lutte contre le cancer.

2. CIDIH ¹⁷

La Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps repose sur la classification conceptuelle introduite par WOOD dans l'analyse des situations de handicaps (concepts de déficience, d'incapacité, de désavantage).

Elaborée à l'initiative de l'OMS, elle a été publiée en 1980.

3. CIATTO ¹⁸

Classification Internationale des Affections et Traitements en Traumatologie et Orthopédie, est une extension de l'HCIMO mise au point par le service orthopédique des Cliniques Universitaires Saint-Luc en Belgique. Elle répond aux besoins spécifiques de ces spécialistes tout en maintenant la cohérence avec CIM.

Le code MEARY ¹⁹ est un code de classement orthopédique utilisé principalement par les orthopédistes de langue française.

4. OPUS - 4 ²⁰

Classification anglaise de chirurgie intégrée dans le code Read (voir plus loin).

(a) World Organisation of National Colleges, Academies and Academic associations of General Practitioners.
Création à Melbourne en 1961.



Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux - DSM III-R²¹

Le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux est développé à partir de 1952 à l'initiative de l'Association Américaine de Psychiatrie. Le premier manuel officiel des troubles mentaux (DSM-I) est publié avec un glossaire descriptif des catégories diagnostiques. En 1968, le DSM-II prend effet en même temps que la CIM-8. En 1974 est publié le DSM III dont le travail s'est orienté vers la nomenclature et les statistiques. En 1983, est publié le DSM III R dont la particularité est la promotion des travaux d'experts d'un domaine particulier de la psychiatrie. DSM-IV prend effet en France en 1996.

Les définitions du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux sont construites de la façon suivante :

- Un titre suivi d'un petit argumentaire sur le choix de la catégorie diagnostique.
- Sept critères : caractéristiques associées, âge de survenue (si connu), évolution, handicap et complications, facteurs prédisposants, répartition selon le sexe, et le diagnostic différentiel.
- La définition :

00.70 Trouble Somatoforme indifférencié

Critères diagnostiques du trouble somatoforme indifférencié

A. Existence d'une ou plusieurs plaintes somatiques :
p ex. fatigue, perte d'appétit, plaintes gastro-intestinales ou urinaires.

B. Soit (1) soit (2) :

(1) Un examen approprié ne découvre ni pathologie organique ni mécanisme physiopathologique (ex. trouble physique ou conséquences d'une blessure, médicaments, drogue, alcool) pouvant expliquer les plaintes somatiques.

(2) Quand il existe une relation avec une pathologie organique, la plainte somatique ou le handicap social ou professionnel résultant sont nettement disproportionnés par rapport à ce que laissent supposer les constatations de l'examen physique.

C. La perturbation a une durée d'au moins six mois.

D. Ne survient pas exclusivement ; au cours de l'évolution d'un autre trouble somatoforme, d'une dysfonction sexuelle, d'un trouble anxieux, d'un trouble du sommeil ou d'un trouble psychotique.

Le DSM a été construit pour répondre à la fois, aux exigences de la clinique quotidienne et de la recherche. Les buts du DSM sont tout à fait applicables au Dictionnaire SFMG des résultats de consultation (voir plus loin).

- 1 Utilité clinique permettant de prendre des décisions pour le traitement et la conduite à tenir.
- 2 Fiabilité des catégories diagnostiques.
- 3 Acceptabilité pour les cliniciens et les chercheurs d'orientations théoriques différentes.
- 4 Utilité pour la formation des professionnels.
- 5 Compatibilité avec la CIM.
- 6 Eviter une terminologie et des concepts qui rompent avec la tradition sauf en cas de besoin impératif.
- 7 Obtenir un consensus sur la signification des termes diagnostiques.
- 8 Rester cohérents par rapport aux données fournies par la recherche sur la validité des catégories diagnostiques.
- 9 Convenir à la description des sujets dans les protocoles de recherche.
- 10 Répondre aux critiques des cliniciens et des chercheurs, lors des mises à jour.

Tableau 5: Buts de la DSM III R (Introduction)

Soins de santé primaire

1. International Classification of Health Problems in Primary Care²²

En 1959 Le Royal College of General Practitioners effectue un premier relevé de morbidité chez onze médecins généralistes. Ils utilisent la Classification Internationale des Maladies. Devant les difficultés rencontrées au cours de ce travail, une première synthèse de la CIM est effectuée en 1976 par la WONCA. Elle prend le nom de ICHPPC.

Cette classification est composée de 337 items à partir de la CIM, retenue selon une fréquence d'apparition de la morbidité en médecine générale de 0,5/1000 (à peu près 500 définitions). En 1983 l'ICHPPC est révisée en ICHPPC-2d, une classification avec définitions, critères d'inclusion et rappel des situations voisines et qui regroupe 493 Termes en 17 chapitres (29 termes par chapitres).

Code ICHPPC : 3078

Code CIM-9 : 307.8

Maux de tête (Céphalées), mal de dos psychogénique et autres douleurs d'origine mentale (Psychalgie = variété exceptionnelle de névralgie dans laquelle prédomine l'élément psychopathique).

Exclus : Maux de tête non autrement spécifiés (258, 7840) ; lombalgie (238, 7242) ; Migraine (90, 346)

L'insertion dans cette rubrique

nécessite l'ensemble des faits suivants :

- (a) Toute douleur reliée, dans le temps ou l'intensité, à une tension (perturbation, agression, contrainte) psychologique.
- (b) Douleur non explicable par un désordre organique ou autre maladie mentale.

Ces définitions sont construites à partir des axes de la Classification Internationale des Maladies (localisation et étiologie) et non à partir de l'expérience clinique. Le choix de la bonne définition dans un contexte clinique, est un exercice périlleux... pour le praticien !

Code ICHPPC/ 009 Code CIM-9 : 008.8,009
 Maladie intestinale, présumée infectieuse, d'origine soit virale non spécifié, soit d'origine inconnue.
 Inclus : diarrhée présumée infectieuse.
 Exclus : gastro-entérite provoquée par absorptions chimiques (153, 536-), (159, 558-); diarrhée présumée sans cause infectieuse (spécifiée), entérite et gastro-entérite (159, 558-); désordres des fonctions digestives (159, 558-), (161, 5640), (167, 579-); vomissements présumés n'être pas d'origine infectieuse, cause non encore déterminée, et non autrement spécifiés (274, 7870) comme définis dans le titre du diagnostic.

En 1986 est adjoint une nomenclature des procédures, **IC-Process-PC (ICP-PC)**²³ et une nomenclature des motifs de consultation **Reason For Encounter Classification (RFEC)**, elle même directement dérivée du National Ambulatory Medical Care Survey/Reason for Visit Classification (NAMCS/RFV) utilisé aux Etat-Unis.

2. Read Codes²⁴

Il s'agit d'un thesaurus de termes préférentiels médicaux, auxquels sont assignés des codes. Mis au point en Angleterre par le Dr James Read, pour la pratique clinique quotidienne, cette nomenclature inclut le statut socio-professionnel, les renseignements administratifs, les motifs du patient, les signes d'examen, les diagnostics (compatible CIM), les procédures diagnostics, thérapeutiques, chirurgicales, l'imagerie et les médicaments. Elle regroupe près de 100 000 termes, et chaque terme possède un code alphanumérique unique avec 5 caractères hiérarchisés (au plus).

Niveau	Terme	Read Code	CIM-9
1	Maladie cardio-vasculaire	G...	390-459
2	Maladies ischémiques du myocarde	G3...	410-414
3	Infarctus du myocarde (aigue)	G30...	410
4	Autres infarctus myocardiques	G30y.	410.8

Une liste de 150 000 synonymes est attachée aux termes principaux (ou concepts). Il existe des références croisées SNOMED, DSM III-R, CISP, etc.

Cette nomenclature classifiée est utilisée depuis 1990 par le NHS.

3. Dictionnaire SFMG²⁵

Ce dictionnaire trouve son origine dans les travaux du médecin généraliste Autrichien R.N Braun²⁶. Dictionnaire des problèmes les plus fréquemment rencontrés en Médecine Générale (0.3/1000 - à peu près 300 termes) il contient des définitions avec critères d'inclusion et d'exclusion et rappel des situations voisines. Son écriture concise facilite le traitement informatique, et la constitution d'une base de données biomédicale en médecine générale. Il est compatible avec la CIM.

Ce dictionnaire a la particularité d'avoir été construit à partir de l'expérience clinique de médecins généralistes Français entre 1988^(b) et 1995^(c). Il a subi une première validation grâce au concours de 100 médecins généralistes informatisés, qui ont utilisé ce dictionnaire en pratique quotidienne, pendant au moins une année.

Chaque définition est caractérisée par :

Son titre, sa position diagnostique^(d), et ses exclusions

Jambes Lourdes O B Code CIM-10: 187.9

++++ Plainte localisée aux jambes
 ++|| 2 douleur
 ++|| 2 lourdeur
 ++|| 2 paresthésies, picotement, tiraillement, engourdissement
 ++++ De caractère bilatéral
 +- majorée par la station debout
 +- diminuée par le repos étendu
 +- soulagée par le froid
 +- prurit
 +- oedème discret
 +- facteur déclenchant habituel à préciser
 +- douleur à la pression
 +- la nuit : tension mollet, brulures
 +- récursive

Voir aussi :

Varices membres inférieurs
 Oedeme membres inferieurs
 Thrombophlébite
 Algie
 Myalgie
 Paresthésies des membres inferieurs

(b) INSERM, *Contrat d'animation d'un réseau*, N° 488018, Paris 1998

(c) *Grâce au concours financier de la CNAM-TS : convention N° 1397/93*

(d) A : symptôme, B : Syndrome, C : Tableau de maladie, D : Diagnostic certifié.



TRANSCODAGE : LE THESAM^{27 28}

Comme son nom l'indique, c'est un **THES**aurus des Activités Médicales. Son objet est de lier les termes médicaux et leurs synonymes par un code. Considéré par certains comme un référentiel pour le codage des diagnostics et des actes selon les diverses classifications, il est un instrument d'aide au codage largement utilisé en France et dans les pays francophones.

Deux idées forces guident cet ouvrage :

- Permettre à chaque médecin de garder SA classification adaptée à son travail quotidien, à condition que soit attribué un numéro Thésam à chaque libellé de sa classification afin de faciliter les correspondances entre les diverses classifications.
- Eviter à chacun d'avoir à transcoder sa classification dans une ou plusieurs classifications internationales.

Code THESAM
02749 Leucémie aigue myéloide
26527 Splénomégalie lors d'une maladie métabolique congénitale

Transcodage : Méningite listérienne
THESAM : 10057
CIM : 027.0+320.7
CANDO : VY 54 h

Le Traitement des informations...

Le regain d'intérêt pour les classifications médicales, va de pair avec la possibilité de traiter des données standardisées par informatique. Ainsi, des structures de "traitement de l'information" voient le jour ; mais tout comme les classifications, elles répondent à des objectifs particuliers. Ainsi :

- La CISP est orientée "recherche et évaluation en médecine générale" avec pour objectif de décrire les rapports entre motif de consultation du patient, diagnostic et décisions du médecin.
- Le PMSI est orienté "économie médicale" avec pour objectif la rationalisation des coûts hospitaliers.

Ces deux exemples illustrent bien l'importance du traitement de l'information dans les années à venir et la nécessité de développer des outils pertinents de recueil de données standardisées.

1. CISP²⁹

C'est en 1987 que la Classification Internationale des Soins Primaires est développée sous l'égide du Pr Lamberts

(Hollande) et du Dr Wood (USA). "Plus qu'une classification, il s'agit d'une méthodologie de traitement de l'information, orientée par problème et centrée sur le patient, élaborée à des fins de recherche et d'évaluation."³⁰

Les classifications utilisées pour recueillir et traiter les données sont ICHPPC (diagnostic), IPPC (procédures) et RFEC (motifs de rencontre) (voir plus haut).

A chaque terme de ICHPPC correspond un code alphanumérique (code CISP) composé de 1 lettre et deux chiffres :

A01	Douleur généralisée
D11	Diarrhée
Y26	Peur du cancer org. gen. masc.
Z29	Autres problèmes sociaux NCA

Les informations utilisées (motif de consultation, diagnostic, procédures) sont reliées entre elles et traitées à l'aide des codes et d'une grille bi-axiale

Chapitres	A - Général	B - Sang, organes hématopoïétiques	D - Digestif	F - Oeil	H - Oreille	K - Circulatoire	L - Ostéo-articulaire	N - Neurologique	P - Psychologique	R - Respiratoire	S - Cutané	T - Endocrinien, métabolique et nutritionnel	U - Urologique	W - Grossesse, accouchement, planif. famil.	X - Génital féminin	Y - Génital masculin	Z - Social
	Composants																
1. Symptômes et plaintes																	
2. Procédures diagnostiques et préventives																	
3. Procédures thérapeutiques et médicaments																	
4. Résultats de tests																	
5. Administratif																	
6. Références et autres motifs de contact																	
7. Diagnostics et maladies																	

Tableau 6 : Structure biaxiale de la CISP
17 chapitres et 7 composants

Exemple de traitement de l'information :

Une patiente consulte pour une toux, elle offre aussi un mal de tête et au décours de la consultation vous confie sa peur d'être enceinte.

Les trois motifs de contacts seront codés respectivement :

La toux	R 05	(R. respiratoire)
Le mal de tête	N 01	(N. Neurologique)
Peur d'être enceinte	W 02	(W. Grossesse, accouchement)

Vous examinez la gorge et les poumons et vous constatez qu'il s'agit d'une infection des voies respiratoires supérieures. Quelques questions et un test de vision indique la nécessité d'une prothèse oculaire. La consultation se prolonge parce que le moment est propice pour parler avec cette patiente de son angoisse de grossesse malgré le fait que le test de grossesse que vous réalisez soit négatif. En réalité, sa situation économique est à la base de son angoisse clinique.

Les trois diagnostics :

Infection des voies resp.sup.	R 74	(R. respiratoire)
Erreur de réfraction	F 91	(F. Oeil)
Problèmes économiques	Z 01	(Z. Social)

Elle repart avec un traitement symptomatique, une ordonnance de pilules, le conseil de porter ses lunettes, un mot pour l'ophtalmologiste et... plus tranquille de n'être pas enceinte.

Vous avez donc les procédures suivantes :

Examen du système respiratoire	R 30	R et 30 (examen détaillé)
Test de vision	F 39	F et 39 (épreuve fonctionnelle)
Test de grossesse	W 33	W et 33 (analyse immunologique)
Médicaments à visée respiratoire	R 50	R et 50 (médicament)
Prescription d'un contraceptif	W 50	W et 50 (médicament)
Conseil de porter des lunettes	F 45	F et 45 (avis, conseil)
Référence à l'ophtalmologue	F 67	F et 67 (référence spécialiste)
Ecoute thérapeutique basée sur un problème de grossesse	W 58	W et 58 (écoute thérapeutique)

Le recueil et le codage de ces données sont effectués lors de la consultation à l'aide d'un logiciel informatique.³¹

2. PMSI^{32 33}

Le Programme de Médicalisation du Système d'Information a été développé aux Etats Unis par le Pr Fetter, au début des années 1970. Le PMSI a été importé en France en 1981/82, puis introduit dans les Hôpitaux publics et privés en 1985.

L'objectif du PMSI est de créer un outil médicalisé de gestion hospitalière afin de mettre en regard les coûts et les services rendus et donc de mesurer la production hospitalière^(e)

Son intérêt théorique est de :

- Constituer un outil pour le gestionnaire hospitalier qui peut disposer de données sur ce que produit effectivement son établissement.
- Devenir un instrument de l'assurance qualité à l'hôpital (incitation aux bonnes pratiques)
- Fournir une base de données épidémiologiques, bien qu'il n'ait pas été conçu dans ce but.
- Prétendre améliorer à terme le système de financement des hôpitaux.

Il repose sur un recueil d'informations administratives et médicales³⁴ pour chaque séjour d'un patient dans une unité médicale.

Cette collecte produit le "Résumé Standardisé de Sortie" où figurent le sexe, l'année de naissance du malade, le mode d'entrée et de sortie dans l'unité ainsi que les dates d'entrée et de sortie, le diagnostic principal (CIM), les diagnostics associés (maximum 5), les actes médicaux significatifs (maximum 5). Cela permet de constituer des "Groupes Homogènes de Malades", étape indispensable pour étudier les coûts.

Le PMSI obéit en premier lieu à une logique économique. La vraisemblance clinique n'intervient qu'en second lieu.

C'est probablement la raison pour laquelle le taux d'erreur des Résumés Standardisés est de l'ordre de 20 à 30%. Les principales sources de ces erreurs sont les motifs d'hospitalisation non confirmés par le séjour hospitalier, un manque de précision des libellés diagnostiques, l'absence des comorbidités, et la difficulté à hiérarchiser les morbidités.³⁵

Des enjeux...

aujourd'hui, il devient possible d'utiliser les données structurées des classifications médicales, grâce à l'outil informatique. Mais comme le souligne le Dr Linnarson³⁶, l'utilisation "*d'un vocabulaire contrôlé*" est nécessaire pour "*mieux refléter la réalité clinique, permettre l'inclusion de tous les codes et classifications, rendre compte au mieux des données concernant le patient, et ainsi permettre l'interrogation de bases de données exploitables.*"

Ainsi, le médecin praticien tire un bénéfice considérable du couple Classifications/Informatique, que ce soit dans le domaine de l'information, que dans la gestion individuelle de son dossier médical^{37 38}. En effet, il lui devient possible de personnaliser la mise à jour de ses connaissances grâce :

1. à l'accès télématique de banques de données³⁹,
2. au développement de l'enseignement assisté par ordinateur (EAO).

la disposition d'esprit rationnelle⁴⁰ à laquelle incite l'informatique facilite l'usage de définitions standardisées pour :

1. une tenue structurée et claire du Dossier Médical,
2. une évaluation personnelle performante,
3. une participation possible à des études de terrain.

Pour le chercheur, c'est sur "*le dossier médical que repose l'exercice de la médecine et de la recherche médicale appliquée ; {car} il permet de suivre les malades et constitue une source pratique des informations qui conduisent à élaborer des hypothèses et à tester leur validité*"⁴¹.

Décrire, comprendre, évaluer et enseigner la médecine générale, sont des activités qui peuvent être envisagées avec les informations structurées contenues dans les dossiers médicaux :

- **Décrire**, grâce au recueil épidémiologique périodique et thématique.
- **Comprendre**, en créant des banques de données à partir des éléments contenus dans le dossier médical, et en définissant les liens complexes qui unissent ces éléments.
- **Évaluer** les résultats de la recherche grâce à la validation interne et externe. Évaluer leurs applications en terme de performance du médecin généraliste, et de service rendu au patient et à la population.
- **Enseigner** enfin, à partir des résultats de la recherche et non pas à partir d'opinions, de consensus, ou de pratiques traditionnelles non évaluées.

(e) La Loi du 31 juillet 1991 fait l'obligation à tous les établissements de santé, d'évaluer leur activité et de mettre en œuvre le système d'information correspondant.



Le Dictionnaire des Résultats de consultation de médecine générale est-il un outil capable de répondre à ces objectifs ?

Oui, car il répond à deux critères indispensables :

- Son adéquation avec les états pathologiques les plus fréquemment rencontrés en médecine générale. La

définition de ces états dans un langage univoque permet l'utilisation de données standardisées dans le temps et dans l'espace, quel que soit le médecin.

- Sa compatibilité avec la CIM-10, facteur indispensable de comparaison avec des études de niveau international.

glossaire

Codage : transformation d'une information selon un code, en données habituellement numériques ou alphanumériques permettant plus facilement son traitement informatique.

Classification : rangement des connaissances ou des documents selon des règles qui déterminent un ensemble de classes ou de subdivisions. Est toujours établie en allant du général au particulier. Elle réunit des concepts voisins dans une perspective statistique.

Une classification peut-être :

- Mono-axiale (ou hiérarchique) : un concept trouve une place et une seule, et les classes principales établies à partir d'une racine commune couvrent l'ensemble du domaine.
- Multiaxiale (ou modulaire ou à facettes) : un même concept apparaît dans différents axes.

Dictionnaire : recueil de mots d'une langue, des termes d'une science, d'un art, rangés par ordre alphabétique ou autre, avec leur signification.

Glossaire : dictionnaire qui donne l'explication des mots anciens ou mal connus. Lexique d'une langue vivante.

Index : liste, catalogue, en général alphabétique, des termes d'un domaine de connaissance.

Indexation : opération qui consiste à relever dans un document les informations les plus significatives ou représentatives de son contenu, dans le but de permettre la sélection du document pour un travail donné.

Lexique : liste alphabétique des termes (ou mots-clés) ayant servi à indexer les informations contenues dans un document.

Nomenclature : ensemble de termes techniques propres à une science ou un art. Chaque terme de la nomenclature est désignée par un libellé aussi long qu'il est nécessaire à sa bonne compréhension, et peut comporter un code.

Nosologie : classification des maladies

Nosographie : description des maladies.

Systématique : science ayant pour objet la classification rationnelle et l'établissement d'une

Nomenclature aux règles irréversibles et fixes (Découverte d'un concept qui inaugure le Système). C'est-à-dire à la fois taxinomie et classification des êtres vivants.

Taxinomie : science des lois de la classification. Propose un ordre à l'intérieur duquel se range des objets réels ; science des implications/exclusions. Synonyme : Taxilogie, Taxonomie.

Terminologie : degré le plus bas d'organisation; ensemble des mots techniques utilisés dans la profession.

Thesaurus : genre de dictionnaire fondé sur une structuration hiérarchisée d'un ou plusieurs domaines de la connaissance.

On distingue trois types de relation :

- entre un terme préférentiel et des synonymes connus ;
- entre un terme donné et d'autres termes qu'il est pertinent d'utiliser conjointement ;
- et qui organise une relation d'ordre des termes préférentiels en termes génériques et termes spécifiques.

Un **Métathésaurus** englobe les descriptions particulières de chaque thesaurus.



CANDO	Classification Alpha Numérique de la DOcumentation médicale	RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE
CDAM	Catalogue des Actes Médicaux	
CDU	Classification Décimale Universelle	
CIDIH	Classification Internationale des Déficiences , Incapacités et Handicaps	CLASSIFICATION SPÉCIALISÉE ANNEXE DE LA CIM
CIM -10	Classification Internationale des Maladies	PATHOLOGIES MÉDICALES NOMENCLATURE CLASSIFIÉE EXHAUSTIVE
CIM-O	Classification Internationale des Maladies Oncologiques	CLASSIFICATION SPÉCIALISÉE ANNEXE DE LA CIM
CISP	Classification Internationale des Soins Primaires	TRAITEMENT DE L'INFORMATION
Dictionnaire SFMG		SOINS PRIMAIRES -DICTIONNAIRE
DSM	Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux	SOINS SPÉCIALISÉS -DICTIONNAIRE
HCIMO	adaptation Hospitalière de la Classification Internationale des Maladies et des Opérations	SOINS SPÉCIALISÉS ADAPTATION DE LA CIM
ICHPPC	International Classification of Health Problems in Primary Care	SOINS PRIMAIRES
Adaptation de la CIM		
MeSH	Medical Subject Heading	RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE
PMSI	Programme de Médicalisation du Système d'Information	TRAITEMENT DE L'INFORMATION
Read Codes		SOINS PRIMAIRES -NOMENCLATURE
SNOMED	International Systematized NOmenclature of human and veterinary MEDecine	PATHOLOGIES MÉDICALES NOMENCLATURE CLASSIFIÉE EXHAUSTIVE
THESAM	THESaurus des Activités Médicales	TRANSCODAGE

Tableau 6 : récapitulatif des sigles



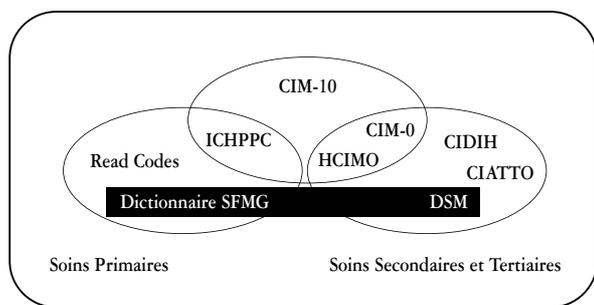


Figure 1 : position des différentes classifications, nomenclatures et dictionnaires.

- Certaines classifications sont des condensés de la Classification Internationale des Maladies pour des objectifs plus restreints. C'est le cas de HCIMO (objectif hospitalier) et de ICHPPC (objectif de soins primaires).
- La CIM-O est la Classification Internationale des Maladies étendue à l'oncologie.
- D'autres sont créées de toutes pièces et transcodées en Classification Internationale des Maladies : CIATTO, CIDIH.
- Il n'existe que deux Dictionnaires : le DSM (psychiatrie) et de Dictionnaire SFMG (Soins primaires)

- La Classification Internationale des Maladies est la référence internationale permettant la comparaison des études.

bibliographie

- Haut Comité de Santé Publique, "L'information sur la santé en France -présentation de synthèse", La Santé en France -Annexe : travaux des groupes thématiques, La Documentation Française, p.125-127.
- Gallais J.L, "Pour mieux soigner, chercher, évaluer, planifier ou organiser : la même exigence de rigueur", Document de Recherche N°41, SFMG, Octobre 1992, Editorial.
- "Principes d'une Nosographie (Santé)", Encyclopédia Universalis.page 665/666, 1983 et supplément 1995.
- BAUD R.H, LOVIS C., ALPAY L., RASSINOX A.M, SCHERRER J.R, NOWLAN A., RECTOR A. "Modelling for Natural Language Understanding", Symposium on Computer Applications in Medical Care, Safran C Editor, Washington, 1993.
- LANDAIS P., JAIS J.P, FRUTIGER P. "Sémantique des classifications et nomenclatures". In: Degoulet P., Stéphan J.C, Yvon P. Edition Informatique et Santé, Springer-Verlag, Paris 1989, p221/222.
- CDAM Catalogue des Actes Médicaux. Paris ; Ministère de la santé, 1991.
- National Library of Medicine, MeSH Medical Subject Headings. NLM, Bethesda Maryland, 1992.
- CHEVALIER J. "CANDO Médical & Pharmaceutique. Classification Alpha-Numérique de la Documentation" Maloine Editeur Paris - 4 ème édition, 1984, 1098 pages.
- CÔTE R.A, ROTHWELL D.J, PALOTAY J.L, BECKETT R.S., BROCHU L., "SNOMED INTERNATIONAL - The systematized nomenclature of human and veterinary medicine" College of American pathologists - American Veterinary Medical Association, Northfield, 1993, 3842 pp.
- JEANTY C, "Critique du SNOMED International", Actes des Journées Francophones d'Informatique Médicale: Dossier patient, codage et Langages Médicaux, Paris/Genève, Centre Hospitalier Universitaire de Genève, Genève, 1994 p.251/255.
- Classification Internationale des Maladies, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1995.
- PAVILLON G. , MAGUIN P, "La dixième révision de la Classification internationale des maladies", Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 1993, N°Vol 41, N°3, p.253-255.
- ROSOWSKY O. Une recherche en médecine générale ça commence où ?, Quintessence 88, page 8-12.
- HCIMO : Adaptation Hospitalière de la Classification Internationale des Maladies et des Opérations, 9^{ème} révision, Département des Sciences Hospitalières et Médico-sociales, Université Catholique de Louvain, Bruxelles, 1988.
- ICHPPC-2-defined. Inclusion Criteria for the Use of the Rubrics of the International Classification of Health Problems in Primary Care, Oxford University Press, Oxford, 1983.
- CIMO : classification internationale des maladies . Oncologie - OMS - Ed Française INSERM , Paris, 1980.
- WOOD P. Classification Internationale des Déficiences ,Incapacités et Handicaps - INSERM - 1988.
- CIATTO : Classification Internationale des Affections et Traitements en Traumatologie et Orthopédie, A.Vincent, Université Catholique de Louvain, Orthopédie, 1985.
- MEARY R.: "Code de Classement -Orthopédie et Traumatologie, Code MEARY - 3^{ème} édition", 1990, MASSON, Paris

- Classification of Surgical Operations and Procedures, 4th Révision consolidated version 1990. Office of Population Censuses and Surveys, Her Majesty's Stationary Office, London, 1990.
- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux -DSM III-R, Masson, PARIS, 1989.
- ICHPPC-2-defined. Inclusion Criteria for the Use of the Rubrics of the International Classification of Health Problems in Primary Care, Oxford University Press, Oxford, 1983.
- International Classification of Process in Primary Care, Oxford University Press, Oxford, 1986.
- Read Clinical Classification, Updated by NHS Centre for Coding and Classification. Crown copyright, 1990.
- Société Française de Médecine Générale, Document de Recherche en Médecine Générale 47-48, déc 1996.
- BRAUN R.N, Pratique, critique et enseignement de la médecine générale, Payot, Paris, 1979.
- THESAM : Thésaurus des Archives médicales. Paris: Assistance publique Hôpitaux de Paris, 1991.
- Chevallier J., Brunel L., Griesser V, "Thésam, Thésaurus des activités médicales pour le codage des dossiers des malades", Actes des Journées Francophones d'Informatique Médicale: Dossier patient, codage et Langages Médicaux, Paris/Genève, Centre Hospitalier Universitaire de Genève, Genève, 1994, p.205/210.
- Traduit de l'Anglais par les Drs JAMOULLE M. et ROLAND M, Classification Internationale des Soins Primaires, Alexandre Lacassagne, Lyon, 1992.
- JAMOULLE M., ROLAND M., MENNERAT F., La CISP: classification internationale des soins primaires. Une méthode de traitement de l'information en soins de base. EXERCER, Mai/Juin 1992, N°17, page 11.
- MARQUET S. La CISP, un instrument pour la médecine générale, Document de Recherche Société Française de Médecine Générale N° 46, Octobre 1995, p. 98/114.
- STEUDLER F Le PMSI. un enjeu Hospitalier , Informatique et Santé in Prospective et Santé, n°37, 1986, p37/43.
- Chabrun-Robert C., "Codage et circuit de l'information. Les clés du PMSI", Le Concours Medical, 09/07/1994, p.2200/2202.
- FAGNANI F. , DETOURNAY B, Lexique des termes de l'évaluation médicale et économique, REMEQUAS, 4 Bd Belle Rive, 92500 Rueil-Malmaison, 1992, p.51/52.
- DUSSAUCY A., VIEL J.F, MULIN B., EUVRARD J., L'outil PMSI: biais, sources d'erreurs et conséquences Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 1994, Vol 42 , N°4, pages345/358.
- LINNARSON, Methods, design and components for a computer based patient record, Linköping University, N°378, Linköping, Suède, 1993.
- GOLDBERG M. & coll, Le Médecin et son Ordinateur -L'informatique au cabinet médical, Frison-Roche, Paris, 1994.
- DEGOULET P, FIESCHI M., Informatique médicale, Masson, Paris, 1994.
- GUENOT C., GOUPIL M., "Ch IV: Interrogez les banques de données télématiques", S'informer, se documenter. Guide des sources de données en santé publique, ENSP -1990, p.77/114.
- Crocq L., "Face aux exigences de la clinique", Prospective et Santé, 1987, N°37, p.57/63.
- "L'informatique dans la recherche Bio-médicale" Encyclopédia Universalis.page 1022, 1983 & supplément 1995.

Outils de codage pour l'épidémiologie en médecine générale

utilisation de la CIM10

Introduction

De nombreux écrits se sont faits l'écho de l'inadaptation de la classification internationale des maladies (C.I.M.) pour les codages des situations rencontrées en médecine générale. Ces critiques ont suscité la création de plusieurs classifications dont l'ICHPPC 2-D¹ et la CISP qui se réclament pourtant d'une possibilité de correspondance de leurs codes avec la CIM.

Certaines publications montrent aussi une confusion entre les termes classification, code, dictionnaire.

Néanmoins d'autres auteurs ont pu insister sur la nécessité d'utiliser la CIM. : *“Quand on réalise une enquête descriptive, il est donc absolument nécessaire de classer les maladies observées selon la C.I.M. sous peine d'être incapable d'effectuer la moindre comparaison”*².

Ces données contradictoires mais aussi la parution récente de la traduction en français du premier volume de la 10^{ème} édition de la CIM, nous ont incité à rechercher si l'incompatibilité invoquée restait réelle.

D'autre part, il est clair que dans notre pays l'épidémiologie de la médecine générale reste balbutiante. Pour la développer, le médecin généraliste ne doit-il rester que le “médecin-sonde”, ou peut-il participer plus activement à cette épidémiologie s'il a la connaissance et la disposition d'outils assez simples utilisables à cette fin ? Nous tenterons d'apporter une réponse.

Enfin il faut préciser que l'intérêt porté à cette question est indépendant de l'actualité dans les relations entre le corps médical et les organismes de sécurité sociale qui ont évoqué la question du “codage des actes”, non pas dans une optique d'analyse épidémiologique, mais dans celle d'une étude de leurs coûts. Cette question parfois mal ressentie dans le corps médical peut faire rejeter toute idée de codage qui ferait apparaître une modalité de contrôle supplémentaire.

On remarquera que la divulgation possible de la C.I.M et sa précision du codage des pathologies lorsqu'elle est liée à une personne donnée, rend son usage incompatible avec le maintien du secret médical. Il nous semble donc peu vraisemblable qu'elle puisse être telle quelle utilisée à cette fin.

Utilité d'un codage

Le codage³ permet une identification de notions ou termes parfois complexes avec quelques lettres ou chiffres. La mise en liste et ensuite l'exploitation des données recueillies en est facilitée. Cette exploitation s'effectue sous forme de tris et de classements selon divers critères et peut ensuite donner lieu à une mise en tableaux ou en graphiques.

Le codage, à condition qu'il soit largement reconnu et utilisé par le milieu scientifique concerné, permet également de collecter et d'échanger facilement un grand nombre de données d'origines diverses. Sa structure le rend indépendant des différentes langues, il n'a donc pas besoin d'être traduit et est compris au plan international.

Le médecin généraliste motivé par une recherche épidémiologique préalablement définie, pourra disposer d'une liste axée sur la pathologie qu'il rencontre avec les codes correspondants des faits et situations objets de la recherche. Il pourra ainsi coder et lister les objets de l'analyse. Son action pourrait en rester là, mais actuellement grâce à la micro-informatique il peut aisément lui-même exploiter les données pour les inclure soit dans une étude multifocale soit pour son usage personnel.

Il pourra ainsi mieux analyser les étapes du suivi de ses patients, mieux identifier les problèmes qui se posent que ce soit dans la démarche diagnostique ou dans la thérapeutique et même faire un suivi épidémiologique de la population à laquelle il dispense ses soins, intervenant ainsi en tant qu'acteur de Santé Publique.

Cet examen lui permettra aussi d'identifier les secteurs dans lesquels il doit porter ses efforts et aussi d'orienter les objectifs de sa formation continue.

1 *International Classification Health Problems in Primary Care. Version 2 D. Traduction française Dr. Ph. Jacot, non publiée.*

2 *Goldberg, l'Épidémiologie sans peine, P.104.*

3 *Code : “Système de symboles destinés à représenter et transmettre une information” (Petit Robert).*



Qu'est-ce qu'un résultat de consultation ?

Avant de montrer l'utilisation du codage, il paraît utile de préciser les objets sur lequel il porte. Dans notre étude, il s'agit avant tout de coder les "résultats de consultation"⁴.

Il est donc nécessaire au préalable de définir ce qui est entendu par résultat de consultation, terme qui peut être considéré comme un peu ambigu, mais qui est la traduction du terme "Beratungsergebnisse" employé par le Dr. Braun, médecin généraliste autrichien qui a analysé sa pratique pendant plusieurs dizaines d'années.

Analyse d'une séance de médecine générale

L'analyse que nous retiendrons est celle qui a été employée par la S.F.M.G.⁵

Le généraliste recueille les données qui serviront à la décision de fin de consultation.

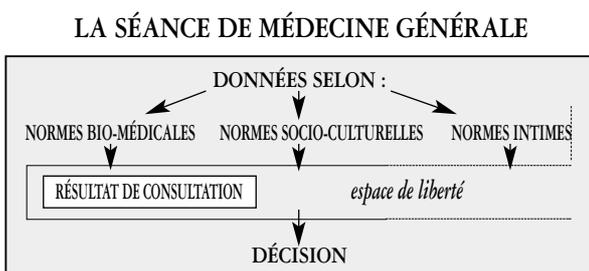
- Celles qui résultent de l'entretien donc le motif de consultation analysé par le médecin, et celles de l'examen clinique, et éventuellement des explorations complémentaires : laboratoire, imagerie, exploration instrumentale. Elles constituent l'essentiel de ce qui justifiera sa décision en fin de consultation. Ces données sont fondées par ce que l'on peut appeler la "norme biomédicale".

- A côté de ces éléments, le généraliste devra prendre en compte les données résultant du milieu et des conditions socioculturelles professionnelles et familiales de son patient. Ici c'est la "norme socioculturelle" qui influera sur la décision.

- Enfin la décision sera également orientée par la connaissance qu'a le médecin de la personnalité et des événements de la vie de son patient. Il s'agit ici de la "norme intime". Cette norme intime comporte aussi celle du médecin (tempérament anxieux ou non p. ex., orientation de sa culture médicale et personnelle...). Ce dernier aspect pour intéressant qu'il soit et qui relèverait sans doute de l'analyse balintienne ne sera pas étudié dans notre mémoire.

Ce sont les données de la norme biomédicale qui définissent le résultat de consultation. Selon la gravité de celui-ci, est défini un "espace de liberté" plus ou moins grand. C'est en fonction de l'importance de celui-ci que seront pris en compte, pour la décision, les éléments des normes socioculturelles et intimes.

La démarche de la consultation peut ainsi être figurée par le schéma suivant :



La décision n'étant pas bien entendu obligatoirement un traitement et pouvant être une explication, un conseil, un nouveau rendez-vous pour surveillance, une demande d'explorations, etc..

Les travaux de Braun

Positions diagnostiques

On s'aperçoit selon le schéma ci-dessus que le R. de C. correspond à ce que l'on nomme habituellement diagnostic. L'extension de l'usage de ce substantif en a rendu la signification très vaste et imprécise obligeant parfois de le préciser avec des qualificatifs divers : supposé, étiologique, d'élimination, etc. Un exemple de ces imprécisions est montré par la lecture de la thèse de Th. Vezon⁶, qui dans sa liste de classement des "diagnostics" regroupe : diagnostic vrai (Diabète non insulino-dépendant...), symptôme (toux...), syndrome (éruption morbiliforme, sciato-cruralgie...), motif de consultation (Dépistage gynécologique systématique, Mise à jour de vaccins), décision (Hospitalisation...), acte de soin (Désensibilisation.).

Braun, par une observation de sa pratique sur plusieurs années, a constaté que dans la plupart des cas en médecine générale -médecine de premier recours-, malgré l'examen le plus soigneux, et en voulant se garder de toute interprétation dans la signification des signes recueillis, on peut ne se trouver qu'en présence :

- soit de symptôme isolé,
- soit de syndrome,
- soit éventuellement de tableau de maladie nosologiquement défini,
- le diagnostic complet, attesté par des signes pathognomoniques ou des examens anatomo-pathologiques ou encore bactériologiques, restant plus rare.

Ce sont ces quatre positions (et non pas niveaux, ce qui pourrait sous-entendre une notion de hiérarchie de valeur) possibles en fin d'examen qui sont nommées **résultats de consultation**.

Pour souligner la difficulté d'un diagnostic au sens précis du terme et reconnaître que les consultations ne se terminent pas toujours par celui-ci, nous pouvons citer le Pr R. Villey qui dans la conclusion de son ouvrage sur l'histoire du diagnostic médical⁷ écrit :

⁴ On emploiera ultérieurement dans le texte l'abréviation : R. de C.

⁵ Société Française de Médecine Générale (société scientifique regroupant des généralistes et reconnue par le Conseil de l'Ordre des Médecins) 27, bl Gambetta, 92130 Issy Les Moulineaux.

⁶ Vezon Thierry - *Epidémiologie de l'exercice du médecin généraliste : Analyse prospective dans la région d'Alès*, Th. Méd. Montpellier 1, 1990, N°1287.

⁷ R. Villey, *Histoire du diagnostic médical*, 2^{ème} tirage, Paris Masson, 1979. Page 218.

"Pourtant le diagnostic est chose encore très difficile parfois et la modestie conviendrait aux médecins. La littérature abonde en exemples de cette difficulté, la pratique quotidienne le montre à chaque instant. Lors du premier examen d'un malade nous sommes très souvent embarrassés, mais même avec l'aide des radiographies, des examens de laboratoire de toutes sortes, il n'est pas rare que nous soyons encore incapables de conclure, ou que nous nous trompions".

A la suite de son travail d'épidémiologie personnelle, Braun a ainsi proposé une classification biaxiale :

Dénomination du résultat de consultation.

Codage d'une des 4 positions :

- A position d'un symptôme (par exemple une toux isolée),
- B position d'un syndrome (par exemple une céphalée non caractéristique),
- C position d'un tableau de maladie (par exemple une bronchite aiguë),
- D position d'un diagnostic complet (par exemple un épithélioma spino-cellulaire dont on a le résultat de l'examen anatomo-pathologique).

Cette notion de R. de C. est parfaitement évolutive, les résultats les plus "ouverts" que sont symptômes et syndromes pouvant bien sûr se modifier au cours des consultations successives, soit par le développement des signes cliniques, soit par l'apport des résultats d'explorations complémentaires éventuellement demandées. Il est ainsi possible de suivre la démarche du médecin lorsque des consultations successives sont nécessaires, ainsi que l'évolution d'un état morbide tel qu'il se présente en médecine générale, qu'il soit traité ou non. La reconnaissance de cette situation n'est ni une révolution, ni une déviation vers une médecine symptomatique, mais au contraire une clarification et une rigueur dans l'analyse, qui est d'ailleurs soulignée par Th. Vezon dans l'annexe D de sa thèse.

Les fréquences

Braun en observant ses consultations sur une période de plusieurs années (trois années étaient pour lui nécessaires à une étude valable), et aussi en analysant les publications de Logan, statisticien britannique, a constaté que les R. de C. les plus fréquents se reproduisaient avec régularité. Il a pu ainsi énoncer ce qu'il appelle la loi de répartition des cas : "Des hommes qui vivent dans les mêmes conditions sont exposés au facteur maladie avec à peu près les mêmes effets". De ce fait, il a pu établir une liste personnelle d'environ 300 résultats de consultation, dont la fréquence varie assez peu. Leur place au sein de la liste peut varier d'une année sur l'autre, mais l'ensemble de la liste reste stable. Des généralistes suisses et autrichiens ont pu confirmer ces constatations.

En France, cette liste a été reprise par la SFMG⁸ et légèrement modifiée (titres trop voisins ou trop personnels à Braun). Avec cette dernière, et malgré les modifications, un relevé en continu des R. de C. portant sur plusieurs milliers de séances (17.571) a confirmé globalement les constatations de Braun, c'est à dire :

A : 35,8 %	C : 25,4 %
B : 33,4 %	D : 5,4 %

Liste des définitions des résultats de consultation les plus fréquents

La classification bi-axiale basée sur une dénomination et les positions diagnostiques de Braun pour intéressante qu'elle soit ne résout pas tous les problèmes. En effet il était relativement facile pour cet auteur qui travaillait seul, de mettre sous chaque titre de R. de C. des signes constants. Mais si les titres sont seuls fournis à des observateurs différents des interprétations apparaîtront qui introduiront un biais dans les statistiques ainsi constituées.

D'où la nécessité de donner des définitions précises de chacun des R. de C. les plus fréquents (critères d'inclusion et d'exclusion). Un exemple de cette démarche est donné avec le DSMIII-R : "Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux" publié sous l'égide de l'American psychiatric association, lequel donne les critères pour chaque terme inclus, mais aussi dans le chapitre consacré à la psychiatrie de la C.I.M.10.

La liste des définitions de ces R. de C. constitue un véritable dictionnaire. Il existe actuellement à la suite du travail de la S.F.M.G. débuté il y a maintenant plus de cinq ans. Pour la médecine générale c'est à notre connaissance le seul travail en français de cette nature. Il peut se consulter dans le logiciel de gestion de dossiers médicaux "MGDATA"⁹ car il n'en existe pas d'édition sur papier. Cette liste informatique comporte 244 définitions. Elle se présente sous forme alphabétique unique, sans regroupement ni par appareil, ni par organe. C'est celle-ci que nous avons confronté avec la CIM10.

La CIM10

Présentation

La Classification Internationale des maladies (I.C.D. en anglais) publiée sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), élaborée à l'origine (Classification Bertillon en 1893) pour l'étude statistique des causes de décès a évolué progressivement pour s'étendre également à la classification des états morbides. L'édition actuelle (1993) est la 10^{ème} et comportera 3 volumes :

Volume 1 : Table analytique,

Volume 2 : Manuel d'utilisation,

Volume 3 : Index alphabétique.

Actuellement seul le premier volume est traduit en français. La parution de l'index alphabétique dans notre langue n'étant prévue que pour 1995.

Matériellement il s'agit d'un volume de 1243 pages pesant environ 1900g. et vendu au prix de 585 Francs.

8 Souzace et Véry : *les médecins sur la voie d'un même langage* (V) *Revue du Praticien MG T5* ; N° 132 : p 189.

9 MGDATA : *Logiciel de gestion de dossiers de médecine générale avec système d'exploitation statistique des résultats de consultation.* MG Edition : Société d'édition pour les professions de santé, SARL, 9 Rue Général Leclerc, 94220 Charenton-le-Pont.



La classification est répartie en 21 chapitres :

Chapitre I	Certaines maladies infectieuses et parasitaires
Chapitre II	Tumeurs
Chapitre III	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
Chapitre IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
Chapitre V	Troubles mentaux et du comportement
Chapitre VI	Maladies du système nerveux
Chapitre VII	Maladies de l'oeil et de ses annexes
Chapitre VIII	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
Chapitre IX	Maladies de l'appareil circulatoire
Chapitre X	Maladies de l'appareil respiratoire
Chapitre XI	Maladies de l'appareil digestif
Chapitre XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
Chapitre XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
Chapitre XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire
Chapitre XV	Grossesse, accouchement et puerpéralité
Chapitre XVI	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
Chapitre XVII	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
Chapitre XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire non classés ailleurs
Chapitre XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes
Chapitre XX	Cause externes de morbidité et de mortalité
Chapitre XXI	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé.

Les codes les plus simples peuvent ne comporter qu'une lettre et 2 chiffres, l'adjonction de chiffres supplémentaires augmentant le nombre de situations codées ou à coder et affinant la précision.

Dans le volume analytique utilisé pour ce travail, les codes figurent en premier et sont donc classés en ordre alphanumérique. A la suite du code sont nommés les pathologies ou signes anormaux classés. Facultativement à la suite de cette désignation sont nommées les pathologies voisines qui peuvent y être incluses, ainsi que les exclusions relevées dans la liste de la CIM. On notera qu'en dehors de ces indications, il n'y a pas de définition au sens strict des termes codés, exception faite pour la psychiatrie qui décrit les critères d'inclusion de chaque item codé.

Critiques sur l'adaptation à la médecine générale de la CIM

De nombreuses critiques ont été formulées à l'encontre de la CIM, notamment de sa 9^{ème} édition quant à son adaptabilité à la médecine générale. On peut citer entre autres :

"Pur produit bureaucratique" (Braun)

Chapitres dérivés de l'enseignement des spécialités

Double codage possible

Chapitre des "symptômes et affections mal définies" dans lequel le généraliste aurait à coder la plupart de ses R. de C. Ce qui laisse penser qu'en médecine de premier recours les R. de C. sont mal définis.

Absence de définitions (sauf en psychiatrie)

Pas de codage possible du suivi et de l'évolution des morbidités.

Comparaison du dictionnaire des définitions de la SFMG, et de la C.I.M

On se trouve en présence de deux démarches différentes mais qui peuvent utilement se compléter pour effectuer des relevés épidémiologiques en médecine générale :

- l'une étant un travail de définitions des données biomédicales recueillies par le médecin en fin de consultation,
- l'autre étant une classification et un codage des morbidités et causes de décès mais étendue dans sa dernière édition notamment à des "Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire non classés ailleurs" ; c'est à dire hors des autres chapitres groupant surtout des tableaux de maladie et des diagnostics précis.

Pour juger de cette complémentarité nous avons tenté de faire coïncider les situations et/ou diagnostics énumérés dans les deux ouvrages et de voir ainsi si les titres des définitions de résultats de consultation élaborées par la SFMG peuvent être codés selon la CIM10.

Enfin sont ajoutés 4 appendices :

- Morphologie des tumeurs, (pour un codage de celles-ci avec une lettre et 5 chiffres),
- Liste spéciale pour la mise en tableaux des causes de mortalité et de morbidité,
- Définitions,
- Règlement relatif à la nomenclature.

Le système de codage employé dans la C.I.M. :

Il s'agit d'un "système de codification alphanumérique à une lettre suivie de 3 chiffres pour les catégories à 4 caractères". Il s'agit donc d'un codage totalement différent de celui de la 9^{ème} édition qui ne comportait que des chiffres.

Les lettres utilisées vont de A à Z, avec toutefois la mise en réserve de la lettre U qui est destinée à des adjonctions et modifications, ainsi qu'à d'éventuelles classifications provisoires nécessaires pour faire face aux difficultés pouvant surgir au niveau national et international entre deux révisions (en principe décennales).

Résultat du codage des R. de C. avec la CIM10

Dans l'annexe 1 : "Codage des résultats de consultation avec la C.I.M.10" de notre mémoire figure cette confrontation sous forme de tableau.

La première colonne : contient les titres de résultats de consultation existants dans le logiciel MGDATA, Les titres n'ayant pu faire l'objet d'un codage restent écrits en minuscules.

La seconde colonne : comprend le ou les codes de la C.I.M. correspondant au R. de C.

La troisième colonne : donne en caractères normaux le titre en clair donné par la C.I.M. Cela permet de vérifier l'adéquation avec les termes de la première colonne. Les 3 points de suspension suivant les codes à 2 chiffres indiquent qu'il existe dans la CIM une subdivision avec un 3ème chiffre permettant de coder des précisions complémentaires (localisation, forme clinique, etc.). Y sont ajoutés en caractères italiques nos brefs commentaires personnels.

De cette liste de 244 R. de C. on peut extraire les constatations suivantes :

- Absence de codage trouvé

Bouffées de chaleur :

Ce symptôme ne paraît pas codable isolément par la C.I.M. en dehors du contexte clinique de troubles de la ménopause. La pratique des généralistes montre cependant qu'il existe parfois seul, à la fois comme motif de consultation et comme signe recueilli. Il peut s'agir de femmes très âgées pour lesquelles il est difficile de parler encore de trouble de la ménopause, et beaucoup plus rarement d'hommes.

Nausée isolée :

N'existe pas dans la C.I.M. Seuls sont codés : Nausée et vomissement

Vomissement isolé :

Même observation que ci-dessus.

Ce sont donc seulement 3 des R. de C. de la liste qui lorsqu'ils sont isolés ne peuvent être codés (1,23 %).

- Double codage vrai :

Était fréquent avec la C.I.M.9 pour les codes présentant le signe de la dague¹⁰. Dans la nouvelle version ce signe a été moins utilisé et dans notre liste il n'est rencontré que pour l'herpès dans ses localisations oculaires.

On retrouve cependant cette difficulté dans 4 autres cas (au total 2,05 %) :

Artérite des membres inférieurs

Artérite sténosante autre

Enurésie

Urticaire.

- Plusieurs codages possibles apportant des précisions :

- Accès et crises :

Correspond à des situations paroxystiques qui dans le contexte du premier contact ne peuvent pas toujours être caractérisées. Elles présentent cependant des tableaux divers

identifiables qui ont chacun un code C.I.M.

Sciatique : M54.3, M54.1 ou M54.4.

Le choix est guidé par les signes cliniques : sans orientation particulière on codera M54.3, s'il s'agit d'un lumbago avec sciatique on retiendra M54.4, et enfin si les examens permettent d'affirmer une étiologie discale c'est M51.1 qui sera choisi.

Oedème aigu du poumon : J81 ou I50.1

Lorsque cet oedème survient sans étiologie clairement reconvenue il sera codé J81, par contre lorsqu'il surviendra sur cardiopathie connue (caractérisée ou non) on retiendra I50.1. D'autres étiologies dont toxiques sont également caudales mais ces éventualités paraissent rares en médecine générale.

Piqûre d'insecte : T00.9 ou X23.

En cas de piqûres multiples superficielles d'insecte non venimeux et mal identifié : 700.9. Si l'agent est identifié (abeille, guêpe) coder X23.

D'autres cas de pluralité de codage sont également mis en évidence lorsque la liste de MGDATA fait des regroupements comme "Pyrosis, reflux gastro-oesophagien" ou "Cystite, cystalgie". Mais comme dans les quelques exemples donnés ci-dessus, ils sont justifiés soit par des localisations, soit des formes cliniques, soit des étiologies que le médecin généraliste est à même d'identifier. C'est le cas en particulier pour les cancers, les fractures, les entorses, les luxations. Encore que pour ces trois derniers R. de C. il existe une possibilité de codage sans localisation.

Ces possibilités de choix de code avec précision se retrouvent 52 fois. (21,3 %).

- Nombre de R. de C. classés en R :

Les codes R de la CIM10 (Chapitre XVIII) correspondent globalement aux situations groupées dans la CIM9 dans le chapitre XVI intitulé "Symptômes, signes et états morbides mal définis". Il a pu être craint que si un nombre élevé de R. de C. de médecine générale se rencontrait dans ce chapitre cela donnerait une image péjorative de flou et d'inexactitude de la discipline. Or, on sait que le titre de la CIM10 a modifié l'intitulé de ce paragraphe lui conférant un aspect moins négatif : "Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire non classés ailleurs" et en a enrichi le contenu. D'autre part cette crainte est en opposition avec les travaux de Braun qui montrent qu'effectivement en premier recours les diagnostics complets sont rares. Les R. de C. de positions symptôme ou syndrome étant on l'a vu susceptibles d'évolution, en codant ces items il sera possible d'analyser la démarche du généraliste dans ses décisions. Cela ne signifie donc nullement que le généraliste n'est confronté qu'à des situations incertaines.

Et de toute manière on s'aperçoit que dans la liste des R. de C. 52 sur 244 soit un peu moins de 22 % seulement de ceux-ci correspondent à des codes du Chapitre XVIII de la CIM10.

¹⁰ Système de double classification selon l'étiologie ou la manifestation introduit dans la 9^{ème} révision. Voir C.I.M. Page 16.



- Codage CIM non discriminant pour des R. de C. différents de MG-DATA :

Abcès et Lymphangite : L03

Accès et crise et Nervosisme : R45.0

Artérite des M.I. et Artérite sténosante autre : I70.

Crampe abdominale et Plainte abdominale non caractéristique : R10.4

Dermatose non caractéristique et Exanthème isolé non caractéristique : R21

Rhinite, Rhinopharyngite et Rhume : J00

Tuméfaction mammaire et Tuméfaction non caractéristique : D48.9

La première question que l'on peut se poser est de savoir s'il est nécessaire de dissocier ces R. de C. Cela a été créé par Braun et repris par les généralistes de la S.F.M.G. qui travaillent à ce dictionnaire. Cette nécessité pourra être établie par l'analyse du relevé épidémiologique et en évaluant les intérêts diagnostiques, ou thérapeutiques de cette discrimination. Si cette dernière ne se justifie pas, c'est la liste des R. de C. qu'il faudra modifier. Si au contraire elle paraît utile, il faudra établir un codage CIM discriminant par ajout d'un digit supplémentaire.

Ceci peut se faire selon une décision individuelle, voire du groupe qui envisage une étude sur ces thèmes ; solution obtenue rapidement. Mais pour obtenir une reconnaissance au plan international il faudrait engager une concertation avec les comités de la C.I.M., processus évidemment plus lourd.

Ces codages non discriminants sont au nombre de 15 (6,14 %).

- Possibilité de coder des R. de C. non listés dans le dictionnaire de la S.F.M.G. :

Bien entendu toutes les maladies et diagnostics nosologiquement bien identifiés que le médecin généraliste peut rencontrer dans son exercice peuvent être codés avec la CIM10.

Mais en parcourant cette classification il nous est apparu également qu'il existe une possibilité de coder un nombre non négligeable de symptômes ou syndromes que le généraliste rencontre et qui n'ont pas été retenus pour le moment dans le dictionnaire de la SFMG.

Nous en donnons quelques exemples ci-dessous :

Ascite : R18

Douleur pelvienne et périnéale : R10.2

Dyslexie : R48.0

Écoulement urétral : R36

Expectoration anormale (dont excessive) : R09.3

Haleine fétide : R19.6

Hémoptysie : R04.2

Hépatomégalie S.A.I. : R16.0

Hoquet : R06.6

Ictère S.P. : R17

Incontinence des matières fécales : R15

Protéinurie isolée : R80

Rétention d'urine : R33

Ronflement : R06.5

Spasme du sanglot : R06.8

Splénomégalie S.A.I. : R16.1

Etc.

On peut donc dire après cette confrontation que les titres des R. de C. les plus fréquents actuellement reconnus en médecine générale sont donc caudales avec la CIM10 dans l'immense majorité des cas.

Il est parfaitement possible d'y ajouter pour une faire étude épidémiologique des positions des R. de C. le codage de Braun, soit A, B, C, ou D.

Codage du suivi

Un autre problème non résolu par la CIM est le codage discriminant des R. de C. lors de leur première constatation et ensuite à l'occasion de leur suivi.

Cette distinction est nécessaire pour évaluer la prévalence et l'incidence d'une morbidité.

Un relevé en continu de l'activité d'un généraliste va coder des affections qui nécessitent plusieurs contacts avec le patient au cours d'une période donnée. Il faudra donc pouvoir coder de façon distincte les cas nouveaux et les cas anciens qui sont revus pour une surveillance.

Il faudra également envisager les évolutions possibles des R. de C. "ouverts" (symptômes et syndromes) qui peuvent se compléter et permettre parfois d'aboutir à un tableau de maladie définie ou même à un diagnostic certifié, ce qui entraîne une révision du R. de C.

Ceci est possible en adoptant les codes proposés par R. Sourzac dans sa thèse. Ce système simple à une lettre envisage les situations suivantes :

N : Nouveau cas

P : Cas déjà vu persistant

E : Episode d'une pathologie cyclique déjà vue

R : Cas déjà vu mais dont la dénomination doit être révisée (Ex : un syndrome fébrile non caractéristique dont les signes se compléteront secondairement pour faire reconnaître une pyélonéphrite...)

Enfin on peut y adjoindre le caractère

0 : codage d'un résultat de consultation (pathologie) persistant mais dont les critères d'inclusion n'existent plus en totalité (sous l'effet d'une thérapeutique p. ex.). C'est ainsi le cas de l'hypertension artérielle traitée avec succès, donc avec des chiffres normalisés, mais qui nécessite cependant encore un traitement prolongé.

Ces codes peuvent parfaitement s'ajouter à ceux de la C.I.M. et permettent ainsi une exploitation mettant en évidence les incidences et les prévalences.

Codage des autres éléments d'une séance de médecine générale avec la CIM10

Ce qui a été dit ci-dessus ne concerne que le codage de l'élément le plus important d'une séance de médecine générale, à savoir le résultat de consultation.

La lecture de la CIM nous a permis de constater que les autres composantes de cette séance sont également caudales. Nous les présentons rapidement ci-dessous.

Le motif de consultation :

La simple lecture du titre du chapitre XXI de la C.I.M.10 "Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé" fait immédiatement penser que le motif de consultation¹¹ à été envisagé.

Pour ces motifs de consultation, la liste paraissant utile en médecine générale en a été établie par choix personnel. Ce choix ayant été inspiré par les situations rencontrées au cours de la maîtrise de stage, mais aussi pendant le Service National au cours duquel l'activité quotidienne de soins à du personnel civil de l'Arsenal de Cherbourg était assez semblable à une clientèle de médecine générale. A ceci près cependant qu'étaient exclus les enfants, les personnes de plus de 60 ans et que le recrutement féminin était limité. Ainsi cette dernière liste paraîtra peut-être incomplète aux yeux de praticiens chevronnés, mais elle peut être facilement élargie en cas de besoin en compulsant directement la C.I.M.

Le codage des motifs précis (y compris les motifs administratifs) est possible ainsi qu'on peut le constater en examinant notre annexe 2 "Codage des motifs de contact" qui rassemble des extraits du chapitre XXI.

Les éléments de la norme socioculturelle

Ils incluent les facteurs de risque et sont aussi caudales en examinant le même XXI^{ème} chapitre de la CIM.

Comme pour le "motif de consultation" nous avons fait un choix personnel en retenant ce qui nous paraît le plus fréquent en médecine générale. C'est l'objet de l'annexe 3 "Facteurs socioculturels influant sur l'état de santé" de ce mémoire.

Les éléments de la norme intime

Il s'agit ici de la partie la plus difficilement analysable de la consultation. En effet cette "norme intime" concerne le vécu et la personnalité du malade, ce qu'éventuellement le médecin généraliste et de famille peut arriver à relativement bien cerner. Mais cette norme qui intervient dans le processus de décision de fin de consultation fait intervenir également la "norme intime" du médecin lui-même, c'est à dire sa personnalité mais aussi son vécu médical voire personnel. Cette survenue dans le processus de décision se fera donc de façon

inconsciente. L'analyse de cette approche comporte un aspect psychanalytique nécessitant des procédures particulières avec observateur extérieur (Groupes Balint) dont nous n'avons pas l'expérience.

Rien dans la C.I.M. ne permet un quelconque codage de cette norme, et il ne semble pas qu'il existe ailleurs une possibilité de la coder. Et peut-elle l'être ?

L'utilisation de ces codages avec la micro-informatique

Il existe déjà pour la partie R. de C. avec le logiciel MGDATA. Le médecin lui-même peut à tout moment interroger sa base de données pour faire le point épidémiologique dans sa clientèle avec possibilité de choix multiples. La réponse est obtenue en quelques minutes. Le codage CIM n'est pas nécessaire pour ce travail lequel se fait dans MGDATA avec les dénominations en clair des R. de C. Dans ce logiciel la validité du R. de C. est assurée par le cliquage des différents items d'inclusion et d'exclusion qui caractérisent celui-ci.

Mais dans le cas d'études multicentriques comportant un nombre très élevé de données le codage CIM devient indispensable. Le programme du logiciel peut très bien intégrer une procédure permettant en même temps que le clic sur le R. de C. de coder automatiquement celui-ci selon la C.I.M.10.

Ce codage facilite aussi des échanges et des publications internationales puisqu'il s'appuie sur un outil reconnu dans le monde entier et que le code est indépendant de la langue d'origine des auteurs des relevés.

Enfin il est tout à fait possible nous l'avons vu d'ajouter les codages C.I.M. pour les éléments de la norme socioculturelle, et même éventuellement des motifs de consultation énoncés par les patients pour ceux que cette recherche intéresse. La procédure peut être la même que pour le résultat de consultation : clic sur l'élément et/ou le motif reconnu, la machine mettant en mémoire celui-ci pour exploitation ultérieure.

Réponse aux critiques sur l'adaptation à la médecine générale de la CIM

Après cette confrontation il apparaît que la C.I.M. (notamment dans sa dernière édition) n'est pas l'outil réputé totalement inadapté à la médecine générale. Sa grande richesse en rend l'abord difficile mais il est possible d'en extraire ce qui est à usage spécifique de la médecine générale. Les critiques qui ont été émises paraissent peu fondées :

- Dire qu'elle est un pur produit bureaucratique est une affirmation gratuite qui ne se justifie pas,
- Affirmer que les chapitres sont dérivés de l'enseignement

¹¹ Faisant partie des données recueillies par le médecin.



des spécialités est une critique semblable à la précédente. De toutes façons les classifications ont toujours un aspect un peu arbitraire et celle-ci ne nous a pas empêché de retrouver les éléments nécessaires à notre codage,

- L'existence d'un double codage possible reste une critique valable mais dans un nombre de cas très réduit ce qui doit permettre de trouver une solution,

- La prééminence invoquée des R. de C. de médecine générale inclus dans le chapitre "Symptômes et affections mal définies" tombe avec la dénomination nouvelle du chapitre correspondant dans la 10^{ème} édition, et en fait moins de 22 % seulement y sont inclus,

- L'absence de définition reste une critique exacte, sauf pour la psychiatrie, mais on a vu que la réponse à ce problème est apporté par le dictionnaire de la S.F.M.G.,

- Pour l'absence du codage de suivi, celle-ci peut être corrigée par l'ajout simple d'un codage à une lettre.

Dans cet ouvrage qui dans sa conception est évolutif, les adaptations nécessaires à une compatibilité complète avec les R. de C. de médecine générale sont donc mineures et en nombre réduit ce qui devrait les rendre tout à fait réalisables.

Conclusion

Nous avons donc confronté une classification reconnue internationalement et utilisable par des spécialistes avec des travaux de médecine générale.

Le motif principal de notre mémoire était de savoir s'il existait une compatibilité entre la C.I.M.10 et la liste des principaux résultats de consultation en médecine générale. Nous avons vu que cette compatibilité était possible dans la grande majorité des cas et que les adaptations nécessaires restaient mineures.

Nous avons montré que les critiques d'inadaptation de la CIM (en particulier 10^{ème} édition) à la médecine générale étaient en grande partie non fondées.

Accessoirement nous avons constaté que cette classification peut aussi être utilisée pour coder d'autres éléments d'une consultation de médecine générale que ce soit le motif de consultation auquel certains s'attachent, et les éléments de la norme socioculturelle.

En l'état actuel, son abord direct reste toutefois difficile et quelque peu rébarbatif pour un médecin généraliste en activité. L'absence actuelle de table alphabétique la rend particulièrement incommode et longue à consulter.

Ce travail peut donc aussi être une manière de simplifier pour la médecine générale l'abord de cette classification à vocation universelle, de sensibiliser les généralistes intéressés par la recherche à son utilisation, en devant la publication de l'index alphabétique.

Les extraits que nous en avons fait sont susceptibles d'être une aide pour ces médecins ou pour des concepteurs de logiciels afin qu'ils intègrent ces codages dans leurs programmes.

annexe 1

Cette annexe reprend le transcodage Classification Internationale des Maladies - Dictionnaire des Résultats de Consultation. Vous trouverez la dernière mise à jour de ce transcodage dans l'article de Philippe Jacot Correspondance CIM10/Dictionnaire des Résultats de Consultation.

annexe 2

codage des motifs de contact

I - EXAMEN GÉNÉRAL SANS PATHOLOGIE CONSTATÉE

Crainte de maladie éprouvée par le patient	Z71.1
Examen médical général (bilan de santé SAI de l'adulte)	Z00.0
Examen systématique de l'enfant	Z00.1
Examen de patient inclus dans un programme de recherche clinique ou pharmacologique	Z00.6
Examen gynécologique systématique (frottis...) en dehors de contraception et grossesse	Z01.4

II - EXAMEN À FIN ADMINISTRATIVE

Aptitude à la pratique d'un sport	Z02.5
Certificat médical: aptitude générale, incapacité, invalidité, cause de décès	Z02.7
Certificat médical administratif autre: colonies de vacances, pré-nuptial, etc.	Z02.8
Rapport d'assurance vie	Z02.6
Renouvellement d'une ordonnance	Z76.0

III - EXAMEN DE DÉPISTAGE

Helminthiases	Z11.6
Infections intestinales	Z11.0
M.S.T.	Z11.3
Tuberculose pulmonaire	Z11.1
Tumeur de l'intestin	Z12.1
VIH	Z11.4

IV - EXAMEN DE PERSONNES EXPOSÉES À UN RISQUE DE MALADIE TRANSMISSIBLE

Hépatite virale	Z20.5
M.S.T	Z20.2
Pédiculose, acariase et autres infestations	Z20.7
Rubéole	Z20.4

V - VACCINATION ET IMMUNOTHÉRAPIE

BCG	Z23.2
Diphtérie, tétanos, coqueluche	Z27.1
Diphtérie, tétanos, coqueluche et polio	Z27.3
Fièvre jaune	Z24.3
Grippe	Z25.1
Hépatite virale	Z24.6
Immunothérapie prophylactique	Z29.1
Oreillons seuls	Z25.0
Poliomyélite	Z24.0
Rage	Z24.2
Rougeole seule	Z24.4
Rougeole, oreillons, rubéole	Z27.4
Rubéole seule	Z24.5
Tétanos seul	Z23.5
Typhoïde et paratyphoïde	Z23.1

VI - ACTE MÉDICAL ET SOIN SPÉCIFIQUE

Chimiothérapie pour tumeur	Z51.1
Colostomie, surveillance	Z43.3
Cystostomie, surveillance	Z43.5
Désensibilisation aux allergènes	Z51.6
Examens de laboratoire (prise de sang, etc...)	Z01.7
Gastrostomie, surveillance	Z43.1
Iléostomie, surveillance	Z43.2
Perçage du lobe de l'oreille	Z41.3
Psychothérapie	Z50.4
Soins médicaux divers à préciser	Z51.8
Sutures et pansements; surveillance et ablation	Z48.0
Tests cutanés allergologiques	Z01.5
Trachéostomie, surveillance	Z43.0
Voies urinaires, surveillance (autres stomies)	Z43.6

VII - AUTRES MOTIFS

Conseils en matière de sexualité (éducation sexuelle)	Z70.8
Conseils et avis généraux en matière de procréation	Z31.6
Personne consultant pour le compte d'un tiers	Z71.0



annexe 3

facteurs socio-culturels influant sur l'état de santé

DIFFICULTÉS FAMILIALES	
Absence d'un des membres de la famille	Z63.3
Couple (conjoint ou partenaire)	Z63.0
Divorce ou séparation	Z63.5
Parents et beaux-parents	Z63.1
Parent à charge à domicile nécessitant des soins	Z63.6
DIFFICULTÉS LIÉES À L'ÉDUCATION	
Education en institution (pensionnat)	Z62.2
Négligence affective de la part des parents	Z62.4
Surprotection parentale	Z62.1
Surveillance inadéquate des parents	Z62.0
DIFFICULTÉS LIÉES À L'ENVIRONNEMENT SOCIAL	
Difficulté à l'ajustement entre les différentes périodes de la vie (départ des enfants, retraite...)	Z60.0
Difficultés liées à l'acculturation (migration, transplantation sociale)	Z60.3
Discrimination et persécution (religieuse, ethnique...)	Z60.5
Solitude	Z60.2
DIFFICULTÉS LIÉES AU LOGEMENT ET AUX CONDITIONS ÉCONOMIQUES	
Couverture sociale insuffisante	Z59.7
Difficulté liée à la vie en institution	Z59.3
Logement inadéquat	Z59.1
Problème de voisinage, entre locataire et propriétaire	Z59.2
Revenus faibles	Z59.6
DIFFICULTÉS PROFESSIONNELLES	
Exposition professionnelle à des facteurs de risques	Z57
Mauvaise adaptation au travail	Z56.5
Changement d'emploi	Z56.1
Chômage	Z56.0
Menace de perte d'emploi	Z56.2
DIFFICULTÉS SCOLAIRES	
Difficultés avec enseignants et autres élèves	Z55.4
Échec aux examens	Z55.2
Mauvais résultats scolaires	Z55.3
DIFFICULTÉS LIÉES AU MODE DE VIE	
Manque d'exercice physique	Z72.3
Manque de repos et de loisir	Z73.2
Surmenage	Z73.0