

RESUME d'INTERVENTION

1 - Rappel des approches spécifiques en Médecine spécialisée et en Médecine Générale/de Famille (tableau d'après M Jamouille et M Roland) :

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

Ces différences, loin d'opposer les deux modes d'exercice, en définissent la complémentarité . Dès lors, le dossier médical informatisé et les outils de codage, n'obéissant pas au même cahier des charges, peuvent difficilement y revêtir la même structure .

2 - Informatique et Information Médicale (versus dossier papier)

Une information utile est une information exploitable :

- lisible (manuscrite?)
- compréhensible et comparable (langage commun?)
- extractible (liasse papier?)
- exportable (courrier?)
- analysable (fiches bristol?)

**L'écueil majeur, non résolu par l'informatique :
Parler le même langage ou un langage normalisé**

3 - Langage et Codage :

- Le nom d'un objet constitue déjà une forme de code dont nous faisons l'acquisition (à l'oral puis à l'écrit) dans les premières années de la vie, mais qui dépend de la région du monde où nous vivons (crayon, pencil, bleistift) .

- En Faculté de Médecine, l'apprentissage de la Pathologie et de sa nosologie correspond à une acquisition de termes et de concepts descriptifs qui sont à l'origine du jargon médical, langage relativement hermétique au profane . Ce langage à priori consensuel reste encore relativement imprécis avec des synonymes incertains (pharyngite, rhinopharyngite, angine, amygdalite, état grippal, grippe ?...) . **C'est pourquoi le "sacro-saint Diagnostic" ne peut suffire à résumer l'information médicale utile.**

- A l'heure des échanges internationaux multiples, le problème des langues étrangères n'est pas résolu par notre terminologie médicale francophone.

Des solutions :

- Les Dictionnaires, Catalogues, Thesaurus, Nomenclatures :
par ex Larousse, Garnier-Delamarre, CDAM, NGAP, Dictionnaire SFMG, CIP...

- Les Classifications Internationales : CIM 10 et dérivées, CISP ...

Outre son caractère normalisant des catégories d'appellations grâce aux critères d'inclusion et d'exclusion, le codage international résoud le problème des langues étrangères et de la communication internationale .

- L'une des solutions pragmatiques pour une information médicale largement valide réside dans la Terminologie (thesaurus d'expressions-clés et synonymes) classifiée en référence à une Classification Internationale (barrière des langues) . Son utilisation en routine limite par ailleurs les contraintes de saisie informatique au clavier.

4 - L'unité de base de l'information médicale : le contact médecin-patient

En ville, à l'hôpital ?

Au cabinet, à domicile, au téléphone ?

Spontané ou provoqué ? induit par qui ?

Pour des symptômes, des craintes, des avantages ?

Avec des explorations, des médicaments, des conseils ?

Avec quel diagnostic (hypothétique ou de certitude ?)

Pour la 1ère ou la 20ème fois, en combien de temps ?

.... et enfin... à quel prix ?

5 - Architecture du contact : le S.O.A.P.

La structuration des données fait l'objet, depuis trente ans, de recherches internationales qui donnent à penser que le modèle S.O.A.P. (*subjective, objective, assessment, plan*) schématise au mieux la démarche médicale universelle :

* la phase **S (subjectif)** transcrit le motif de recours au soins du patient : explicite ou affiné avec l'aide du praticien, le motif de consultation devrait rester le fondamental de toute démarche de soins ou d'évaluation en santé .

* la phase **O (objectif)** constitue un espace d'expression de la science clinique du praticien, où chacun garde la liberté de prouver qu'il est un médecin compétent .

* la phase **A (Analyse diagnostique ou décisionnelle)** décrit, parmi les hypothèses probabilistes (à défaut de certitude initiale), celle qui sera explorée en premier et qui, en tout état de cause, justifie la phase suivante :

* la phase **P (prescription, procédures)** , prescription de médicaments et/ou d'exams complémentaires et/ou de conseils, en fonction des phases précédentes .

6 - Gestion chronologique des contacts pour un problème : la notion d'Episode

Le chaînage des différents éléments (plainte, anamnèse, clinique : S et O de SOAP) qui mènent à une analyse (A de SOAP) décisionnelle (P de SOAP) **pour chaque problème** de santé évoqué au cours d'une même consultation ainsi que leur lien chronologique au fil des rencontres avec le patient, **constitue une fonction essentielle**, jusqu'alors rarement réalisée, d'un véritable logiciel de gestion du dossier médical .

La description chronologique des démarches diagnostiques, thérapeutiques et du suivi des problèmes de santé fait appel à la notion d'**Episode de Soins** (Episode of Care dans les travaux anglosaxons) :

Un épisode de soins est constitué par les différents contacts et procédures nécessités par la prise en charge d'un problème exprimé par le patient sur un laps de temps qui va de la demande initiale jusqu'au moment où le patient cesse de recourir au système de soins pour ce problème .

Cette définition inclut donc les hospitalisations et examens spécialisés éventuellement nécessaires au diagnostic et au suivi .

L'Episode, en combinant le temporel, le quantitatif et le qualitatif, nous parait le concept descriptif pertinent, bien plus que la consultation unitaire, tant en matière de santé publique que pour l'évaluation médicale et même l'analyse médico-économique .

Il garantit, ou permet d'évaluer, les liens logiques entre les différents secteurs de soins intervenant au service d'un patient .

Le Dossier Médical Informatique, ouvert pour une personne et avant tout à son service, prend ainsi la forme d'une Biographie Médicale à Episodes, retraçant, pour les problèmes de santé vécus, le "parcours" du patient dans le système de soins .

RAPPEL POUR LES MEDECINS FRANCOPHONES

Notion de PROCEDURES (P de SOAP)

(Process pour les anglo-saxons) :

Le terme, encore assez peu familier aux médecins français, désigne toutes les actions de soins qui permettent de passer de la plainte initiale du patient à la définition du diagnostic puis à la résolution du problème.

Les **PROCEDURES** peuvent être :

- **cliniques ou techniques** (examen neurologique, TR, prise de TA, frottis, ECG, IRM, endoscopie, psychothérapie, ...)
- **diagnostiques ou thérapeutiques** (biologie, tests de sensibilité, désensibilisation, prescription médicamenteuse, recours au spécialiste, radiothérapie, ...)
- **curatives, préventives ou palliatives** (suture, plâtre, vaccin, frottis, conseil hygiéno-diététique, colostomie, chimiothérapie, kinésithérapie, ...)
- **administratives, médico-sociales ou médico-légales** (certificat arrêt de travail, pré-nuptial, assurance-vie, pratique de sport, coups et blessures, Cotorep, ...)

On voit donc bien qu'une procédure peut constituer un motif de consultation (S de SOAP) mais en aucun cas un diagnostic (A de SOAP).

Une procédure peut être réalisée au cours de la consultation (elle est dite interne ou immédiate) ou décidée en fin de consultation (externe ou ultérieure, par le même professionnel ou un autre).

EN GUISE DE CONCLUSION

POURQUOI PERDRE DU TEMPS A STRUCTURER L'INFORMATION RECUEILLIE ?

- Pour savoir qui s'exprime, le patient ou le médecin (S ou A de SOAP) ? : nous allons forcément vers un dossier médical interactif et partagé entre les deux contractants.
- Pour gérer au mieux le plan de soins et le suivi de nos patients multi-problèmes.
- Pour transcrire la logique médicale de notre démarche de soins.
- Pour évaluer, auditer notre exercice professionnel.
- Pour écrire les bases d'une démarche d'amélioration de la qualité des soins.
- Pour analyser individuellement et en (grand) groupe la nature de la demande de soins, son évolution éventuelle et les réponses apportées. Une Union Régionale comme celle d'IDF regroupe autant ou plus de médecins que des pays entiers comme les Pays-Bas, la Belgique, le Danemark ou la Norvège.

POURQUOI CODER ?

- pour standardiser au mieux les appellations retenues par chacun et condenser l'information devenue ainsi facilement exploitable.
- Pour rester communicant, au mieux des possibilités de l'informatique et pour le bien de nos patients de plus en plus mobiles, avec notre environnement professionnel national et international (résumé de dossier médical sur carte à puce).
- Grâce au thésaurus classifié, **SANS PERDRE DE TEMPS**, de la même façon que Monsieur Jourdain faisait de la prose...