



Champs d'action, gestion de l'information et formes de prévention clinique en médecine générale et de famille

.....

Cet article tente de cerner de manière globale les éléments qui fondent la complexité de la médecine générale et de famille. Il positionne le dossier médical des médecins de famille comme outil de traitement de l'information dont la maîtrise est centrale à l'exercice de la discipline et à un système de santé de qualité. Les différentes formes de prévention clinique sont analysées et présentées selon une approche originale. Le concept de prévention quaternaire est discuté.

.....

Le recueil de l'information puis son codage sont les préalables indispensables à la genèse de l'information en médecine de famille. A l'instar de M. Van Dormael¹ on peut dire que l'épidémiologie - donc l'information - est à la médecine générale ce que la technologie est à la médecine spécialisée. L'information ne devient computationnelle que si elle peut être traitée comme une entité reproductible et mobilisable.

S'il est relativement aisé de transformer en information computérisable les éléments provenant du domaine bio-médical, il est plus complexe de synthétiser certains aspects anthropologiques parce qu'ils sont pour la plupart purement conceptuels et culturels. De plus, la rencontre entre les deux êtres que sont médecin et patient est une rencontre hautement symbolique dont l'interprétation et donc la création de sens c'est-à-dire ici l'information clinique est sujette à d'importantes variations suivant les trajectoires personnelles des deux protagonistes.

A titre d'exemple, l'intégration et l'interprétation de données provenant d'un service spécialisé comme la cardiologie est difficile,

Marc Jamouille,
médecin
généraliste,
maître de stage à
l'université
catholique de
Louvain,
assistant à l'école
de santé
publique,
université libre de
Bruxelles et
Michel Roland,
médecin
généraliste,
professeur de
médecine
générale au
centre
universitaire de
médecine
générale de
l'université libre
de Bruxelles

Article paru dans
Louvain médical
n°122 : 358-365,
2003.

*L'information est à la médecine générale
ce que la technologie
est à la médecine spécialisée.*

Un champ complexe

La difficulté de la médecine de famille réside dans le fait qu'il s'agit d'une discipline scientifique complexe. On peut la considérer comme une méta-science en ce sens qu'elle doit intégrer aussi bien les sciences bio-mathématiques que les sciences anthropologiques, et en même temps être en mesure de fournir une analyse, une pensée et un regard sur cette intégration dans ses rapports avec les personnes au service desquelles elle se place.

mais peut être malgré tout aisément réalisée en tenant compte du caractère fini des informations recueillies. Images, paramètres sanguins et ondes électriques sont des éléments facilement computérisables. Les faits recueillis se résument à des entités diagnostiques objectives pour lesquelles des instruments nosographiques sont clairement définis (CIM-10 par exemple). Il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit de transformer en informations élémentaires les faits socioculturels, anthropologiques ou des conduites symboliques. Comme le soulignent les participants de GALEN, un consortium européen de recherche en informatique

Mots clés : médecine générale,
information, prévention.

médicale hospitalière :

... It is rather difficult to develop a structure of framework covering marital discord, school refusal, stress at work, or a poor relationship with an elderly demented patient.

Nor representational technique can compensate for the lack of an underlying shared medical model... (The Shared Medical Model. The Galen Organisation, CD ROM, Sept. 1998).

Le médecin de famille se doit d'intégrer aussi dans sa pratique les éléments cliniques qui appartiennent au domaine de l'humain et qui conditionnent le plus souvent le succès de ses interventions. Cette médecine est « générale » dans la mesure où elle adresse tout le champ de la médecine et se doit donc d'intégrer les informations provenant de toutes les spécialités et sous spécialités de la médecine. Il lui revient aussi d'interpréter et de donner un sens aux conduites symboliques des personnes qui lui font confiance et donnent sa dimension de thérapeute au soignant. Cette médecine est « de famille » dans la mesure où elle s'adresse à l'humain et son groupe de survie élémentaire, la famille, même si cette dernière, particulièrement dans le monde occidental, est souvent réduite à une seule unité.

Les concepteurs de GALEN se trompent en affirmant l'absence d'un « modèle sous-jacent consensuel » (*an underlying shared medical model*). Cette phrase montre bien le fossé existant entre les développeurs du réseau hospitalo-universitaire et leur collègues appartenant au terrain de la médecine de famille. C'est justement la spécificité de la WONCA et de son groupe de travail en classification que d'avoir mis sur pied un modèle conceptuel permettant l'intégration des informations générées par ce domaine si complexe. *L'International Classification of Primary Care* est en ce sens bien plus qu'une classification, plus qu'une méthodologie de traitement de l'information, c'est une proposition de regard différent sur la pratique médicale, orientée clairement vers le sujet souffrant. C'est en ce sens qu'on évoque le thème du changement paradigmatique.

Le paradigme proposé pose la médecine de famille comme une méta-science orientée vers l'humain et faite pour et avec lui.

Une responsabilité élargie au temps

Le médecin de famille est sensé gérer l'information de son patient. La complexité de ce travail est donc considérable puisqu'il s'agit de gérer l'information en provenance de toute l'activité spécialisée et de l'intégrer aux disciplines de l'humain. Encore faut-il introduire un élément majeur qui vient élargir la vision : le temps.

La médecine de famille se joue dans le temps et avec le temps comme premier thérapeute. Cette dimension du temps est peut-être une des dimensions les plus profondes et les plus fécondes. On ne parle pas ici seulement de l'intégration du savoir sur un groupe social ou une famille que permet une pratique continue dans le même environnement. Il s'agit aussi de l'intégration du temps à la pratique curative et à ses procédures diagnostiques et thérapeutiques.

Le croisement de procédures judicieusement élaborées en fonction d'objectifs définis et de leur moment de réalisation forme le fondement même de toute inclusion de la prévention (I à IV) dans la pratique médicale (voir figure 1 et 2).

La question de l'inclusion du temps comme élément déterminant de la pratique et donc de l'informatique médicale en soins primaires pose la question de l'évanescence des informations et de leur instabilité relative.

Si on ajoute que les décisions prises en médecine générale sont constamment marquées du sceau de l'incertitude, on comprend aisément pourquoi l'informatique médicale généraliste s'est développée extrêmement lentement.

Générer l'information passe par le codage

On sait que le codage des informations médicales est une opération fastidieuse, itérative, non productive de sens, et qui paraît complètement aberrante à réaliser. Coder revient à diminuer tellement la redondance d'une information qu'un lecteur non spécialisé ne peut plus comprendre le sens de l'information source délivrée.



La question n'est pas tant d'obtenir des médecins qu'ils codent une information que de leur faire saisir l'importance du codage de ce qu'ils gèrent. Il n'est en effet pas aisé pour quelqu'un qui n'a pas abordé le champ informatique de se figurer ce qu'est une information et d'imaginer les implications possibles du traitement des informations recueillies. Et pourtant caractériser un élément c'est lui conférer un sens, donc lui donner valeur d'information.

La Classification internationale des soins primaires (CISP ; ICPC en anglais) est une classification biaxiale, une nomenclature abrégée, relevant de la nosographie, de la taxinomie, construite avec des règles de lexicographie et qui permet le traitement d'informations médicales en répondant aux règles fondamentales de gestion de ces informations, à savoir que ces dernières doivent être (voir tableau I et II).

belge dont question ci-dessous permettra d'ailleurs un codage automatisé ou semi-automatisé par tous les logiciels labelisés. Il est clair qu'on va à terme vers la reconnaissance vocale et le codage semi-transparent pour l'utilisateur.

Ce sont ces terminologies et classifications qui sont à la base des collections de données en médecine générale dont le développement en Europe est considérable ces vingt dernières années. L'harmonisation européenne de ces outils se poursuit lentement mais sûrement bien que des différences conceptuelles et méthodologiques soient encore très importantes.

Structurer

Structurer l'information est le préalable obligé dans tous les cas. En médecine de famille, les patients ne consultent que rarement de façon

Tableau I

Du terme au code et perte de redondance (codes CISP)

<i>Redondance</i>	<i>Rdondance</i>	<i>Rdndance</i>	<i>Rdndnce</i>	<i>Rdndnc</i>
Hypertension		HTA		K86
Peur du SIDA				B25

Tableau II

Conditions de gestion d'une information médicale clinique

1. Lisibles à la consultation
2. Accessibles pour la gestion du dossier
3. Utilisables pour l'enseignement et l'assurance de qualité
4. Transférables vers l'extérieur
5. Analysables sous forme agrégée pour la recherche

La technique du codage a évolué en quelques décennies. Du recueil d'information par la méthode papier crayon encore absolument nécessaire et magnifiquement productive, on en est maintenant aux techniques de codage partiellement transparentes et informatisées à partir de texte libre. La future terminologie

exclusive pour une « maladie ». Ils présentent au praticien ce qu'ils pensent être relevant pour la pratique qu'ils imaginent que ce praticien doit avoir. De cette façon, la source de ce qu'il est convenu d'appeler le « problème de santé » est diffuse et multiple et sera variable au gré de l'expérience de vie, d'autres recours possibles ou de la perception particulière qu'on a du praticien. La tendance internationale dans ce domaine, tout au moins en médecine de famille, est de se référer au schéma de gestion par problèmes, une étape déterminante vers la gestion de la connaissance.

Il faut souligner le récent effort du groupe de travail structuration soutenu par le ministère de la Santé publique belge dans le cadre de l'association EMDMI*. L'adaptation de la pré-norme européenne sur les systèmes de continuité des soins (ENV13940) a permis de trouver

*EMDMI :
Electronisch
medisch dossier -
Dossier médical
informatisé. *Nom
d'une asbl qui a
existé au sein de
la Santé
publique.*

Champs d'action, gestion de l'information et formes de prévention clinique en médecine générale et de famille

un consensus et de conduire à terme la volonté de labellisation des logiciels médicaux en Belgique ainsi que l'acquisition par la Belgique de la licence d'utilisation de ICPC2-e. L'inclusion prochaine de la Classification internationale des soins primaires au travers de la future terminologie bilingue bi-classifiée ICPC/ICD10 est le prochain pas vers une standardisation opérationnelle qui permettra d'échanger réellement l'information.

ment corrélée à la qualité de la communication, à la capacité d'identification des problèmes et à la capacité à gérer le ou les problèmes bien plus qu'à la capacité à établir un diagnostic.

**SOAP :
Subjectif,
Objectif,
Appréciation,
Plan.
Acronyme dû à L.
Weed (1969),
désignant le
mode de
structuration de
l'information en
soins de base.*

Genèse de l'information clinique

L'information clinique va émerger lors du contact. Que le contact soit rencontre ou interrogation à distance (téléphone, courriel, tierce personne) il y a, il y aura consensus entre patient et médecin, entre émetteur et récepteur, sur le ou les (en moyenne 1.7) problèmes à gérer. La qualité de l'information sera directe-

L'unité : le problème

Pour autant qu'il y ait consensus sur ce qu'il est convenu d'appeler un problème, il faut encore que ce problème, modifiant pour le moment la vie du patient (problème actif versus passif) soit abordé (problème ouvert versus fermé) au cours d'une ou plusieurs rencontres (R1, R2, R3...) et que de son évocation anamnétique (subjectif), de la constatation de certains éléments (objectif), d'une série d'actions (procédures) sorte une évaluation globale (appréciation) éventuellement évaluable (schéma SOAP*). En effet les personnes porteuses de problèmes les affectant actuellement ne sont pas toujours disposées à les aborder au moment même du contact. Dans ce contexte le diagnostic n'est que l'expression de la médicalisation opératoire d'un problème vécu comme de santé.

Le problème se croise avec le temps : l'épisode

Si on définit un épisode comme un problème évoluant dans le temps, il ne prend la dimension d'épisode de soins (E1-E2...) que pour autant que le patient donne au thérapeute le droit d'interférence. Seul le retour à la vision de l'entièreté de la vie du patient permettra de retrouver la notion du long terme et de l'entier (épisode de maladie). Cet épisode de soins pourra être plus ou moins important (signification), plus ou moins certain (probabilité), plus ou moins grave (sévérité) chez un sujet plus ou moins invalidé (fonction). L'ensemble des épisodes (maladies ou risques) d'un patient, munis de leurs dates d'ouverture et de fermeture éventuelle et affublés de leurs attributs (qualifiants) formera le tableau de bord de la gestion de santé au quotidien d'un individu (liste des problèmes et ligne de vie) ou d'une collectivité (index diagnostique de la population)





La prévention Gestion dans le temps de l'épisode de maladie ou de risque

L'intervention (procédure) peut gérer (identifier, expliciter, résoudre, accompagner) le risque d'être ou ne pas être malade (prévention I et IV) et la maladie (procédures diagnostiques et thérapeutiques) y compris le risque d'être ou ne pas être soigné (prévention II et III) (voir figure 1 et 2).

On distingue quatre formes de prévention clinique, mesures prises dans le temps en fonction des quatre champs d'activité du médecin dans sa rencontre avec le patient. La consultation est la rencontre de deux êtres porteurs de doutes différents. L'un porte le

Fig. 1

Le croisement entre science et conscience permet la mise à jour de quatre champs d'activité

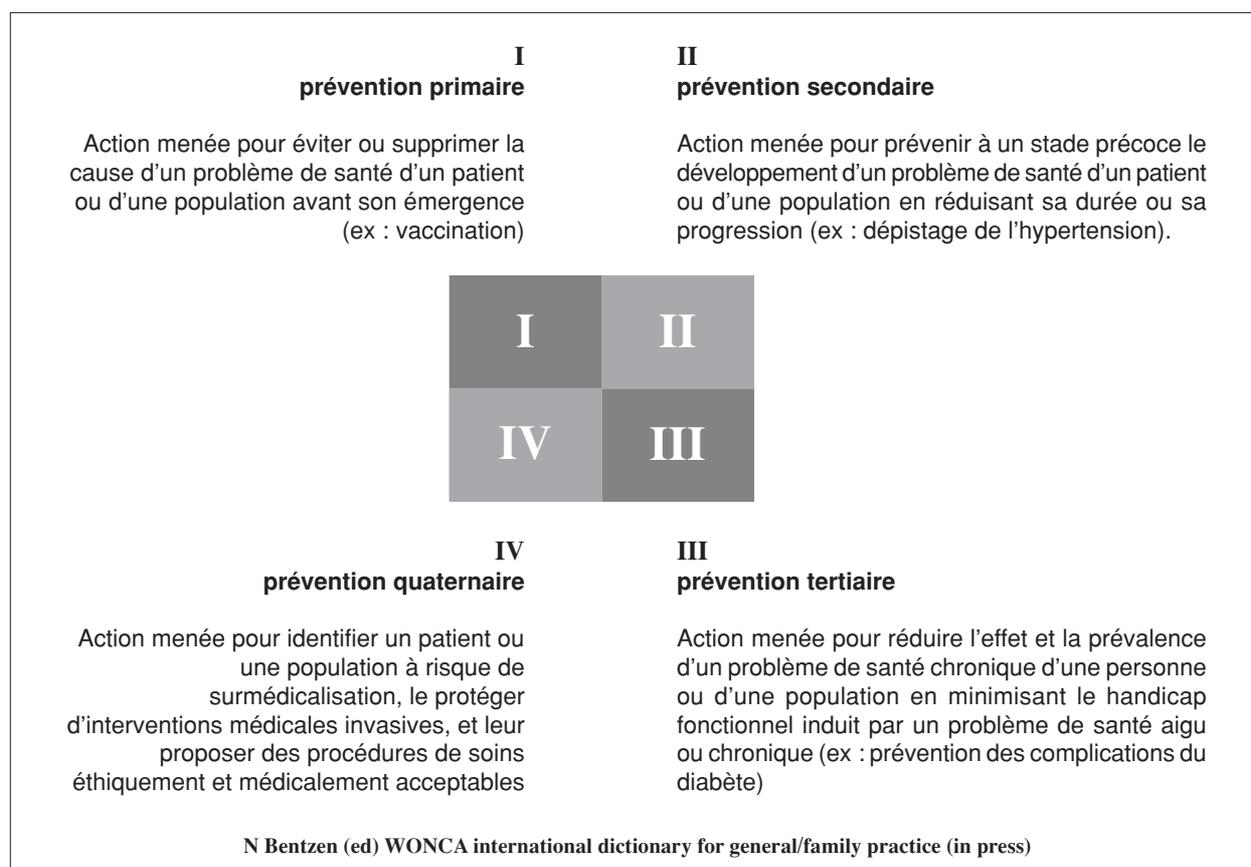
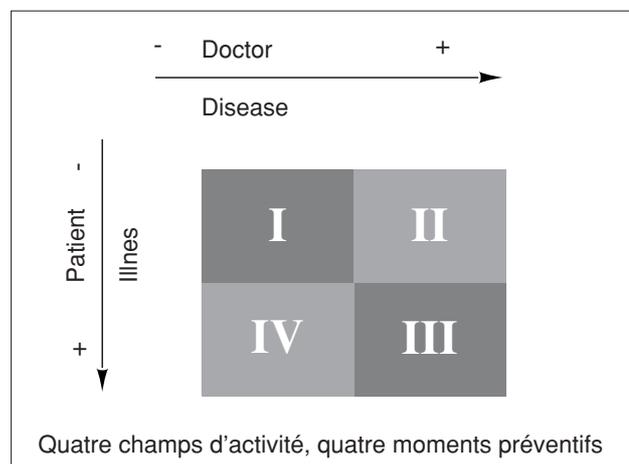


Fig. 2

Les quatre définitions de la prévention

Champs d'action, gestion de l'information et formes de prévention clinique en médecine générale et de famille

doute de son être, l'autre porte le doute de sa connaissance. On peut dire que la consultation est le croisement d'une science et d'une conscience.

La combinaison de l'activité médicale qui tente de mettre à jour les maladies et de l'évolution naturelle du patient qui se sent un jour passer de l'état de bien portant à celui de malade permet de distinguer quatre types d'activité préventive.

Le premier champs d'activité est formé par la rencontre d'un patient bien portant chez qui le médecin ne peut mettre en évidence de problème de santé. C'est la zone de la médecine préventive primaire, vaccination ou recommandation pour la santé.

Le deuxième champ d'activité est marqué par la volonté du médecin de mettre en évidence un problème de santé chez un patient qui se considère comme bien portant. On parlera de recherche de cas en médecine individuelle et de dépistage en médecine de masse.

Dans le troisième champ d'activité, médecin et patient sont d'accord sur l'existence d'un problème de santé. C'est bien sûr le champ du curatif. Du point de vue de la prévention, c'est la zone de la maîtrise ou de l'évitement des complications ainsi que celui de la réhabilitation. Comme le montre la figure 2, les définitions des préventions I, II et III s'inscrivent parfaitement dans les zones correspondantes.

A partir de cette constatation, l'un d'entre nous a émis l'hypothèse de l'existence de la prévention quaternaire, qui correspond à la zone d'activité médicale où un médecin s'efforce vainement de mettre en évidence un processus morbide chez un patient qui se sent mal. Cette zone conflictuelle dans les rapports médecin-patient a été abondamment documentée au cours des siècles et de nombreuses publications évoquent la *Non disease disease* ou l'*Abnormal illness behaviour*. C'est la case refuge, celle du syndrome de fatigue chronique ou de la fibromyalgie. C'est aussi la case du scanner pour le mal de tête, bref celle où le D^r Knock rencontre le malade imaginaire, ou l'angoisse du patient rend exponentielle celle du médecin. Cette zone d'activité est totalement déterminante en économie de la santé. Son existence conditionne le développement de l'*Evidence-Based Medicine*

ou l'assurance de qualité. Elle est aussi déterminante pour certains aspects de l'éthique de la relation médecin-malade.

A partir du phrasé des trois définitions existantes, la définition de la prévention quaternaire a été élaborée comme suit : **Action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et leur proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables.**

L'accent est donc mis sur la protection du patient et le nécessaire contrôle sur le bien fondé scientifique et éthique de l'activité médicale rendant sa place au *Primum non nocere* des anciens.

Cette proposition a été faite lors d'un poster présenté au congrès de Hong-Kong de la WONCA* en 1995. Accepté à l'unanimité par le *Wonca International Classification Committee* (WICC) lors de sa réunion à Durham (USA) en 1999, le concept de prévention quaternaire prend sa place dans le Dictionnaire international de médecine générale, autre outil fondamental publié par le WICC et actuellement sous presse.

Le généraliste, gestionnaire de l'information

On voit donc que structurer l'information, c'est la faire naître à partir de la formalisation de son unité première, le problème de santé. Cette structure devient dynamique par l'injection de la composante temps et l'épisode émerge en tant qu'élément central de l'intervention transformatrice. On définit ainsi une sorte d'axe permanent orienté dans le temps, la ligne de vie du patient, qui forme la base de l'intervention à long terme et de la continuité factuelle du système de soins primaires. Sur cet axe viennent se greffer les interventions des différentes composantes du système de soins secondaires.

Les données standardisées, structurées et listées par épisodes doivent s'intégrer au dossier médical du patient. Elles peuvent aussi servir localement soit au médecin isolé soit à un

* WONCA :
World
Organization of
National
Colleges,
academies and
academic
Associations of
General
Practitioners.



groupe de prestataires ou encore au développement de processus d'assurance de qualité. Dans le respect des règles de l'éthique médicale de l'information, agrégées dans des bases de données plus importantes, elles peuvent se prêter à la loi des grands nombres et à l'analyse épidémiologique. Le médecin de famille est au centre de la collection d'information vers et depuis l'hôpital. En ce sens, il peut jouer un rôle fondamental dans la gestion et la maîtrise de l'information.

Chargé de l'interface avec le patient, véritable ombudsman du système de santé, il se doit de tenir un dossier compréhensible pour le patient, d'être en mesure d'opérer l'information de la façon la plus adéquate au juste moment, d'analyser sa propre pratique et de transférer au bon moment les informations pertinentes dans les limites de l'éthique professionnelle et du respect des droits du patient. ●

(1) Van Dormael Monique, Médecine générale et modernité. Regards croisés sur l'Occident et le Tiers-Monde (Dissertation). Bruxelles, Université libre de Bruxelles, 286 p., 1995.

Les références bibliographiques sont disponibles sur simple demande.