

CISP-club 2018

Notes par Michel De Jonghe

Vendredi 13 octobre 14h-19h

Partir du verbatim permet de montrer différentes propositions de codage ou de proposer la terminologie la plus exacte (à mettre dans son dossier) : il faut choisir le mode !

Transcodage : ICPC-2 (n=1), ICD-10 (n=1), Snomed (n=1)

- Remarque : on sait par expérience que le transcodage 1-1 n'est pas correct ; la dernière version de 3BT prévoit 1-n et n-1

Il faut éviter de mélanger contenu et composant

- **Projet Transmed :**
 - Corriger 5000 lignes thésaurus
 - Enrichir le thésaurus
 - Documenter le thésaurus
 - Stocker et diffuser le thésaurus
 - Prévoir la maintenance corrective
 - Prévoir la maintenance incrémentale
- **La page blanche :**
 - 1) **Définition :**
 - Page centrale du dossier, papier, celle de l'écrivain, reflet de nos abîmes de perplexité
 - Ambition : créer un système permettant de créer de manière ludique de relever ces informations, de les organiser, d'en faire un dossier de suivi réel du patient tout au long de sa vie puisqu'il est au centre de son projet de santé
 - Historique cisp-club : Pricare, épisodes, éthique de l'information, essais terminologique, lien avec GPC
 - Attendus de l'atelier : faire un bilan (on ne parle pas d'ordonnance électronique et équivalent)
 - Droit intellectuel, open source, etc
 - Que mettre dans ce dossier ? jusqu'où va-t-on ?
 - Un petit groupe a déjà un peu réfléchi au projet :
 - Base de concepts médicaux devant permettre de faire de la structuration automatisée
- **Discussion :**
 - Permettre une meilleure discussion avec les patients
 - Amélioration de l'enseignement aux étudiants de la structuration et encodage des données

- Technologies peuvent nous aider à réfléchir au concept de page blanche, les outils sont disponibles via les grosses sociétés comme Google (y compris en tenant compte des limites de la technologie : machine learning, réseaux de neurones (difficile à maîtriser mais avec bcp de potentialités) ; besoin de validation de textes prétraités par la machine pour améliorer l'apprentissage des machines ; besoin de fournir des ressources ; analyse de la langue française (par exemple en français il y a des verbes d'action et des verbes d'état) ; reconnaissance grammaticale et syntactique et la relation entre les mots
- Mettre à disposition autant d'outil cela coûte très cher (université, association de terrain, fournisseur technique ; ils doivent apprendre à se respecter, se connaître, s'aider pour arriver à un résultat) : d'où est-ce faisable ?
- Consultation réfléchi comme une structuration de recherche (IMRAD) ; se rapproche de la recherche qualitative pour comprendre ce qui se joue dans la consultation ; machine deviennent capable de raisonnement ; refuse que les classifications reflètent uniquement la quantification de la rencontre patient/docteur et voudrait que les logiciels reflètent la création de la relation Patient/médecin
- Perdu avec le concept de page blanche : que nous demande-t-on ? parce que la structuration des informations m'a permis de comprendre la médecine, parce que l'impression que les concepts ont déjà été définis ; nouvelle réflexion à partir des outils de l'assurance de qualité pour la structuration de la consultation et des données médicales
- Intéressé par la gestion des connaissances : donner des informations pour se déplacer dans le système bien plus que par le contenu des silos ; envie de définir la page blanche comme une session intellectuelle (si vous aviez un outil magique, que pourrait-il faire pour vous, n'importe quoi ! ; du coup, qu'est-ce que je lui demanderais ; pas choquant qu'un médecin puisse avoir une page blanche quadrillée, ou lignée, ou ... (bref qui lui correspond)
- Manque de support dans le sens intégration dans un réseau, ce qui a justifié une réorientation professionnelle, dont le travail dans la FRATEM, RSW, hub/méta-hub ;
- Voit la page blanche comme la place de la concorde du dossier médical (qui est circulaire !), où on fait tout le processus médical (à partager ; facile quand c'est dans la tête)
- Développement de Be-Care qui a déjà intégré une partie du concept de page blanche ; travaille pour la formation des étudiants ; va à contre-pied de ce qui est demandé : utilise du SOAP (qui est la synthèse de 2 choses : 1/ des services que l'on fait (écouter, ex cl, procédures réalisées, ...) qui sont la synthèse d'une consultation ; et 2/ la mise en évidence des nouvelles informations. En opposition par rapport à l'ancienne méthode de description de la consultation
- Interpellé que des sociétés privées s'approprient et initient des recherches sur la connaissance médicale à partir de ce qui est dit en prise de rdv des patients. Ces sociétés engagent 150 ingénieurs à temps plein ; doctolib (*Doctolib est une startup française fondée en 2013 qui fournit un service en ligne de prise et de gestion de rendez-vous médicaux mettant en relation des patients et des professionnels de la santé*) utilisent des données à partir d'une demande médicale puisqu'ils paient pour bénéficier de leurs services ; rejoindre un projet de réseau épidémiologique sur une collaboration professionnelle/privées sur les bases de données médicales.

- Page blanche pourrait être intéressant car cela répond à la demande de pas mal de prestataires de soins ; pas de structure = laisser sa pensée en bordel ?
- « La formation médicale doit être standardisée et structurée » : c'est sans doute ce qu'on m'a appris de plus important dans mon cours d'informatique médicale ; on ne part pas de rien, on a fait des choses qui sont utilisées en pratique ; la structuration est le point qui pêche ! (pas de diagnostic dans le verbatim par exemple) et donc quid de la formation des étudiants ? ; pense que même si le projet page blanche est développé il faudra continuer à former les étudiants
- Le partage de données et d'information nécessite-t-il une structuration de l'information ? peut-on croire au codage automatique ? Certainement pas en clinique, mais ok en épidémiologique parce qu'on ne pourra pas
- Il faut séparer l'idée du codage et de la reconnaissance d'idées et de concepts ; par rapport à Facebook ou à Tweeter on ne pourra pas corriger ou préciser sa pensée dans un second temps
- Le logiciel est perçu pour toucher une prime (donc logique de silo) : c'est sans doute un monde qui meurt
- Quand on fait un échange d'information, on fait un processus, qui est à l'extérieur du silo. Ce qui devient important c'est la vision longue de la prise en charge de la santé du patient. Si un problème de santé est terminé on peut le garder pour soi, mais sinon il doit être partagé ! du coup il faut l'écrire d'une certaine façon, de façon à ce que tout le monde se comprenne. Dans les pathologies chroniques, les patients en ont marre de répéter toujours la même chose
- Atelier de travail :
 - Quel contenu ?
 - Reconnaissance des symptômes, des épisodes de soins, etc sur format SOAP (cognitive map, staff virtuel serait le nouveau SOAP car le S ne répond pas aux demandes des patients qui viennent avec des demandes de P et pcq S de subjectif est une terminologie obsolète, et que les patients chroniques viennent avec des demandes qui mettent à mal le SOAP)
 - Reconnaissance de texte pour permettre une amélioration de la gestion de la santé des patients
 - Problème central = on structure ou pas ?
 - Les outils actuels travaillent à partir de la contextualisation
 - Laisser chaque médecin travailler comme il le sent
 - Quelle trace de ce que dit le patient ?
 - Comment faire pour s'évaluer
 - Comment l'organiser ?
 - Qu'est-ce qu'on va mettre dedans ? de quoi va-t-elle être faite ?
 - Comment organiser le développement ?
 - Quelle aide pour quelle plus-value ? pour qui ? pour chaque patient ? pour chaque médecin ? pour les pouvoirs publics ?
- Démonstration de terminologie déjà existante (Marc) à partir de cas cliniques
- Questions personnelles :

- Pourquoi les médecins, universitaires, ont tellement de mal à accepter de structurer leur pensée (c'est-à-dire de rentrer dans un moule) ? ceci ne se retrouve pas dans d'autres formations scientifiques ! ou alors je me trompe...
- Est-ce lié à notre pensée quantitative améliorée par le poids probabiliste de chaque information ??? Si c'est le cas, on comprend pourquoi les médecins ne se retrouvent pas dans un outil commun. (Pourquoi Facebook et d'autres réseaux sociaux fonctionnent ? pourquoi 2 milliards d'humains s'y retrouvent ???)
- Un point important de cette discussion est : quelle est la plus-value de ce que l'on ajoute comme information ? Du coup, où sera-t-elle la plus pertinente ? comment faire pour que chaque information soit toujours réutilisable ?)
- On se rend compte que les services que l'on fait sont importants, qu'ils justifient notre activité, le temps que l'on passe avec le patient et le financement que l'on demande.
- Quelle trace de ce que dit le patient ? mais alors, ce qui est important c'est comment cela a été dit et surtout comment cela a été interprété par nous !
- Possibilité d'une analyse de l'erreur ! en positif = gestion de risque de la santé

2) Atelier en petits groupes :

3) Mise en commun :

a. Équipe 1 :

- i. Les services sont le principal élément encodé. Ce P appelle les A disponibles dans la liste de pb du patient. Je peux le choisir comme je peux créer un nouveau pb.
- ii. Un A propose une liste de So, que je peux décocher. Si je décoche trop, le logiciel peut me proposer d'autres diagnostics
- iii. À partir d'un A choisi, le logiciel analyse les différents A pour voir s'ils peuvent les regrouper ou voir si un risque différent a été oublié (bronchite, bronchite chronique, tumeur pulmonaire, TBC)
- iv. Un A propose aussi différentes démarches (schéma de suivi, proposition de prescription, envoi chez des spécialistes, des examens complémentaires possibles, à choisir, ou à implémenter (par exemple en cas de diabète)
- v. Une prescription d'un médicament amène également aussi une liste de pb qui fréquemment, pour moi, sont liés à cette médication
- vi. En cas de définition d'un A, le système propose une liste de médications que je prescris souvent
- vii. Naturellement, en début d'activité, il n'y aura pas bcp d'aide

b. Équipe 2 :

- i. Soit on suit un patient depuis longtemps :
 - 1. Sur base de ce qu'on a inscrit en A, O, P, le logiciel proposerait des liens possibles que l'on devrait valider ou non

- c. Équipe 3 :
 - i. Enregistreur de S automatique ou semi-automatisé ou en avance par le patient (reconnaissance à valider) ; rq :si c'est la voix du patient qui est enregistrée c'est toujours un S.
 - ii. Outil d'info : par exemple dyspnée + pâleur ? → bio ??? (y compris NFS) ; glycémie → diabète type 2 ??? puis proposition d'une liste d'échéancier à accepter ou non.
 - iii. Association âge, diabète, AINS → logiciel pose certaines questions : adapté ? as-tu une GFR ? etc
 - iv. Toutes les aides ne doivent pas interdire de continuer à écrire la consultation. Mas on peut aussi s'y arrêter ?
 - d. Idée 4 : comme bcp de médecins écrivent les S et jamais les A, doit-on imaginer un logiciel qui impose un ou des A (quitte à les proposer à partir d'une liste) ou on le laisse faire ? On peut très bien imaginer que le système impose de choisir au moins au problème de santé/résultat de consultation/assessment.
 - e. Idée 6 : l'ensemble des informations tapées ou enregistrées provoquent un nuage d'informations. Dans ce nuage, je peux choisir le A ou les A, ce que je lie ou non, etc.
- 4) Quelle visualisation pour cette page blanche ?
- 5) Transfert d'informations :
- a. Données de continuité des soins = approche DMP ou centrée patient (chaque patient aurait son propre serveur). On partage la ligne de vie et la page blanche est dans le référentiel médecin