


confrontés assez rapidement à la fois aux difficultés d'accès à certaines informations mais également aux limites des indicateurs initialement retenus, pour une bonne part du fait des découpages territoriaux non superposables selon les institutions. Le travail initié pointe également le peu de formalisation, à ce jour, des informations produites et potentiellement utilisables par les différents acteurs de la santé mentale.

Ces constats, s'ils sont partagés par les autres villes, amèneront à réduire le nombre des indicateurs retenus afin d'aboutir à un outil relativement fiable et robuste et dont les informations pourraient être comparables d'une ville à l'autre ou qui, pour le moins, devrait permettre de comparer dans le temps l'évolution de ces indicateurs dans une même ville.

L'outil ainsi élaboré n'a d'autre vocation que de rendre compte d'un bruit de fond ne nous dispensant pas, pour développer des actions, d'analyses ou d'enquêtes spécifiques et adaptées aux différents projets portés ou soutenus par les villes dans le champ de la santé mentale.

Cette démarche génère en outre des collaborations fructueuses entre acteurs de la santé mentale et de la santé publique.

Au-delà de la construction d'une grille de lecture, cela constitue en effet l'occasion de fédérer et d'associer les réseaux d'acteurs locaux de la santé mentale sur un projet qui suscite un intérêt manifeste de leur part en ce qu'il semble répondre à un souci de produire et d'analyser de l'information nécessaire à la prise de décision, permettant d'objectiver, par les indicateurs retenus, le ressenti de ces mêmes acteurs confrontés à des difficultés croissantes. 

1. « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale », *Études et résultats* n° 347, Drees, octobre 2004.

2. « La psychiatrie, éternelle oubliée », *Actualités sociales hebdomadaires*, n° 2376, 8 octobre 2004.

## L'information sur les pratiques médicales de ville : points de convergence des systèmes étrangers

**Karine Chevreul**  
Médecin de santé publique  
**Philippe Le Fur**  
Médecin, directeur de recherche  
**Catherine Sermet**  
Médecin, directeur de recherche  
*Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)*

**E**n France, depuis plus de deux décennies, il existe un système d'information médicalisé, le PMSI, couvrant en partie le secteur hospitalier. Malgré ses imperfections, il permet de connaître les motifs médicaux principaux des séjours et de certains actes effectués au cours des hospitalisations.

En revanche, dans le secteur ambulatoire, malgré la volonté du législateur<sup>1</sup> de mettre en place un codage des pathologies pour chaque recours d'un patient à un médecin, l'information sur les causes de consultation, les situations cliniques rencontrées et l'attitude thérapeutique adoptée en réponse ne sont pas publiquement disponibles en routine. Actuellement, les seules données existantes sur les motifs de recours proviennent de sociétés privées recueillant des informations pour l'industrie pharmaceutique ou de sociétés savantes. D'une manière générale, les difficultés d'accès à ces données et/ou les caractéristiques de leur recueil limitent l'utilisation.

Il n'est donc pas possible aux différents acteurs du système de soins de connaître la nature de la demande exprimée en médecine de ville en lien avec la réponse thérapeutique offerte : examens complémentaires et médicaments prescrits. On ne peut pas, par exemple, répondre aux questions suivantes : Quelle est la nature des maladies observées en médecine de ville ? Quels médicaments sont prescrits pour une pathologie donnée ? Quelle est l'ampleur de la variation de prescription face à cette pathologie ? En quelle proportion les recommandations de bonnes pratiques sont-elles appliquées ou applicables ? De la réponse à ces questions peut dépendre l'anticipation des besoins de soins, la réflexion sur l'optimisation des pratiques ou la définition de thèmes pour la formation médicale continue.

Certains pays ont des systèmes publics ou parapublics qui renseignent les pratiques en médecine de ville. L'étude de ces derniers est particulièrement importante pour connaître les conditions de leur mise en œuvre et tenter de mettre en exergue des points de convergence qui pourraient servir de base à la réflexion pour le développement d'un tel système en France.

1. Principe prévu par la loi dite « Teulade » du 4 janvier 1994, renforcée par les ordonnances d'avril 1996.

### Huit systèmes étrangers concernant la médecine générale

Huit systèmes qui fournissent de façon permanente des informations à la fois sur la morbidité rencontrée, les caractéristiques des médecins et des patients consultants (âge, sexe, catégories socioprofessionnelles, et/ou

antécédents...) et l'attitude thérapeutique choisie en réponse ont été analysés. Ce sont des recueils informatisés non exhaustifs de données saisies lors de contacts médecin-patient. Ils sont situés au Royaume-Uni (3/8), en Australie (2/8), en Nouvelle-Zélande (1/8), aux Pays-Bas (1/8) et en Italie (1/8)<sup>2,3,4</sup> (tableau 1).

tableau 1

#### Principales caractéristiques des systèmes d'information étudiés

Systèmes étudiés	Année d'instauration	Taille			Contrepartie pour les médecins	
		Cabinets	Médecins	Patients	Financière	Intellectuelle
<b>Australie</b>						
Medic-GP	1994		150	61 000	Redistribution de recettes sur l'utilisation des données	Retour d'information
GPRN	2000	128	297	600 000	Non	Retour d'information Points assurance qualité et FMC Évaluation des pratiques
<b>Italie</b>						
HSD	1996		550		Non	Retour d'information
<b>Nouvelle-Zélande</b>						
RZNCGP computer research network	1989	180	450	800 000 (23 % pop.)	Non	Retour d'information
<b>Pays-Bas</b>						
NIN-GP	1996	80			1 500 euros/an	Retour d'information
<b>Royaume-Uni</b>						
GPRD	1987	400	2 500	3 millions (5 % pop.)	0,38 euro/an/patient	Retour d'information
Qresearch	2004	500		3,5 millions	Non	Retour d'information
WRS	1967	80	400	0,75 million	0,60 euro/an/patient	Retour d'information

a. Royal College of General Practitioners. b. 2 groupes de recherche en médecine générale. c. Medicine and Health Care Regulatory Agency, service de l'État. d. Classification propre mais transcodification en CISP et CIM. e. Classification développée par le D<sup>r</sup> Read prédominante au Royaume-Uni.

Ces systèmes d'information sont majoritairement apparus depuis la deuxième moitié des années quatre-vingt-dix avec pour objectif d'étudier les pratiques en médecine de ville. Dans l'ensemble, ils ne concernent que la médecine générale. On peut penser que l'organisation des systèmes de santé dans lesquels ces

outils sont présents participe pour beaucoup à ce phénomène<sup>5</sup>.

### Des informations enregistrées pendant la rencontre médecin-patient

Les modalités pratiques du recueil sont le plus souvent les suivantes :

- Saisie des données au cabinet à l'aide d'un logiciel médical.
- Utilisation de classifications pour l'enregistrement des diagnostics, motifs de recours et prescriptions. Par l'utilisation d'un langage commun, elles permettent de comparer les données émanant d'acteurs différents en les standardisant de façon importante. La classification choisie dépend du pays. Des transcodifications automatiques en Classification internationale des soins primaires (CISP) ou Classification internationale des maladies (CIM) sont prévues dans la majorité des systèmes.
- Transmission des données par Internet via des lignes sécurisées à la fréquence d'une fois par semaine à une fois par mois. L'utilisation de programmes d'extractions semi-automatiques<sup>6</sup> semble le cas de figure le plus courant.

### Des médecins volontaires

L'échantillon de médecins participant au recueil est toujours constitué de volontaires. Outre le fait que l'on remette en cause la représentativité des pratiques des médecins volontaires<sup>7</sup>, la sélection sur la base du volontariat n'assure pas la représentativité du panel au moins en termes de répartition géographique sur le territoire national, répartition selon le degré d'urbanisation du lieu d'exercice et répartition entre cabinet de groupe et pratique individuelle. Certains<sup>8</sup> ont ensuite fait un tirage au sort stratifié parmi les cabinets volontaires. Cette méthode augmente la représentativité de l'échantillon, mais il n'est pas tout le temps possible de l'appliquer. Elle dépend pour beaucoup du nombre de volontaires au départ et des moyens dévolus à la gestion du système.

### Une gestion autonome de l'État et des organismes de protection sociale

À l'exception du General Practice Research Database (GPRD) au Royaume-Uni, l'ensemble de ces outils sont

Gestion	Classification diagnostic	Remarques
RCGP <sup>a</sup>	CISP CIM 9	Persistence suite à une étude nationale.
Health Communication Network	Docle <sup>d</sup>	Gestion par la société détentrice du logiciel utilisé par 85 % des cabinets australiens, impulsion publique de sa mise en place.
SIMG	CIM 9	Mis en place par la Société italienne de médecine générale.
RCGP <sup>a</sup>	Non	Pas d'utilisation de classification, enregistrement des diagnostics en langage vernaculaire, mise en relation avec les séjours hospitaliers des patients.
WOK et Nivel <sup>b</sup>	CISP	Enregistrement du diagnostic depuis 2001 suite à une grande étude nationale.
MHCRA <sup>c</sup>	Read <sup>e</sup>	Mis en place par l'industrie, donné au ministère de la Santé, géré par une de ses institutions mais statut autonome. La seule obligation est d'enregistrer la prescription, le diagnostic est moins bien renseigné.
Université de Nottingham	Read	Mis en place pour pallier les limites du GPRD : renseignements diagnostics insuffisants et accès onéreux.
RCGP <sup>a</sup>	Read	La plus ancienne des bases, utilisation pour veille épidémiologique, les données de prescription ne sont pas utilisées.

2. On note que la prédominance des bases anglo-saxonnes peut, en partie, être relative à un biais de repérage lié à la plus grande masse de publications accessibles en anglais.

3. On note que, à l'exception des Pays-Bas, ces pays ont tous des systèmes nationaux de santé.

4. En Allemagne, il existe un système de relevé systématique de la morbidité par les médecins, mais celle-ci n'est pas reliée aux autres informations enregistrées lors des contacts médecin-patient.

5. Au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, par exemple, les spécialistes exercent presque tous à l'hôpital.

6. Dans ce cas, la transmission des données est soumise à un accord préalable du médecin.

7. Ils auraient un comportement différent de l'ensemble de leurs confrères.

8. GPRD, Qresearch et NIN-GP.

sous la responsabilité d'institutions non gouvernementales. Trois<sup>9</sup> sont gérés par des collèges royaux ou sociétés savantes représentant les médecins généralistes, trois<sup>10</sup> par des départements universitaires spécialisés dans la recherche en soins primaires.

Bien que souvent mis en place avec l'aide de l'État, ils ont tous un statut d'organisation autonome. Dans certains cas, un comité directeur permet aux acteurs ayant un intérêt dans le secteur des soins primaires (communauté des médecins, chercheurs, institutionnels, industrie pharmaceutique...) d'intervenir sur les grandes orientations et projets de ces systèmes. D'autres comités régulent l'accès aux données qui, le plus souvent, est ouvert à tous<sup>11</sup> et supervisent leur bonne utilisation (comité éthique, comité scientifique...).

#### Autofinancement pour la plupart des systèmes

Il semble qu'une telle organisation soit nécessaire au bon fonctionnement de ces systèmes. En effet, le statut d'institution autonome garantit que l'information ne peut être monopolisée par un des acteurs du système de soins (représentant institutionnel, comme représentant des médecins). Il favorise dans le même temps la qualité et la véracité des informations saisies. Les médecins, détenteurs de l'information, ne sont pas tentés de falsifier les données puisqu'ils en sont le plus souvent utilisateurs et parce que, par l'intermédiaire des comités, ils en contrôlent l'utilisation<sup>12</sup>.

Le mode de financement influe sur l'autonomie de ces systèmes, leur pérennité et leur qualité. Hormis le Wilson Research Strategy au Royaume-Uni et l'étude en médecine générale des Pays-Bas qui sont commandés par le gouvernement, ils s'autofinancent. Le plus souvent, ils vendent l'accès à leurs données. Ils peuvent également facturer l'exécution d'études. Les tarifs sont liés à la quantité de données demandée ou au travail nécessaire à leur mise à disposition.

Le plus souvent un apport initial fut nécessaire à la mise en place de ces systèmes d'information. En fonction des recueils, il s'agit de donations ou d'avances du gouvernement, de sociétés savantes ou d'industriels. L'intervention de ces derniers est assez fréquente. Il s'agit de l'industrie pharmaceutique ou de compagnies commercialisant les logiciels médicaux. Le développement actuel de Qresearch au Royaume-Uni est, par exemple, financé par EMIS, distributeur de logiciels médicaux, qui doit recouvrer son investissement dans les premières années de fonctionnement et se retirer. L'autonomie du système est ainsi préservée. En Italie, Health Search Database (HSD) a été mise en place grâce au financement de quatre compagnies pharmaceutiques.

9. WRS, RNZCGP, HSD.

10. Q-research, Medic-GP, NIN-GP.

11. Sauf pour les cas du WRS et du RNZCGP. Ce dernier conduit lui-même les projets de recherche moyennant financement ou peut accueillir des chercheurs.

12. Ils peuvent ainsi s'assurer que l'information n'est pas utilisée à leurs dépens, à des fins de contrôle par exemple.

Il semble que leurs prérogatives n'aient alors pas été bien définies et qu'elles aient eu un accès privilégié aux données qui leur a été judiciairement retiré dernièrement. Afin de garantir la qualité de l'outil, les participations aux financements initiaux doivent, semble-t-il, être soit des donations sans contrepartie, soit des prêts.

#### Toujours une contrepartie pour les médecins

Dans tous les systèmes, les médecins du panel reçoivent une contrepartie. Celle-ci peut être financière : c'est le cas pour la moitié des systèmes<sup>13</sup>, mais elle est toujours intellectuelle. Les médecins reçoivent au moins un rapport sur leur activité et leurs pratiques, qu'ils pourront comparer à la moyenne de l'ensemble du panel. Certains ont également un logiciel qui leur permet de faire des statistiques sur leurs données. D'autres pourront avoir accès aux données de la base issue du système et mener des études après accord sur leur projet de recherche. Les contreparties proposées par le General Practice Research Network (GPRN) en Australie sont à retenir. En plus d'un retour sur les données, la participation au panel donne des points aux médecins au titre de la formation médicale continue et de la participation à des actions de qualité. Elle permet, également, d'obtenir un soutien technique pour le développement d'audits de pratiques et d'accéder à des formations sur l'utilisation du logiciel médical.

Cette forte convergence des caractéristiques organisationnelles des systèmes étrangers laisse à penser qu'elles sont en partie nécessaires à leur bon fonctionnement et impose leur prise en considération pour le développement éventuel d'un tel système en France. ☺

13. Medic-GP, GPRD, WRS, NIN-GP.