

questions

d'économie de la santé

analyse

Repères

Cette étude s'insère dans le cadre d'une réflexion sur un éventuel développement d'un système d'information public sur la médecine ambulatoire en France. Première étape de cette recherche, elle identifie leurs caractéristiques et modes de fonctionnement afin d'enrichir la réflexion sur les modalités de développement d'un tel système dans notre pays. Les informations utilisées sont issues de revues de la littérature, de recherches sur Internet et de contacts institutionnels dans différents pays. L'ensemble de ce projet fait l'objet d'un financement du ministère de la Santé (DREES).

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :

10, rue Vauvenargues 75018 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/17

Télécopie : 01 53 93 43 50

E-mail : document@irdes.fr

Web : www.irdes.fr

Directrice de la publication :
Dominique Polton

Rédactrice en chef :
Nathalie Meunier

Maquettiste :
Franck-Séverin Clérembault

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

En ligne sur www.irdes.fr

10 à 15 numéros par an

Systèmes d'information sur les pratiques médicales de ville : enseignements à partir de quelques expériences étrangères

Karine Chevreul, Philippe Le Fur, Catherine Sermet

Certains pays ont déjà mis en place des systèmes d'information publics décrivant les situations cliniques auxquelles font face les médecins et les attitudes diagnostique et thérapeutique qu'ils adoptent en réponse. Leur analyse permet de connaître les conditions de leur mise en œuvre et de souligner leurs nombreux points communs. Ces similitudes suggèrent qu'elles sont sans doute nécessaires au bon fonctionnement des systèmes en place et doivent servir de base à la réflexion française.

Huit systèmes informatisés ont été identifiés, situés dans cinq pays : le Royaume Uni, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et l'Italie. Ils ne concernent que la médecine générale.

Les médecins participant au recueil sont toujours volontaires. Ils reçoivent dans tous les cas une contrepartie intellectuelle (rapport sur leur activité, comparaison à l'ensemble des médecins...), parfois une contrepartie financière (50 %). En règle générale, les données sont saisies au cabinet du médecin, à l'aide d'un logiciel médical et à partir de classifications pour faciliter les comparaisons. Elles sont ensuite transmises via Internet.

A une exception près, ces systèmes sont sous la responsabilité d'institutions non gouvernementales : sociétés savantes représentant des médecins ou départements universitaires. Bien que souvent mis en place par l'État, ils ont tous un statut d'organisation autonome de toute tutelle. Cette autonomie favorise la qualité des informations saisies car les médecins, détenteurs de l'information, utilisent les données et participent au contrôle de leur diffusion.

Systèmes d'information étudiés et points communs

	Systèmes étudiés	Année d'instauration	Taille		
			Cabinets	Médecins	Patients
Australie	Medic-GP	1994	--	150	61 000
	GPRN	2000	128	297	600 000
Italie	HSD	1996	--	550	--
Nouvelle-Zélande	RNZCGP computer research network	1989	180	450	800 000
Pays-Bas	NIN-GP	1996	93	--	360 000
Royaume-Uni	GPRD	1987	400	2 500	3 M
	Qresearch	2004	500	--	3,5 M
	WRS	1967	80	400	0,75 M

Points communs

Champ couvert : médecine générale.

Médecins du panel : volontaires ; recevant une contrepartie financière dans 50 % des cas, intellectuelle dans tous les cas.

Saisie des informations : pendant les rencontres médecin-patient ; à l'aide de logiciels médicaux ; à partir de classifications.

Informations enregistrées : situations cliniques ; caractéristiques patients et médecins ; attitude thérapeutique.

Organisme gestionnaire : institutions non gouvernementales ne dépendant pas des organismes de protection sociale.

Financement : autonome par vente des données ou d'études spécifiques.

Accès aux données : ouvert à tous sous réserve d'acceptation des projets d'utilisation des données par des comités éthiques et/ou scientifiques.

En 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.

Dans le secteur ambulatoire, le système d'information de l'Assurance maladie s'est enrichi dans les années récentes, avec la description des médicaments et examens de laboratoire prescrits. Il devrait bientôt permettre de connaître la nature des actes réalisés par les médecins. En revanche, malgré la volonté du législateur¹, ces éléments ne pourront pas être mis en regard des causes de consultation et des situations cliniques rencontrées par les praticiens. 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 en limitent l'utilisation.

Il n'est donc pas possible à l'ensemble des 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. Il est, par exemple, difficile de 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, l'identification de thèmes prioritaires pour le développement de programmes de formation médicale

(initiale ou continue) ou l'élaboration de nouvelles recommandations de bonnes pratiques.

Certains pays ont des systèmes publics ou para-publics qui fournissent des informations sur les pratiques en médecine de ville. Afin de nourrir la réflexion sur l'opportunité et les conditions de développement d'un tel système en France, ces outils ont fait l'objet d'une analyse approfondie.

Les systèmes étrangers étudiés concernent tous la médecine générale

Huit systèmes ont été analysés. Ils fournissent en continu des informations à la fois sur la morbidité rencontrée, les caractéristiques des médecins et des patients consultants (âge, sexe, catégories socioprofessionnelles...) et l'attitude thérapeutique choisie en réponse. Ce sont des recueils permanents, informatisés, de données saisies lors des 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)^{2,3}.

Ces systèmes d'information sont majoritairement apparus depuis la deuxième moitié des années 90 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 phénomène⁴.

Des informations enregistrées pendant la rencontre médecin-patient

Les modalités pratiques du recueil des informations par le médecin sont le plus souvent les suivantes :

- la saisie des données au cabinet à l'aide d'un logiciel médical ;

- l'utilisation de classifications pour l'enregistrement des diagnostics, des motifs de recours et des prescriptions. Par l'utilisation d'un langage commun, ces classifications 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. Elles rendent possibles des comparaisons d'informations issues de différents systèmes ;

- la transmission des données par Internet *via* des lignes sécurisées à la fréquence de une fois par semaine à une fois par mois. L'utilisation de programmes d'extractions semi-automatiques 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 la représentativité des pratiques des médecins volontaires peut être biaisée⁵, 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, de répartition selon le degré d'urbanisation du lieu d'exercice et de répartition entre cabinet de groupe et pratique individuelle. Pour pallier cet inconvénient, certains⁶ font 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.

... recevant toujours une contrepartie intellectuelle

Dans tous les systèmes, les médecins du panel reçoivent une contrepartie. Dans la moitié des systèmes, la contrepartie est financière, mais dans tous les cas celle-ci est 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 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.

Une gestion autonome, qui ne dépend pas de l'Etat et des organismes de protection sociale...

A l'exception du GPRD au Royaume-Uni, l'ensemble de ces outils est sous la responsabilité d'institutions non gouvernementales. Trois⁷ sont gérés par des collèges royaux ou sociétés savantes représentant les médecins généralistes, trois⁸ par des départements universitaires spécialisés dans la recherche en soins primaires.

Bien que souvent mis en place avec l'aide de l'Etat, 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

Caractéristiques organisationnelles des systèmes d'information étudiés						
	Systèmes étudiés	Contrepartie pour les médecins		Gestion	Classification diagnostic	
		Financière	Intellectuelle			
Australie	Medic-GP	redistribution de recettes sur l'utilisation des données	retour d'information	RCGP ^a	CISP CIM 9	
	GPRN	non	retour d'information points assurance qualité et FMC, Evaluation des pratiques	Health Communication Network	Docle ^b	
Remarques : gestion par la société détentrice du logiciel utilisé par 85 % des cabinets australiens, impulsion publique lors de la mise en place.						
Italie	HSD	non	retour d'information	SIMG ^c	CIM 9	
Nouvelle-Zélande	RNZCGP computer research network	non	retour d'information	RCGP ^a	langage vernaculaire	
	Remarque : mise en relation avec les séjours hospitaliers des patients.					
Pays-Bas	NIN-GP	1 500 €/an	retour d'information	WOK et Nivel ^d	CISP	
Royaume-Uni	GPRD	0,38 €/an/patient	retour d'information	MHCRA ^e	Read ^f	
		Remarques : la seule obligation est d'enregistrer la prescription, le diagnostic est moins bien renseigné.				
	Qresearch	non	retour d'information	Université de Nottingham	Read	
Remarque : renseignements diagnostics insuffisants et accès onéreux.						
	WRS	0,6 €/an/patient	retour d'information	RCGP ^a	Read	

^a Royal College of General Practitioners
^b Classification propre mais transcodification en CISP et CIM
^c Société italienne de médecine générale
^d 2 groupes de recherche en médecine générale
^e Medicine and Health Care Regulatory Agency, service de l'État de statut autonome
^f Classification développée par le Dr Read prédominante au Royaume-Uni

sur les grandes orientations et projets de ces systèmes. D'autres comités régulent l'accès aux données qui, le plus souvent, est ouvert à tous⁹ et supervisent leur bonne utilisation (comité éthique, comité scientifique...).

... garantissant l'accès à tous et la qualité des données.

Il semble que le statut d'institution autonome soit considéré comme nécessaire au bon fonctionnement de ces systèmes. En effet, une telle organisation garantit que l'information ne peut être monopolisée par un des acteurs du système de soins (représentant institutionnel,

- ¹ Principe prévu par la loi dite « Teulade » du 4 janvier 1994, renforcé par les ordonnances d'avril 1996.
- ² La prédominance des bases anglo-saxonnes peut en partie être due à un biais de repérage lié à la plus grande masse de publications accessibles en anglais.
- ³ On note qu'à l'exception des Pays-Bas, les pays étudiés ont tous des systèmes nationaux de santé.
- ⁴ Au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, par exemple, les spécialistes exercent presque tous à l'hôpital.
- ⁵ Ils auraient un comportement différents de l'ensemble de leurs confrères.
- ⁶ GPRD, Qresearch et NIN-GP.
- ⁷ WRS, RNZCGP, HSD.
- ⁸ Q-research, medic-GP, NIN-GP.
- ⁹ 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.

Exemples d'utilisation des bases étudiées, selon les objectifs

Description de la demande

- Statistiques en médecine générale : pathologies, caractéristiques socio-démographiques des patients... (GPRD)¹
- Veille épidémiologique pour la varicelle, les infections respiratoires aiguës(WRS)²
- Pathologies associées aux ulcères veineux des jambes (GPRD)³
- Habitudes de consommation de tabac (fréquence) (HSD)⁴

Étude de pratiques

- Evaluation de la campagne de vaccination contre l'in uenza virus (NIN-GP)⁵
- Fréquence des adressages aux autres professionnels de santé (NIN-GP)⁶
- Utilisation des traitements oraux du diabète de type II (Medic-GP)⁷
- Evaluation de la mise en œuvre de pratiques de prévention dans 45 cabinets concernant 430 000 patients (GPRD)⁸

Études des prescriptions

- Les 20 premiers médicaments prescrits en médecine de ville chaque semaine (GPRN)⁹
- Etude prescription de la warfarine : profils socio-démographiques des patients, raisons de la prescription, fréquence des tests INR (GPRN)¹⁰
- Les médicaments prescrits pour les 20 à 44 ans en médecine de ville en Nouvelle Zélande (RNZGP computer research network)¹¹

Pharmacologie et pharmacovigilance

- Risque de dépressions sévères, psychoses ou attaques de paniques suites à la prise d'antipaludéens (GPRD)¹²

Étude de coûts

- Le coût de l'hypertension non contrôlée (Medic-GP)¹³

¹ Key Health Statistics from General Practice 1996, *National Statistics (1998) Series MB6 n° 2.*

² www.rcgp.org.uk/bru/alert.asp

³ *Medical conditions associated with venous leg ulcers. Margolis DJ, Knauss J, Bilker W. Br J Dermatol. (2004); 150: 267-73.*

⁴ voir le rapport p.35 sur www.healthsearch.it/report2002_pdf/Report2002.pdf

⁵ www.nivel.nl/pdf/eng_folder.pdf

⁶ Voir études sur le site du NIN-GP : www.linh.nl/

⁷ *Australian General Practice Medical Records Validate Published Findings in the Oral Drug Treatment of Type 2 Diabetes. Beilby J, Duszynski K, Hobbs L and Rutherford C. Aust. Diabetes Society Conference 2002.*

⁸ *A total audit of preventive procedures in 45 practices caring for 430 000 patients Lawrence M, Coulter A, Jones L Br Med J (1990); 300: 1501-1503.*

⁹ http://hcn.australiandoctor.com.au/healthcomms_archive.asp?archive=20020429#03

¹⁰ http://hcn.australiandoctor.com.au/healthcomms_archive.asp?archive=20020429#03

¹¹ www.rnzcgpr.org.nz/NZFP/Issues/Dec2003/Hall_1_Dec03.pdf

¹² *The risk of severe depression, psychosis or panic attacks with prophylactic antimalarials. Meier CR, Wilcock K, Jick SS. Drug Saf. (2004); 27: 203-13.*

¹³ The costs of uncontrolled hypertension – A preliminary overview. Pratt NL, Beilby JJ, Marley JE, Walker DC, Duszynski KM, Nobes M, Waldeck R and Macarounas-Kirchman K *Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2001; 10(S1): S81.*

comme représentant des médecins). Elle favorise dans le même temps la qualité et la véracité des informations saisies. En effet, les médecins, détenteurs de l'information, ne sont pas tentés de modifier les données puisqu'ils en sont le plus souvent utilisateurs et parce que, par l'intermédiaire des comités, ils en contrôlent l'utilisation. Ils peuvent ainsi s'assurer que l'information n'est pas utilisée à leurs dépens, à des fins de contrôle par exemple.

Autofinancement par vente d'études ou de données...

Le mode de financement influe sur l'autonomie de ces systèmes, leur pérennité et leur qualité. Hormis le WSR au Royaume-Uni et l'étude en médecine générale des Pays-Bas qui sont commandés par le gouvernement, ils s'autofinencent. 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.

... avec cependant un apport initial extérieur

Le plus souvent, un apport initial a été 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. Ainsi, au Royaume-Uni, le GPRD a été mis en place par l'industrie pharmaceutique puis cédé au ministère de la Santé. De même, le développement actuel de Qresearch au Royaume-Uni est financé par

EMIS, distributeur de logiciels médicaux, qui doit recouvrir son investissement dans les premières années de fonctionnement et se retirer. L'autonomie du système est ainsi préservée. En Italie, la HSD (Health Search Database) a été mise en place grâce au financement de quatre compagnies pharmaceutiques. 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.

Cette forte convergence des caractéristiques organisationnelles des systèmes étrangers laisse à penser qu'elles sont en partie nécessaires à leur bon fonctionnement. Elles doivent en tous cas être prises en considération dans l'éventualité du développement d'un tel système en France.

Pour en savoir plus

Medic-GP : www.generalpractice.adel.aideuni.org/menu/medicgp.shtml

GPRN : www.australiandoctor.com.au/gprn.asp

HSD : www.healthsearch.it

RNZCGP computer research network : <http://healthsci.otago.ac.nz/division/medicine/dnschmed/gp/rnzcgpr/cgpdata.html>

NIN-GP : www.linh.nl

GPRD : www.gprd.com

Qresearch : www.qresearch.org

WRS : www.rcgp.org.uk/research/research_units/index.asp#Epidemiology

Dovey M.S. and Tilyard M.W. (1996) : The computer research network of the Royal New Zealand College of General Practitioners: an approach to general practice research in New Zealand. *British Journal of General Practice*, 46: 749-752.

Sayer G.P., McGeehan K., Kemp A. et al. (2003) ; The General Practice Research Network: the capabilities of an electronic patient management system for longitudinal patient data. *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.*, 12: 483-489.