

Observatoire de la médecine générale :

quels **bénéfices** pour les médecins ?

La Société française de médecine générale (SFMG) a mis en place, à partir de 1992, un réseau de médecins généralistes informatisés constituant l'Observatoire de la médecine générale, fondé sur le relevé des pratiques en continu et en temps réel.

Le premier objectif de l'Observatoire de la médecine générale (OMG) ¹ était de valider un outil de recueil standardisé des diagnostics les plus fréquents en soins primaires, le « Dictionnaire des résultats de consultation » (DRC). ² Il s'agissait de vérifier, sur une grande échelle, dans les conditions d'utilisation au quotidien, la pertinence et la cohérence des définitions du dictionnaire, établies initialement par un groupe plus réduit. Ce travail trouve sa source dans les travaux d'un médecin autrichien, R.N. Braun ³ et de ses élèves en Allemagne, Autriche, ⁴ Suisse et France. ⁵⁻⁷

Le second objectif de ce réseau a été de démontrer la faisabilité d'un observatoire des pratiques fondé sur le relevé en continu et en temps réel. Cet objectif est atteint aujourd'hui, puisque nous avons, pour les plus anciens médecins du réseau, 10 années de recul. Un premier entrepôt de données sous Access a été construit en 1994, et le premier annuaire des statistiques a été publié en 1998. ⁸

UN OBSERVATOIRE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE...

En 2000-2001, l'OMG a pris une nouvelle dimension avec l'élaboration d'un programme de développement à 5 ans : création d'un « département de l'information médicale » intégrant des médecins spécialisés dans le traitement des données médicales informatisées, construction d'une base de données (Diogène) sous Oracle 8i, intégration d'outils statistiques et de modélisation puissants, création d'un site Internet pour l'expression des données, recrutement de nouveaux médecins investigateurs, et constitution d'un comité d'éthique. Cet ensemble est coordonné par le président de la SFMG.

... pour intervenir dans le débat public et argumenter les travaux de recherche

Il existe peu de données disponibles sur les problèmes de santé rencontrés en médecine de ville et sur leurs modes de prise en charge, en particulier dans le champ de la médecine générale. Ces données sont issues de groupes industriels spécialisés dans le traitement de l'information en santé (réseau Thalès de Cegedim, l'observatoire d'IMS-Health), du monde assurantiel public (Cnamts), mutualiste ou privé, d'institutions de Santé publique (Credes), et de réseaux de recherche thématiques publics (réseau sentinelle de l'Inserm, ou privé GROG de Open Rome). Il existe aussi des enquêtes épidémiologiques, mais elles sont encore trop peu nombreuses. La création d'un réseau de recueil et d'un entrepôt de données s'est imposé à notre société savante pour intervenir dans le débat public ^a sur les questions de santé, participer à la veille sanitaire dans une dimension d'analyse à moyen terme, argumenter les travaux en médecine générale sur une base d'expertise professionnelle.

De nombreux bénéfices pour le généraliste investigateur...

Vers une démarche qualité. Bénéficiaire d'un dossier médical structuré autour d'un langage standardisé (DRC), descriptif des problèmes pris en charge à chaque consultation et transcodé CIM-10, est le premier intérêt pour le médecin comme pour le patient. Cette logique de structuration médicale conduit implicitement à la justification et à la traçabilité des décisions prises, premier pas vers une démarche qualité, et argument médico-légal non négligeable.

Par **Pascal Clerc, Philippe Boissnault, Olivier Kandel, Daniel Candelier, Jean L Leeuws, Boris Zilber, François Raineri.**
Société française de médecine générale, 141, avenue de Verdun, 92130 Issy-les Moulineaux.

p.clerc@sfm.org

Comparer son activité. Le retour d'informations sur la pratique individuelle est le second intérêt.⁹ Un accès Internet,¹⁰ en cours de construction, devra permettre à tout médecin du réseau de comparer son activité professionnelle à celle du groupe, aux recommandations existantes (Anaés), et d'utiliser les données collectives à des fins de FMI, FMC et de recherche clinique.

Une source possible de revenus. La participation, sans grand changement de ses habitudes de travail, à des études scientifiques est possible grâce à la structuration du dossier. Outre l'intérêt intellectuel de ces études et l'impact connu de la recherche sur l'amélioration des pratiques, il y a là une source possible de revenus pour le médecin investigateur (la majorité de ces études étant rémunérée).¹¹⁻¹⁵

Une aide individualisée à l'utilisation de l'informatique. L'appartenance à un groupe professionnel identifié permet de mutualiser ses ressources et d'apporter une aide individualisée concrète à l'utilisation de l'informatique professionnelle : déclaration à la CNIL, formation à l'utilisation du logiciel métier, informations diverses, « trucs et astuces », mise à niveau des sites informatiques professionnels par un expert informaticien. Les contacts et les échanges au sein du groupe sont favorisés par l'existence de « Forum Internet ». Des propositions de formation à l'utilisation d'outils informatiques d'analyse et aux concepts de l'épidémiologie se mettent en place.^b L'obtention récente d'un budget FAQSV national, va permettre un développement important de ces éléments et de la mise à disposition de données à la communauté.^c

... avec quelques contraintes

Un effort particulier sur les renseignements « patients », dont les données sont rarement utiles au soin mais indispensables à l'analyse épidémiologique fine, est nécessaire. L'exportation des données est automatisée et rapide à l'aide d'un logiciel spécifique ; elle est demandée quatre fois par an à l'ensemble du réseau et tous les mois pour les médecins participants à des études (60 % des médecins). In fine, la décision d'exportation est prise par le médecin ; les données sont cryptées au cabinet médical, et envoyées à une adresse Internet spécifique.

Un comité d'éthique veille au respect des règles

Le recueil et la transmission de données médicales informatisées exigent de respecter les règles fondamentales de protection des patients, des médecins, et du secret professionnel. Les règles sont fixées par les différentes instances (conseil de l'Ordre, CNIL, conseil de Recherche) : – l'anonymisation des données est totale pour le patient ; – l'anonymisation du médecin est totale dans l'expression des données ; cependant, pour des raisons de validation de données (demande complémentaire d'information), le médecin-DIM, et lui seul, possède une table de référence numéro d'anonymisation / nom du médecin ; – l'exportation des données est réalisée de façon volon-

taire par le médecin, excluant toute incursion d'un tiers dans l'ordinateur ;

– des affiches sont à la disposition des médecins pour informer leurs patients ;

– la volonté des patients qui ne souhaitent pas participer au recueil est respectée (introduction d'un code spécifique interdisant l'exportation). De même, tout patient peut demander le retrait de la base de données des informations le concernant.

Un Département de l'information médicale

Le recueil des données médicales permet de constituer un entrepôt de données. Cette appellation issue du monde industriel connaît, dans les années 1980, ses premières applications dans le monde de la santé lors de la mise en place du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) dans les hôpitaux. Pour gérer cet entrepôt, la SFMG a créé un Département de l'information médicale. Ce DIM est constitué de 5 médecins libéraux et d'un médecin salarié à temps plein compétent en gestion de bases de données, d'un analyste programmeur et d'une statisticienne. Ce groupe gère l'architecture informatique de la base, et contrôle la cohérence des données.

Ce contrôle passe par une batterie de tests d'assurance qualité concernant le volume d'actes réalisés par le praticien, les modalités d'utilisation du dictionnaire des résultats de consultation, le contenu des ordonnances, et les divers recours. À l'issue de cette analyse, les différents éléments présents dans la base sont dotés de marqueurs de validités en fonction d'axes d'analyse (patients, actes, diagnostics, type de contacts – consultations, visites, téléphone – décisions, médicaments). Chacun des praticiens est ainsi caractérisé, de manière anonyme, pour chaque période analysée (en général une année) par un score sur chacun des axes. À l'issue de ces différentes phases, un rapport de validation¹⁶ est rédigé, et les données sont prêtes à être utilisées.

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE L'ENTREPÔT DE DONNÉES

Les résultats présentés ci-dessous couvrent la période du 01/01/1993 au 31/12/2002, soit 10 années de recueil. À ce jour, l'entrepôt contient les données de 133 médecins (dont 113 hommes [85 %] et 20 femmes [15 %]) et de 413 342 patients (189 084 hommes [47 %] et 211 055 femmes [53 %]).

Ces patients ont été rencontrés lors de 3 124 567 actes : 83,6 % sont des consultations, 9,4 % des visites, 7 % des contacts par téléphone ou courrier. Ces actes ont permis de recenser 4 423 618 résultats de consultation.

Parmi ces actes, 41 % sont des cas nouveaux (une « entrée dans le système de soins ») et 58 % des cas persistants (des cas déjà vus par un médecin).^d

Parmi les Résultats de consultation, 71 % sont des

a. site SFMG
www.sfmng.org.
Communiqué sur les arrêts de travail (21/09/03). Communiqué sur les examens de sport (03/11/03).

b. mise en place d'un cycle de formation épidémiologique à partir des données de la base DIOGENE pour l'année 2002-2003, conjointement avec EPITER.

c. ce travail est effectué en partenariat avec le Credes, l'Anaes et *La Revue du Praticien-Médecine Générale*.

symptômes isolés ou des syndromes, et 29 % des tableaux de maladie^e ou des diagnostics certifiés.^f

Le nombre des actes comme celui des problèmes de santé pris en charge augmente régulièrement à partir de 45 ans. À partir de 77 ans, le nombre d'actes par patient et par année dépasse le seuil des 5 actes en moyenne (v. fig. 1).

Les 30 problèmes de santé les plus fréquents, pris en charge par les praticiens, représentent un peu plus de 50 % de leur pratique (v. fig. 2). Ils sont très stables d'une année à l'autre. Les groupes pathologiques rencontrés sont : les pathologies cardiovasculaires et leur facteurs de risques (HTA, insuffisance coronaire, insuffisance cardiaque, hyperlipidémie, diabète de type 2, obésité), les infections ORL (rhinopharyngite, angine, rhume), les pathologies rhumatologiques (arthropathie-périarthropathie, arthrose, lombalgie), les pathologies psychiatriques (dépression, humeur dépressive, anxiété-angoisse). Notons la part non négligeable des syndromes généraux (état fébrile et état morbide sans fièvre) et des symptômes (insomnie, constipation, algie, toux). Enfin, la prévention primaire occupe les toutes premières places en fréquence avec examen systématique et vaccination.

Validité des données

L'objectif du premier rapport de validation, établi en 2002,¹⁷ était d'effectuer un état des lieux du recueil et de mettre en place des marqueurs de validité. Il a montré qu'en l'état actuel, ce réseau de médecins généralistes n'est pas représentatif de l'ensemble des généralistes de France. Cependant les données directement utiles aux soins sont en général correctement renseignées : 95 % des médecins ont un profil d'activité valide, 97 % des patients sont correctement renseignés pour le sexe, 99 % pour la date de naissance. La répartition en fréquence des diagnostics correspond aux résultats des travaux antérieurs de la SFMG.⁸

Il a également montré que les données non directement utiles aux soins, comme les catégories socioprofessionnelles Insee, les types de logements, etc. ne sont pas suffisamment fournies, même par les plus anciens praticiens.

La validation externe par comparaison aux résultats d'autres bases de données ou d'enquêtes en population de médecine de premier recours est un élément essentiel de validation de la cohérence des données de l'OMG. Cependant, à ce jour, ce type de données est parcellaire, et lorsque les comparaisons sont possibles, les données ne se recoupent pas complètement. Cela est lié à la différence entre les outils diagnostiques, les objectifs des entrepôts de données et les axes d'analyse des enquêtes. Nous avons interrogé les bases existantes de la Cnamts, de la Drees, du Credes,^{18,19} sur les critères de cette première validation (comparaison sur l'année 1999 disponible à l'époque). Les patientèles sont comparables, ainsi que le pourcentage de consultations. En revanche, le réseau n'enregistre que 17 % de visites et les données

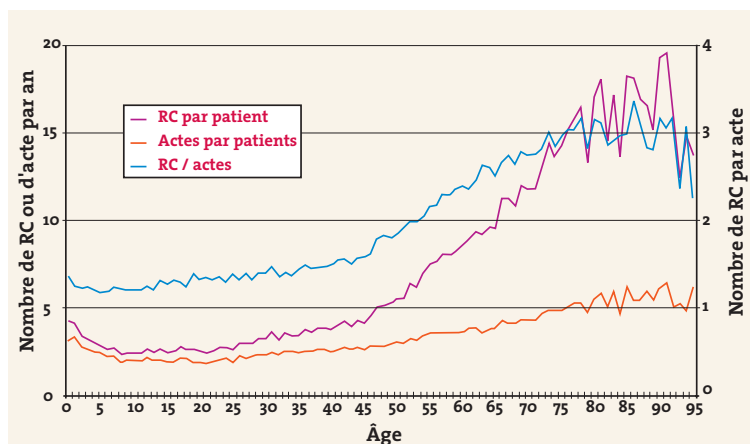


Fig. 1: Le nombre de RC et d'actes par patients, de RC par actes.

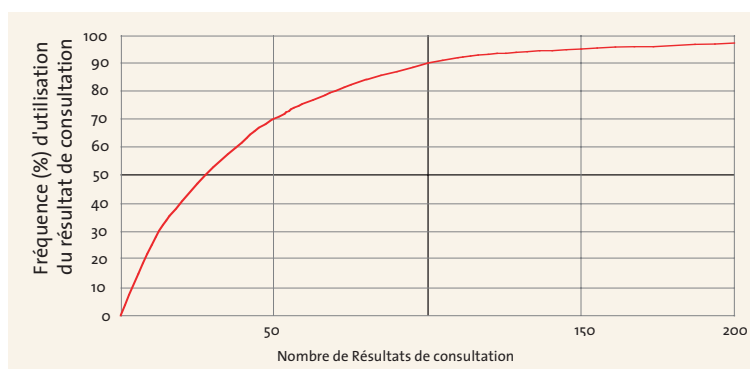


Fig. 2: Fréquence d'utilisation des résultats de consultation.

nationales 27 % ; 2 facteurs peuvent expliquer ces constats : la rentrée du contenu des visites a posteriori au cabinet médical, et la probable moindre fréquence des visites par les médecins du réseau. Ce dernier point reste à confirmer. Quelques indicateurs sont démonstratifs : 10 années de recueil en continu pour les plus anciens du réseau, des médecins à clientèle importante participent au recueil, tous les patients consultant les médecins concernés sont inclus, le rang en fréquence des résultats de consultation est stable d'une année sur l'autre. Enfin, les pics des états fébriles comparés aux épidémies de grippe recensées par les GROG,²⁰ et les pics de diarrhée recensés^{21,22} par le réseau sentinelle de l'unité Inserm 444,²³ sont superposables pour les années 1995 à 1999 (fourchette de l'étude de comparaison).

LES ENJEUX EN 2004

Les nouveaux moyens financiers obtenus pour les 2 ans à venir vont contribuer au développement des axes suivants :
 – l'intégration progressive de nouveaux médecins dans le réseau avec des logiciels labellisés « DRC » et « OMG » (5 logiciels en cours de labellisation). L'objectif à 2 ans est d'avoir un réseau représentatif de 400 généralistes français, répartis sur l'ensemble du territoire ;
 – la validation des données décisionnelles et pharmaceutiques (premiers éléments au cours du 1^{er} semestre 2004) ;
 – l'automatisation des procédures d'intégration, de

d. il s'agit de cas aiguës résolus en au moins 2 actes, et de cas chroniques.

e. tableau clinique suffisamment évocateur, sans confirmation biomédicale.

f. au sens de confirmation biomédicale.

OBSERVATOIRE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

validation et de traitement des données ;

- la mise à disposition de données dynamiques (interrogation limitée en ligne) issues de l'OMG sur le site Internet de la SFMG (premiers éléments fin 1^{er} semestre 2004) ;
- la publication d'analyse des pratiques du groupe rapportées aux référentiels (en partenariat avec l'Anaés) ;
- la mise en place d'une animation personnalisée dont l'un des buts est l'amélioration de la qualité du recueil ;
- le développement de critères d'analyse avec le Credes ;
- la mise en place d'outils d'analyse statistique et de modélisation encore plus performants.

Enfin, la participation à ce type d'observatoire modifie-t-elle la pratique médicale des membres du réseau ? Les outils et les études actuellement en cours de développement permettront de répondre à cette question dans les mois qui viennent. C'est un des prochains chapitres que nous développerons dans ces colonnes. ■

Références

1. Cnamts, convention n° 1397/93.
2. Dictionnaire des résultats de consultation, révision 2001. Doc Rech Med Gen, SFMG, n° 58, décembre 2001.
3. Braun RN. Pratique, critique et enseignement de la médecine générale. Paris : Payot, 1998.
4. Sonnleiter A. De la nature individuelle des dénominations pour les résultats de consultation en médecine générale. Effet sur les calculs de fréquence statistique en médecine générale. Mémoire en vue de l'accession au grade de docteur en médecine. Vienne 1986. Document Société française de médecine générale.
5. Sourzac R, Very G. Les médecins généralistes sur la voie d'un même lan-

6. Clerc P. L'ABC du diagnostic. Rev Prat Med Gen 1991 ; 132 : 818-20.
7. ENSP – Groupe IMAGE. La casuistique. Le concept de cas selon R.N. Braun dans la gestion du risque en situation diagnostique ouverte. Adaptation à la Classification internationale des maladies (CIM) 10 ; 1999.
8. Clerc P, Morel F, Martinez L. Annuaire statistique 94/95 de l'« Observatoire de la médecine générale ». Doc Rech Med Gen, SFMG, n° 52, sept. 1998.
9. De Lusignan S, Stephens PN, Adal N, Majeed A. Does feedback improve the quality of computerized medical records in primary care? J Am Med Inform Assoc 2002 ; 9 : 395-401.
10. www/sfmg/omg.net.
11. Gallais JL, Boissault P, Morel F *et al.* Herpès labial et génital en médecine générale. Ann Dermatol Venerol 2000 ; 127 : 596-602.
12. Griot E. Les consultations d'enfants en médecine générale. Les affections pédiatriques en soins primaires. Rev Prat Med Gen 1998 ; 421 : 24-31.
13. Duhot D, Martinez L, Ferru P, Kandel O, Gavid B. Prévalence de l'HTA en médecine générale. Rev Prat Med Gen 2002 ; 56216 : 177-80.
14. Duhot D, Vallee J, Collignon Portes R, Clerc P. Follow up quality with HbA1c among patients with type 2 diabetes consulting in French primary care. European Congress of WONCA juin 2002.
15. Thomas-Dessessart Y, Hebbrecht G, Raineri F, Boissault P. Étude de faisabilité d'un recueil de prise en charge des patients âgés de plus de 70 ans par un réseau de médecins généralistes. Communication présentée au XVI^e congrès EMOIS les 7 & 28 mars 2003 – Nancy.
16. Clerc P, Boissault P, Hebbrecht G. Diogene, Cahier de validation n° 1, juillet 2002. Document SFMG.
17. Clerc P, Boissault P, Hebbrecht G. Diogene, Cahier de validation n° 1, juillet 2002. Département d'information médicale – SFMG.
18. Site internet Score-santé :
19. Credes : logiciel Eco-santé.
20. Site internet : www.gorg.org
21. Bulletin épidémiologique annuel 1997, diarrhée aiguës, page 149. Institut de veille sanitaire.
22. Letrilliart L, Desenclos JC, Flahault A. Facteurs de risque des diarrhées aiguës épidémiques hivernales : une enquête cas-témoins en médecine générale. Doc Rech Med Gen, SFMG, no 50, janvier 1998 : 2-5.
23. Site internet : www.b3e.jussieu.fr

La SFMG remercie tous les médecins généralistes qui participent à l'OMG et fournissent leurs données.