



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2002 –

PRATIQUES EN MÉDECINE DE VILLE ET SYSTÈME D'INFORMATION

– groupe n° 8 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale

Animateurs :

– ***Dr Karine CHEVREUL***

– ***Dr Jean PASCAL***

Sommaire

Liste des sigles utilisés.....	3
Méthodologie	4
Introduction	6
1 La nécessité d'un système d'information pour analyser les pratiques en médecine de ville	7
1.1 Un contexte favorable	7
1.2 Des sources d'information inadaptées.....	9
2 Un système d'information construit en fonction des besoins des acteurs et autour d'objectifs précis	12
3 Les conditions à réunir pour une implantation efficiente et pérenne d'un système d'information tourné vers l'analyse des pratiques en médecine de ville	16
3.1 La technicité nécessaire.....	16
3.1.1 Le support.....	16
3.1.2 Les systèmes de codage.....	18
3.2 Les critères qualitatifs d'un système d'information.....	21
3.2.1 Valeur informative du système.....	21
3.2.2 Continuité du système.....	22
3.2.3 Réactivité et adaptabilité.....	22
3.2.4 Acceptabilité et faisabilité	23
4 Recommandations pour la mise en place d'un système d'information en médecine de ville	24
4.1 Définir un objectif clair	25
4.2 Placer les médecins généralistes au cœur du système d'information	25
4.3 Positionner l'URML comme pilote légitime	25
4.4 Assurer le financement.....	26
4.5 Etablir un réel partenariat avec les Caisses.....	26

4.6	Adapter les supports et choisir un langage commun.....	26
4.7	Favoriser l'adhésion des différents acteurs	27
4.8	Assurer la pertinence des données recueillies	28
4.9	Expérimenter le système d'information.....	28
4.10	Permettre l'évaluation du système	28
CONCLUSION		29
BIBLIOGRAPHIE		30
ANNEXES		34

Liste des sigles utilisés

- AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments et des Produits de Santé
- AMA : American Medical Association
- ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
- CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
- CIM 10 : Classification Internationale des Maladies – 10ème
- CISP : Classification internationale des Soins Primaires
- CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
- CREDES : Centre de Recherches, d'Études et de Documentation en Économie de la Santé
- DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- ENSP : École Nationale de la Santé Publique
- ERSM : Échelon Régional du Service Médical
- FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
- FSE : Feuille de Soins Électronique
- GROG : Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe
- IMAGE : Laboratoire de recherche de l'ENSP : Information Médicale d'Aide à la Gestion des Établissements
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ORPA : Observatoire Régional des Patients Âgés (SFMG)
- ORS : Observatoire Régional de la Santé
- PERNNS : Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé
- PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
- RMO : Références Médicales Opposables
- ROR : Vaccination Rougeole Oreillons Rubéole
- RSS : Réseau Santé Social
- SFMG : Société Française de Médecine Générale
- SI : Système d'Information
- SIAM : Système informationnel de l'Assurance Maladie
- SNIRAM : Système National Inter régime d'Assurance Maladie
- URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
- URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

Méthodologie

La méthode de travail qui a été retenue et mise en œuvre pour traiter notre sujet : "Pratiques en médecine de ville et Système d'Information" nous a conduits à adopter, à chaque étape de notre raisonnement les outils méthodologiques adaptés aux objectifs poursuivis.

Objectif et étapes

Le but de cette étude est de définir un Système d'Information adapté à l'analyse des pratiques en médecine de ville. Pour atteindre cet objectif principal, nous avons distingué quatre étapes, correspondant chacune à un objectif intermédiaire :

- ✓ Délimitation précise du champ de cette étude et du lien qui pouvait exister entre les deux items : système d'information et analyse des pratiques
- ✓ Analyse des besoins des acteurs participant à un SI et détermination de l'objectif général de ce SI
- ✓ Étude de la technicité requise à l'élaboration d'un SI, en recherchant les critères de qualité qui garantiraient la pertinence et la réussite du système
- ✓ Élaboration de recommandations pour un SI tourné vers l'analyse des pratiques en médecine de ville, à travers un exemple concret qui nous permet à la fois de faire une synthèse de nos réflexions et de nous inscrire dans une démarche prospective et critique sur notre sujet

Les outils pour mettre en œuvre cette démarche

Pour atteindre chacun de ces objectifs, nous avons eu recours à divers outils :

- ✓ Les **discussions au sein du groupe**, les **échanges avec nos référents**, la **revue de la littérature** ainsi que des **recherches sur des sites Internet** ont été utilisés tout au long de notre travail, pour confronter nos idées, orienter nos recherches et bâtir notre hypothèse de travail. Le recours à ces outils fut particulièrement important lors de la délimitation du sujet, mais il a aussi servi de base à l'élaboration de tous les tableaux de synthèse¹, joints à ce travail.

¹ Tableaux "Positionnement des différents acteurs par rapport au SI", p. 14 et "Quelques institutions qui recueillent de l'information en santé", p. 11

✓ **L'élaboration d'une grille d'entretien semi directif²** pour confirmer ou infirmer nos premières hypothèses de travail. Nous avons sélectionné un certain «type» d'acteurs, chacun possédant une compétence spécifique en matière de SI³ : soit une connaissance générale et théorique des SI (M. Le Professeur Chaperon, Département de Santé Publique, Université de Rennes), soit un savoir faire technique (MM. Naiditch, Cohen et Durand ; tous consultants spécialisés en SI), soit comme pilote ou comme représentant d'une institution qui a soutenu la mise en place d'un SI (M. Humbert, Directeur de l'URCAM de Bretagne, M. Simaga, Directeur de l'URML de Bretagne, MM Eon et Battiny de l'ERSM de Bretagne). A partir de cette sélection des acteurs, nous avons défini une trame générale pour harmoniser les restitutions, tout en conservant au moment de l'entretien la possibilité d'élargir notre questionnement. pour l'adapter au profil de l'acteur rencontré et pour l'affiner en fonction des entretiens précédemment menés. Ces entretiens nous ont progressivement permis d'orienter nos investigations vers d'autres acteurs détenteurs d'informations plus précises sur le fonctionnement et sur l'acceptabilité d'un SI (Dr Samzun, panéliste au sein du Baromètre de la Société ISM Health, Dr Conniaud MG France, Dr Boishnault de la SFMG) Les données recueillies au cours de ces entretiens ont pu être comparées grâce à des **comptes rendu systématiques⁴**. Cette grille d'entretien nous a donc permis de comprendre les besoins des acteurs, les objectifs possibles d'un SI et de mettre en évidence les principaux SI existants⁵, leurs limites et leurs avantages.

La mobilisation de tous ces outils a favorisé la réunion et la confrontation de toutes les données nécessaires pour dessiner un SI correspondant à l'objectif recherché.

² Grille jointe en annexe n° II

³ Se reporter à la liste des interlocuteurs, annexe I

⁴ Se reporter aux annexes III à XIII

⁵ Voir fiches projets, annexes XIV à XXI

Introduction

« Le trop d'information peut coûter cher en temps, conduire à tout et à rien.

Le manque d'information peut coûter aussi cher et conduire à de gros risques.»

A. BERDUGO⁶

L'émergence de la notion de maîtrise médicalisée des dépenses de santé au début des années quatre vingt dix renvoie à la nécessité d'une rationalisation des pratiques médicales dans le but d'une utilisation plus efficiente des ressources du système de santé. Ce processus fait suite, notamment, au constat d'hétérogénéité des pratiques médicales. A plus long terme, il doit permettre d'améliorer la qualité des soins dispensés aux patients.

Mais la mise en place d'une telle démarche nécessite d'avoir une connaissance fine de l'état des pratiques en médecine de ville. Autrement dit, il convient de passer par une phase initiale de collecte d'informations sur les pratiques médicales. Or, il n'existe actuellement en France aucun système d'information dans le cadre de la médecine de ville à l'image de ce qui existe déjà dans le domaine hospitalier (PMSI). Certes, on dispose d'outils d'information mais ils sont cloisonnés et répondent à des objectifs très spécifiques. Développer un système d'information est donc un préalable indispensable à l'analyse des pratiques en médecine de ville. Celui-ci peut se définir comme un ensemble organisé de flux d'informations échangés à travers différents supports destiné à répondre à des objectifs déterminés.

En premier lieu, nous nous attacherons à démontrer que la mise en place d'un système d'information est nécessaire pour analyser les pratiques en médecine de ville (1^{ère} partie).

Dans un deuxième temps, nous soulignerons que le système d'information se construit en fonction des besoins des acteurs et autour d'objectifs précis (2^{ème} partie).

A la lumière des systèmes d'information existants que nous avons pu étudier, de la revue de la littérature et des entretiens menés avec des acteurs concernés par ce débat, nous tenterons ensuite de dégager les critères de qualité du système d'information à promouvoir pour l'analyse des pratiques en médecine de ville (3^{ème} partie).

Enfin, nous formulerons des recommandations pour la création d'un système d'information et ce, à partir de l'exemple concret d'un système d'information implanté au niveau régional et piloté par l'URML (4^{ème} partie).

⁶ BERDUGO A, L'évolution des idées concernant les relations entre "Système d'Information et Management des Entreprises", Informatique et Santé - Rédacteurs : M. Fieschi, P. Dujols et R. Beuscart- Collection dirigée par P. Degoulet et M. Fieschi Volume 6 – 1993, Paris, Springer-Verlag

1 LA NECESSITE D'UN SYSTEME D'INFORMATION POUR ANALYSER LES PRATIQUES EN MEDECINE DE VILLE

Plusieurs conditions semblent aujourd'hui réunies pour favoriser l'émergence d'un système d'information centré sur les pratiques en médecine de ville.

Tout d'abord, le contexte actuel génère un besoin de système d'information.

Ensuite, on constate que les sources d'information dont nous disposons actuellement sont cloisonnées et ne permettent pas de répondre à la finalité d'analyse des pratiques en médecine de ville.

1.1 Un contexte favorable

Le contexte actuel est favorable à l'émergence d'un système d'information orienté vers l'analyse des pratiques en médecine de ville. En effet, un grand nombre d'études et de recherches en santé publique ont montré l'existence de variations dans la prise en charge médicale face à des situations cliniques similaires. Ces différences existent tant entre zones géographiques qu'entre praticiens.

L'hétérogénéité des pratiques expliquée par les médecins

Les médecins avancent généralement deux types d'explications : en premier lieu, les variations interindividuelles entre les malades et ensuite, le rôle de l'incertitude.

Ainsi, les pratiques seraient différentes, d'abord parce que les patients eux-mêmes sont différents. On peut en effet imaginer que pour une pathologie semblable, il faille traiter différemment un patient âgé et un patient jeune, ou encore un patient bénéficiant d'un entourage familial structuré et un patient isolé, etc.

L'autre explication est l'incertitude. Les pratiques varieraient parce que, dans beaucoup de cas, les critères de choix entre diverses thérapeutiques ne sont pas bien définis. Autrement dit, aucune solution ne s'impose clairement.

Source : analyse de la littérature

Ce constat initial d'hétérogénéité des pratiques interroge sur l'efficacité du système de santé. Il faut bien s'assurer que cette hétérogénéité des pratiques médicales ne se fait au détriment ni de l'utilisation des ressources collectives, ni de la qualité des soins délivrés.

Il est intéressant de rappeler ici la définition adoptée par l'O.M.S. de la qualité des soins.

"La qualité des soins doit permettre :

- *De garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé,*
- *Conformément à l'état actuel de la science médicale,*
- *Au meilleur coût pour un même résultat,*
- *Au moindre risque iatrogénique, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.*

C'est une procédure scientifique et systématique."

En conséquence, l'hétérogénéité des pratiques médicales est un enjeu des politiques de santé en général, et de maîtrise des dépenses de santé en particulier.

Dans un premier temps, ces politiques se sont inscrites dans une logique de maîtrise comptable par le biais de la facturation. Conformément à cette logique, une tarification réglementaire et conventionnelle des services médicaux a été utilisée jusqu'au début des années 1990. Suite à son échec, la loi Teulade du 4 janvier 1993 a introduit un nouveau mode de régulation reposant sur la maîtrise conjuguée des prix et des volumes.

Il apparaît que la logique seule de la facturation a rapidement été dépassée par l'inscription dans une démarche plus générale de qualité, prise en compte dans la Convention de novembre 1993 instituant les Références Médicales Opposables (R.M.O.), et dont l'objectif était de proscrire les comportements inadéquats (rationalisation des pratiques) tout en allant vers une meilleure qualité des soins. Cet objectif a été relayé par l'Ordonnance du 24 avril 1996 et le décret n°99-1130 du 28/12/1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales. Ce dernier pose les bases d'une évaluation entre pairs, volontaire et labellisante. A l'article 8, il est précisé : "l'évaluation collective des pratiques vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de confronter ses pratiques à celles de ses confrères ou aux référentiels des pratiques élaborées par l'ANAES".

Il semble que la nécessité de recueillir de l'information naît de ces multiples enjeux. L'optimisation dans l'allocation des ressources et dans la qualité des soins repose sur une connaissance correcte des mécanismes de production et de distribution des pratiques en médecine de ville.

Cette connaissance fine de l'activité du secteur ambulatoire doit passer par un système d'information qui peut être défini comme "un ensemble de moyens permettant, dans un but décisionnel, le recueil de données décrivant une situation réelle et son évolution"⁷ ou encore, comme "un ensemble de procédures organisées de recueil, de traitement et d'analyses d'informations destinées à répondre à des objectifs précis, déterminés par un groupe professionnel bien déterminé"⁸.

En rendant disponible des informations de qualité nécessaires à l'évaluation ainsi qu'à l'ensemble des intervenants du système de santé, qu'ils soient acteurs ou décideurs de santé publique, ce système doit en effet permettre de récolter de l'information afin de vérifier si l'hypothèse de l'existence de soins non appropriés est exacte ou non et de participer à l'amélioration de la qualité des actions de santé.

La nécessité de mettre en place un système d'information ressort également du fait que les sources d'information existantes ne permettent pas une connaissance fine de l'état des pratiques en médecine de ville.

1.2 Des sources d'information inadaptées

Au préalable, il convient de souligner que les systèmes de santé sont caractérisés par une production d'information imparfaite, les acteurs de ce système étant dans une situation d'incertitude. Quel que soit l'acteur concerné, l'information est une ressource rare qu'il s'agit d'accroître conformément à l'objectif recherché. En d'autres termes, il faut cibler l'information à rechercher pour permettre une analyse des pratiques.

Or, les sources d'information dont nous disposons actuellement sont certes fort nombreuses, mais elles sont inadaptées à l'analyse des pratiques en médecine de ville. Ce constat naît de plusieurs causes.

En premier lieu, on peut remarquer que les outils existants aujourd'hui sont des dérivés de systèmes de production inspirés des modèles étrangers. Ces systèmes présentent des limites puisque les informations sont difficiles à obtenir et de qualité variable. Ainsi, l'actuel système d'information des caisses (SNIRAM notamment) est un sous-produit d'un système de paiement. Bien qu'il existe aussi un codage en pharmacie et en biologie, la pratique médicale est beaucoup trop complexe pour être résumée à de tels codages.

Le tableau ci-après présente des systèmes d'information existants en Allemagne et aux Etats-Unis.

⁷ MENNERAT F, « Analyser et comprendre l'activité médicale ambulatoire », in *Analyses et évaluations en économie de la santé* (coordonnateur Gérard DURU), HERMES, 1994, 404 pages p.20.

⁸ Entretien du 5 septembre 2002 avec Monsieur le professeur CHAPERON.

Exemples de SI existants aux Etats-Unis et en Allemagne

<u>Etats-Unis</u>	<u>ALLEMAGNE</u>
L'American Medical Association (AMA) définit le <i>managed care</i> (soin géré) comme "l'ensemble des systèmes et des techniques utilisés par toute entité de délivrance, d'administration ou d'assurance dans la santé, pour contrôler ou pour influencer la qualité, l'accessibilité, le coût et le prix des services de santé pour une population déterminée"⁹. L'analyse des pratiques médicales puis leur standardisation grâce à un système d'information intégré sont les bases même de ce "régime" de prise en charge de la santé de plus de 60% de la population des Etats-Unis. Ce système d'information est fondé sur la réalisation de profils statistiques qui permettent de comparer l'activité des médecins. Les profils sont réalisés à partir des feuilles de facturation sur lesquelles chacun des actes médicaux est codé ainsi que des diagnostics à l'aide de la CIM.	L'assurance sociale est collective et obligatoire. La première particularité du système de santé d'Outre-Rhin est le fort degré d'organisation de la profession médicale. Le système d'information portant sur l'analyse des pratiques est en premier lieu conçu comme un outil de contrôle de l'activité. Globalement, ce système permet de comparer trimestriellement l'activité moyenne de chaque médecin avec celle des médecins du groupe d'appartenance aux différentes spécialités, sur la base de différents indicateurs portant sur le montant moyen des honoraires et le coût moyen par feuilles de soins des prescriptions de médicaments ainsi que des prescriptions de kinésithérapie. Le contrôle consiste à repérer les médecins dont l'activité est 40% au-dessous de la moyenne du groupe d'appartenance.

Source : groupe de travail MIP 8, à partir d'analyse de la littérature.

Ces deux exemples nous montrent que les raisons pour lesquelles se pose la question du contrôle des pratiques professionnelles et les façons d'y répondre dépendent du contexte général de fonctionnement du système de soins. Les deux systèmes d'information présentés semblent, en effet, avoir été conçus dans une logique exclusivement économique, ce qui ne correspond pas à la finalité du système d'information qu'il s'agit ici de définir.

En second lieu, il est à noter qu'il n'existe pas à ce jour, en France, de système d'information intégré permettant la connaissance et l'analyse des pratiques de médecine de ville mais "plutôt une multiplication de réseaux de recueil et de traitement de l'information que développent les principales institutions du système de santé"¹⁰. La multitude des organismes de recueil apparaît dans le tableau suivant.

⁹ Claude Le Pen, "Les habits neufs d'Hippocrate, du médecin artisan au médecin ingénieur" p. 151.

¹⁰ Actualité et dossier en santé publique n°8 septembre 1994 page 3

Quelques institutions qui recueillent de l'information en santé

NIVEAU NATIONAL	NIVEAU LOCAL
• Le Ministère, dont la DREES (réalisation d'enquêtes statistiques) • L'INSERM (travaux de recherche) • L'AFSSAPS (pharmacovigilance, hémovigilance, etc....) • L'Assurance maladie (le SNIRAM tente de réaliser l'agrégation de toutes les données issues des divers régimes d'Assurance Maladie ; le système SESAM VITALE...). • Le CREDES (études) •	• Les échelons déconcentrés du Ministère : DRASS, DDASS (fichiers ADELI, FINESS, statistiques SAE....) • Les ORS (statistiques, épidémiologie, tableaux de bord ...) • Les URML (études spécifiques, expérimentations) • Les organismes déconcentrés de l'Assurance maladie : CRAM, URCAM, ERSM, CPAM (feuilles de soins électroniques, fichiers SIAM, MEDICIS, tableaux de bord, études ponctuelles portant sur la prise en charge de pathologies ciblées...) • Les collectivités locales (registre des maladies à déclaration obligatoire, par exemple)

Source : groupe de travail MIP 8, à partir d'analyse de la littérature et des entretiens.

Cette multitude d'acteurs produit une masse considérable d'informations. Or, on constate d'une part, que ces sources de données sont cloisonnées et que d'autre part, ces "gisements de données" risquent de constituer de véritables cimetières d'informations faute de capacité à les exploiter. Ainsi, "il n'est pas contradictoire d'affirmer que nous disposons aujourd'hui d'une masse extrêmement riche d'informations comptables et financières, de données sur l'activité des médecins et des hôpitaux, de statistiques descriptives de la configuration de notre système de soins, et que cette masse demeure relativement inerte et peu propre à fournir les instruments d'une régulation consciente"¹¹. Cette observation qui date déjà de plus de vingt ans est encore tout à fait d'actualité.

Par exemple, si les actes biologiques et pharmaceutiques sont bien répertoriés, en revanche, les caisses ne disposent d'aucune indication sur le motif médical et le

¹¹ Alain Tréhory, extrait du *rapport de la Commission Protection Sociale et Famille*, la Documentation française, juillet 1980, page 55.

déroulement de la rencontre. Il faut donc bien mettre en place un outil de connaissance plus fin que ce qui existe actuellement.

Tous ces éléments induisent un accroissement du besoin de rechercher de l'information via un système d'information pour analyser les pratiques. Pour dégager les caractéristiques du système d'information le plus adéquat, il faut procéder, au préalable, d'une part, à l'identification des acteurs et à la détermination de leurs besoins et d'autre part, à la définition des objectifs du système d'information.

2 UN SYSTEME D'INFORMATION CONSTRUIT EN FONCTION DES BESOINS DES ACTEURS ET AUTOUR D'OBJECTIFS PRECIS

Il s'agit ici de savoir pour qui, par qui et avec qui analyser l'activité médicale, autrement dit de déterminer les principaux acteurs concernés et/ou impliqués dans la mise en place d'un système d'information en médecine de ville. Il convient de souligner que deux acteurs ont un rôle primordial : les médecins libéraux et l'assurance maladie.

- **Les médecins libéraux : une volonté d'améliorer la prise en charge des patients et d'évaluer leurs pratiques professionnelles**

Le médecin libéral intervient au stade de la collecte et de la transmission de l'information. Ses attentes par rapport au système d'information sont essentiellement de disposer d'un outil d'évaluation de ses pratiques professionnelles et d'améliorer la prise en charge des patients.

- **Les caisses : une volonté d'instaurer un meilleur contrôle des pratiques professionnelles**

Les caisses d'assurance maladie sont concernées dans la mesure où ce sont elles qui gèrent la plus grande partie des fonds qui alimentent le système de santé. Elles sont soucieuses par conséquent d'allouer de manière optimale les ressources. Cependant, à l'heure actuelle, le suivi de l'activité de chaque médecin par les caisses est très global car les données collectées n'intègrent pas les interactions médecin-patient. "L'organisme payeur" ne connaît donc pas exactement les raisons pour lesquelles il doit rembourser.

Or, elles ne peuvent se contenter pour allouer les ressources de seules données économiques coupées de leur contexte. Ainsi, elles doivent pouvoir disposer de données fiables et complètes (connaissance de la pathologie, du traitement prescrit, ...) et donc d'un système d'information pour exercer au mieux leur mission de contrôle externe tourné vers la

limitation des soins « inappropriés » et des pratiques frauduleuses (ordonnances de complaisance, facturation d'actes non effectués, surfacturation).

La connaissance de l'activité médicale paraît aussi être un préalable à la définition de modes de rémunération justes (payer en fonction de ce qui est réellement fait) et incitatifs à l'efficience (encourager à suivre une bonne pratique pour un problème donné).

A partir des besoins (et non de la demande) déterminés par des situations cliniques analogues, il s'agit alors pour les caisses d'identifier des filières de prise en charge et ainsi de mieux remplir leur mission dans la gestion des ressources.

- **Les autres acteurs**

Les **services de l'Etat** sont également intéressés par la mise en place d'un système d'information dans le domaine ambulatoire. En effet, l'Etat définit les grandes orientations de la politique de santé, doit conserver la "maîtrise des grands équilibres"¹² et est le garant de la sécurité sanitaire. Or, ainsi que le souligne François Mennerat, "le pilotage des systèmes de santé ne peut être réalisé sans une connaissance fiable de son état initial et sans repérage de l'évolution de cet état dans le temps et des diverses actions qui visent à l'améliorer"¹³.

Grâce au système d'information, **l'industrie pharmaceutique** peut disposer d'informations lui permettant d'adapter sa production aux pratiques médicales, tant dans une logique scientifique que de recherche du profit.

Quant aux **chercheurs**, guidés par "leur soif de connaître et de comprendre"¹⁴, ils sont soucieux d'élaborer des outils aidant à la décision. Au stade de l'analyse des données collectées, ils placent leurs compétences au service de ceux qui les sollicitent, c'est à dire l'assurance maladie et l'État.

Enfin, le principal bénéficiaire de la mise en place d'un système d'information en médecine de ville doit être **le patient** qui, par ce biais, peut espérer une prise en charge de qualité. Toutefois, cela signifie que le médecin traitant sera de plus en plus amené à échanger des informations le concernant, sous réserve que ce dernier ait donné son accord et que la confidentialité des données soit préservée. De plus, dans ce système, le patient risque fort de voir sa liberté de choix limitée et d'être ainsi invité à adopter une "attitude plus citoyenne".

¹² MENNERAT F. "Analyser et comprendre l'activité médicale ambulatoire" in *Analyses et évaluations en économie de la santé* (coordonnateur Gérard DURU) HERMES, 1994, 404 pages, p.21

¹³ Ibid 12, p. 13

¹⁴ Ibid 12 p.21

Le tableau ci-après propose une vision synthétique du positionnement des différents acteurs dans la définition du système d'information.

POSITIONNEMENT DES DIFFERENTS ACTEURS PAR RAPPORT AU S.I.

Acteurs	Bénéfices	Contraintes	Objectifs	Caractéristiques du SI recherché
<i>Médecins</i>	-Améliorer le suivi et la connaissance des malades -Permettre l'auto-évaluation de leurs pratiques -Contribuer à la recherche clinique -Disposer d'un outil de travail collectif (réseau entre professionnels de santé) -Renforcer la veille sanitaire -Accroître leur sécurité juridique -Disposer d'un outil d'aide à la prescription	-Nécessité d'une formation et d'un langage commun (codage pertinent) -Temps de saisie -Changement dans l'organisation du travail -Coût financier (informatisation, indemnisation du coût de saisie) -Partage de l'information -Remise en cause de l'autonomie du médecin libéral	-Améliorer la prise en charge des patients (qualité et continuité des soins, veille sanitaire). -Auto-évaluation des pratiques professionnelles	-réactif -confidentiel -transversal -fiable -sécurisé -communiquant
<i>Caisses d'Assurance Maladie</i>	-Connaître les coûts -Améliorer l'allocation des ressources -S'assurer de l'adéquation et de la qualité des soins prodigués (tant pour éviter les soins superflus, que pour repérer les prises en charge insuffisantes) -Faciliter le repérage des pratiques frauduleuses de facturation	-Défiance des médecins -Coût d'exploitation des données (formation du personnel, embauches...) -Vérification de la pertinence des données recueillies	-Régulation et maîtrise des dépenses de santé -Allocation optimale des ressources	-ascendant -communiquant -fiable (validité et pertinence de l'information)
<i>Etat</i>	-Assurer la sécurité et la veille sanitaire -Enrichir la définition des politiques de santé par la connaissance des pratiques médicales	-Coût financier (mise en place du Système d'Information, incitations financières) -Sensibilisation de tous les acteurs -coordination du projet	-Régulation des dépenses et de l'offre de soins -Volonté d'efficience du système de santé -Veille sanitaire	-fiable (validité et pertinence de l'information) -ascendant -sécurisé
<i>Industrie pharmaceutique</i>	-Mesurer l'efficacité des médicaments -Préciser les critères de prescription -Repérer les effets secondaires -Connaître l'état du marché	-Coût financier	-Orienter leur production -Participer à la recherche scientifique	-fiable (validité et pertinence de l'information)
<i>Les Chercheurs</i>	-Connaître les pratiques médicales	-Coût financier -Traitement de l'information	-Amélioration de la qualité des soins	-fiable
<i>Le Patient</i>	-Bénéficier d'une meilleure prise en charge -Participer davantage au fonctionnement du système de santé -« Être acteur de sa santé »	-Limitation de sa liberté dans son recours aux soins	-Meilleure adéquation de l'offre et de la demande de soins	-confidentiel -sécurisé -communiquant

Source : groupe MIP 8 - élaboré selon la méthode du "Brain storming" puis enrichi à l'issue des différents entretiens

Dans le domaine ambulatoire, beaucoup d'acteurs sont donc impliqués et/ou concernés dans l'élaboration et le fonctionnement d'un système d'information. Pour autant, au regard des bénéfices et des contraintes de chacun, il ressort que les intérêts et objectifs ne sont pas toujours convergents.

Il existe une difficulté à trouver un équilibre entre, notamment, la satisfaction des besoins des caisses et ceux des médecins. L'analyse des pratiques doit, en effet, apparaître aux médecins comme susceptible d'améliorer de manière déterminante la qualité du service rendu. La difficulté réside dans le fait que l'analyse des pratiques médicales est vécue comme un contrôle de leur activité. Il en résulte un climat de méfiance peu propice à la clarification des responsabilités des parties en présence, ce climat étant renforcé par des obstacles d'ordre culturel. En effet, beaucoup de médecins libéraux se sentent "deshonorés"¹⁵ à l'idée que leur activité puisse être appréhendée et analysée. Même si le respect de la confidentialité et de la sécurité des données est un souci légitime, le secret médical leur sert, trop souvent, de "bouclier vertueux" ¹⁶. Pourtant, la participation des médecins au fonctionnement du système d'information est indispensable. En outre, elle présenterait pour eux le triple intérêt d'une part, de **valoriser leur exercice** (pour servir de référence de base lors des négociations des conventions avec les caisses de sécurité sociale), d'autre part, d'avoir recours à un **langage commun** (afin de mieux partager les expériences, les savoirs et les savoir-faire) et enfin, de disposer d'un **outil d'aide à la décision**. L'analyse de l'activité médicale peut encore être orientée vers le suivi épidémiologique.

En définitive, la mise en œuvre d'un système d'information en médecine de ville nécessite un consensus sur les objectifs poursuivis, afin d'éviter l'écueil de systèmes d'information mis en œuvre soit à l'initiative du corps médical soit à celle des caisses, chacun agissant dans sa propre logique. Bref, un système d'information ne sera pérenne que si les intérêts des uns et des autres sont préservés et qu'une clarification des parties en présence est réalisée. Il faut donc élaborer un système d'information dont les objectifs parviennent à concilier les besoins des différents acteurs. De plus, pour favoriser une implantation efficiente et stable d'un système d'information en médecine de ville, il convient de répondre à un certain nombre de critères.

¹⁵ ibid 12, p.16.

¹⁶ ibid 12, p.16.

3 LES CONDITIONS A REUNIR POUR UNE IMPLANTATION EFFICIENTE ET PERENNE D'UN SYSTEME D'INFORMATION TOURNE VERS L'ANALYSE DES PRATIQUES EN MEDECINE DE VILLE

Nous avons, dans un premier temps, mis en évidence la nécessité de créer un système d'information pour analyser les pratiques en médecine de ville. Celui-ci, pour être le plus adéquat possible, doit tenir compte des besoins des acteurs et répondre à un objectif défini. Par exemple, les expériences antérieures ou en cours de SI (expériences nationales et/ou SI mis en œuvre en Bretagne – Agora Data, Baromètre, réseaux par pathologie – cherchant à « saisir » les pratiques médicales des praticiens) qui recueillent et analysent déjà des données sur la nature de l'activité libérale mobilisent des praticiens en fonction des objectifs fixés :

- ➔ acquisition d'une connaissance épidémiologique (EPI, GROG¹⁷)
- ➔ vente d'informations aux industries pharmaceutiques (IMS Health, Thalès)
- ➔ échange d'informations entre praticiens
- ➔ référence de base pour les négociations des conventions avec les caisses de Sécurité Sociale, comme dans le cas de Liberalis

Une phase plus technique nous préoccupe maintenant puisqu'il s'agit d'identifier, de recueillir et de traiter sur un plan plus opérationnel les données qui transcriront au mieux le processus de prise en charge d'un patient en médecine de ville.

Pour choisir le système le plus adéquat, il importe de réfléchir, à partir de l'analyse de la littérature et de l'existant, aux outils permettant de recueillir et traiter l'information. Cette phase est l'occasion de dégager des critères qualitatifs indispensables à la pertinence d'un système d'information.

3.1 La technicité nécessaire

3.1.1 Le support

Au-delà des seuls dossiers médicaux, notes, lettres échangées, prescriptions, la formalisation du système d'information impose de choisir le support le plus adéquat parmi trois possibles :

¹⁷ voir annexes n° XIX et XVII.

- **support télématique** (connexion à un réseau intranet ou au web)

- **support papier** (ex. : transmission de fiches de soins aux Caisses)

Un support papier, comme par exemple un dossier patient dans le cadre d'un réseau par pathologie (réseau diabète du district rennais), peut être moins contraignant qu'un support informatique. Cependant, les inconvénients restent multiples :

- o le traitement et le recueil de l'information sont rendus plus complexes et plus longs
- o dans le cadre d'échanges entre professionnels, les relations permises par un tel support sont essentiellement bilatérales et sans lien direct avec le pilote (à l'inverse d'un logiciel informatique en réseau).

Pour toutes ces raisons, il nous paraît préférable d'utiliser l'outil informatique dans l'élaboration d'un système d'information.

- **support informatique** (utilisation d'un logiciel spécifique au SI)

Les avantages sont nombreux :

- o l'information demeure **simple à produire** et peut être **standardisée** (à condition d'utiliser un logiciel commun)
- o l'outil informatique peut permettre au médecin de **mieux structurer** certains éléments de son dialogue avec le patient (ordonnances imprimées et lisibles, lettres de rappel pour le suivi des traitements)
- o couplé à une connexion en réseau, le support informatique offre **une rapidité de transmission** supérieure et des échanges possibles bien plus complexes.

Le succès d'un système d'information informatisé et en réseau est néanmoins soumis à plusieurs exigences :

- o la **formation** des utilisateurs. Une formation insuffisante des professionnels peut en effet conduire à une sous-utilisation du système, comme cela a été le cas pour Liberalis, dont les orientations du système et les conditions d'utilisation ont été mal expliquées.
- o une **ergonomie** satisfaisante . L'ergonomie du support d'exploitation du SI peut en effet être un frein. En région Bretagne, c'est le cas d'Agora Data, dont les applications étaient trop lentes et le recueil des données trop compliqué.
- o l'élaboration et l'utilisation d'un **langage commun** pour les producteurs (GROG, SFMG, Thalès, IMS Health) ou pour les utilisateurs des données (exemple du Baromètre, dans lequel les médecins se contentent du langage vernaculaire). Il est indispensable si l'on veut pouvoir comparer les données sanitaires ou épidémiologiques émanant d'acteurs de santé différents.

La question du langage commun rejoint celle des systèmes de codages. En effet, ceux-ci permettent une standardisation importante, et facilitent grandement le recueil et la production d'informations, qu'elles soient statistiques, épidémiologiques ou économiques.

3.1.2 Les systèmes de codage

Le codage est l'enregistrement par le médecin traitant sous une forme standardisée, se prêtant à une transmission vers un tiers et à une interprétation non équivoque par ce dernier de l'information relative aux problèmes de santé auxquels il est confronté pour chacun de ses patients.

Ce codage de l'information repose, en pratique, sur un système de classification dont la pertinence fonde la qualité et le caractère opératoire du système d'information. Il faut donc s'attacher à l'analyse des différentes formes de codage existantes, en tenant compte de leur nature et de leur finalité :

- ➔ Les codages par acte – NGAP (nomenclature générale des actes professionnels), CCAM – ont une vocation surtout économique.
- ➔ Les codages par pathologie – CIM-10 (10^{ème} classification internationale des maladies), code « Read » (en Grande Bretagne), CISP (classification internationale des soins primaires), *Kasugraphie* de Braun – ont une approche plus centrée sur les pratiques.

- **les codages par acte**

Quelques initiatives ponctuelles méritent d'être soulignées dans le domaine du codage à l'acte, comme celle du directeur de l'URML de Bretagne, le Dr Fodé Simaga, qui a défini la typologie suivante : acte courant / rare / grave ; acte de prévention (vaccination ROR, prévention des cancers – sein, colon...) ; acte d'éducation à la santé.

L'enjeu majeur reste cependant le développement de la CCAM, sur laquelle travaille le PERNNS et dont le but est d'étendre la NGAP afin d'avoir une classification commune à l'hôpital et à la médecine ambulatoire. Ce pré-requis est nécessaire pour l'évaluation de la qualité des soins et l'optimisation des dépenses de santé. Mais sa portée en ambulatoire se cantonne aux spécialistes et sa logique demeure l'acte médical *stricto sensu*.

C'est également une contrainte supplémentaire pour les médecins, qui sont conscients des enjeux mais dont la charge de travail ne peut pas être alourdie indéfiniment.

- **Les codages par pathologie**

Le codage des diagnostics n'est pas non plus abouti. Le choix de la nomenclature n'est pas encore fait et ne peut se faire qu'en tenant compte des avantages et inconvénients de l'ensemble des systèmes de classification existants aujourd'hui : CIM, CISP, kasugraphie.

La CIM

Déjà utilisée à l'hôpital, la CIM a constitué un progrès mais, très détaillée, elle est mal adaptée à l'exercice en médecine de ville et plus spécialement en médecine générale. En effet, son objectif initial est d'enregistrer la cause première des décès puis des maladies traitées à l'hôpital, c'est à dire qu'il s'agit d'un système de classification de l'étiologie des maladies. Or en médecine générale, le médecin ne peut pas prétendre avoir identifié de façon certaine une étiologie (diagnostic fondé sur des données de la science) puisque la demande de prise en charge repose sur des symptômes. Le principal inconvénient de cet outil est donc de ne pas permettre de repérer de façon juste les problèmes traités en médecine générale : certains états morbides fréquemment observés ne sont pas décrits ; lorsque le médecin code, il le fait par assimilation et l'information codée n'est donc pas fiable.

Les véritables enjeux de la codification en médecine ambulatoire s'articulent, en définitive, essentiellement autour de la dialectique CISP / Braun, qui constituent les deux principaux systèmes de codification actuels en médecine ambulatoire.

La CISP : un outil bien adapté à l'exercice quotidien de la médecine générale.

La CISP, qui permet d'enregistrer le codage des motifs de venue et des actes de traitement, est surtout répandue dans les pays du Benelux. Elle a été conçue dans l'objectif de donner une représentation complète du processus d'interaction entre le médecin et le malade. Une explication plus complète est détaillée dans l'encadré ci-après, réalisé par notre groupe de travail.

Cet outil offre une grande souplesse d'utilisation à l'utilisateur qui peut créer ses propres termes et numéros de code. Il existe une gestion collective de ces créations individuelles, par création de libellés nouveaux.

Cependant, si elle est opérante sur la qualité des soins dispensés, la CISP est inopérante en termes d'aide au diagnostic. De plus, elle est peu adaptée à l'utilisation par les spécialistes.

LE SYSTEME DE CODAGE DE LA CISP

Les items, sur une base essentiellement physiopathologique, sont affectés d'un code alphabétique (A : général, B : sang, D : digestif..., et même Z : social) et répartis en 3 composants numériques qui reprennent (1) les motifs de contacts-patients, (2) les procédures décisionnelles issues des plaintes et des appréciations et enfin (3) les «diagnostics ». Cette classification présente l'avantage de limiter la variabilité intra et inter-individuelle de l'encodage (intra : j'encode différemment d'un jour à l'autre ; inter : j'encode différemment par rapport d'autres confrères).

Source : groupe de travail MIP 8, à partir d'analyse de la littérature et des entretiens

Le dictionnaire des pratiques de la SFMG

Le « Dictionnaire des résultats de consultation » de la SFMG a été élaboré à partir des concepts issus des travaux du Dr autrichien R. Braun (la *Kasugraphie*). L'outil n'est pas à proprement parler une classification mais un répertoire de termes aux contenus définis précisément, destiné au classement systématique de l'information recueillie. Une explication plus complète est détaillée dans l'encadré suivant, réalisé par notre groupe de travail.

LES PRINCIPES DU DICTIONNAIRE DES RÉSULTATS

Le Dictionnaire des résultats de consultation de la SFMG repose sur 4 catégories principales : symptomatique (A), syndrome (B), tableau clinique évocateur (C), diagnostic de certitude (D). Les trois premières positions (A,B,C) correspondent à la notion de ***cas ouvert*** (plus de 90 % des appréciations posées en médecine générale à l'issue d'un premier contact, découlant sur des décisions de type diagnostique) et la quatrième à celle de ***cas fermé*** (appréciation découlant sur des décisions de nature curative, de suivi ou d'éducation à la santé). La classification en 12 chapitres conçue par le Dr Braun dans sa *kasugraphie* n'a cependant pas été reprise par la SFMG. Les items de ce système sont les appréciations (il y en a 273) les plus souvent rencontrées en pratique générale de terrain.

Source : groupe de travail MIP 8, à partir d'analyse de la littérature et des entretiens

Le système de la SFMG permet une gestion optimale de l'incertitude diagnostique qui est le quotidien des médecins généralistes. Il contribue à améliorer l'efficacité diagnostique et thérapeutique.

Cependant, ce système est plus contraignant pour le praticien qui doit notamment se soumettre à des périodes de formation. Tout comme la CISP, il reste adapté à l'utilisation par les spécialistes.

Les transcodages

Des « transcodages » existent par ailleurs, ainsi que des doubles encodages Braun / CISP, qui permettent de coupler l'utilisation d'une classification plus détaillée (la CISP) avec les pondérateurs issus du système de Braun. La technique du transcodage est expliquée dans l'encadré suivant, élaboré par notre groupe de travail.

Le transcodage

Un médecin qui hésiterait entre une *amygdalite aiguë* (R76 en CISP) et une *streptococcie pharyngée* (R72) peut diagnostiquer un R76 affecté du pondérateur C (probable) en Kasugraphie. Dès le résultat du frottis, le R72 probable (B) peut devenir R72 ou R76 certain (D). Le passage d'un niveau C à B sans amélioration clinique du patient oblige naturellement le praticien à réviser sa première appréciation et à réorienter son approche clinique et para-clinique.

Source : groupe de travail MIP 8, à partir d'analyse de la littérature et des entretiens

Quel que soit le système de classification ou de codage adopté, il ressort de notre analyse que sa pertinence est notamment liée à son degré de simplicité. Cette exigence de simplicité s'inscrit plus généralement dans une réflexion sur les critères de qualité propres à l'élaboration de notre système d'information, qui sont tous indispensables et constituent autant de pré-requis à la réussite de celui-ci.

3.2 Les critères qualitatifs d'un système d'information

La grille de critères qualitatifs que nous allons tenter d'élaborer se fonde à la fois sur le bilan avantages / inconvénients des systèmes existants étudiés et sur la revue de la littérature. Nous nous sommes ainsi inspirés des recommandations des professeurs Migeot, Ingrand et Salmi qui dégagent une typologie de niveaux d'exigence requis pour le recueil et le traitement de l'information : la simplicité de l'information, sa validité, son acceptabilité, sa valeur informative, la représentativité, la continuité du recueil, la réactivité et la flexibilité.

3.2.1 Valeur informative du système

Dans un premier temps, il est apparu qu'il fallait pouvoir s'assurer de la fiabilité et de la validité des informations transmises ou des résultats obtenus pour que l'information recueillie soit pertinente. Il convient donc de limiter les codages par assimilation qui produisent une information non fiable et des risques de contournement du système (empêcher qu'un médecin généraliste code non pas *ce qui s'est passé* mais *ce qui aurait du se passer* pour justifier son diagnostic et/ou sa prescription).

Le respect de ce critère de valeur informative du système se traduit de deux façons :

➔ assurer la représentativité des acteurs qui auront procédé au recueil

- o taux de participation : la définition d'un nombre seuil de participants devant recueillir des données est un préalable indispensable.
- o panels constants ou tournants : il faut aussi prévoir un nombre pertinent d'"informateurs". Deux méthodes sont possibles : la constitution de panels "tournants" (qui fonctionne en épidémiologie, mais qui pose des problèmes pour l'analyse des pratiques dans le temps et la formation des participants au SI) ou fixes (perfectionnement des praticiens dans l'utilisation du langage, mais surcroît de travail qui peut à terme "émousser" les plus volontaires).
- o système permanent ou ponctuel de type *audit* : en amont du recueil de données, il faut également définir, en fonction de l'objectif assigné au SI, si l'on procède à un recueil systématique ou à un recueil ponctuel, de type *audit*, comme dans le cas du projet de "Baromètre".

➔ identifier la nature de l'information recueillie

Celle-ci peut porter sur une phase précise de la consultation (par exemple la prescription) ou sur l'ensemble des phases : motif de la visite, symptômes constatés, diagnostic, prescription et orientation. Les informations recueillies au sein du SI GROG, par exemple, sont très limitées car elles ne portent que sur une pathologie prédéfinie, les infections respiratoires aiguës – ce qui est le propre d'un SI à visée épidémiologique (comme EPI demain). L'information recueillie pour un SI d'analyse des pratiques recouvre, elle, un champ plus large – c'est là l'objet même du projet de Baromètre de l'URML de Bretagne.

3.2.2 Continuité du système

L'exigence de continuité d'un SI en matière médicale est légitimée par l'intervention de différents acteurs auprès du patient pour sa prise en charge. Ce critère recouvre la notion de **chaîne d'administration** d'une action de santé : au cas où le système d'information ne couvre pas lui-même l'ensemble de la chaîne, peut-on le mettre en relation avec d'autres systèmes d'information qui recueillent des informations complémentaires, nécessaires à la prise en charge globale du patient ?

Si ce critère peut conduire à une complexification croissante du système, il n'en demeure pas moins que le questionnement est aujourd'hui central dans l'élaboration d'un SI pour les réseaux ville - hôpital . Les travaux du groupe IMAGE¹⁸ , et notamment l'utilisation faite par le Dr Herry du dossier patient au sein du Réseau diabète mis en place dans le district de Rennes, illustrent le besoin de continuité entre l'hôpital et la médecine de ville.

3.2.3 Réactivité et adaptabilité

L'analyse de SI à but épidémiologique (GROG) met en évidence la célérité avec laquelle les pilotes de ces systèmes d'information traitent l'information recueillie.

Le critère de réactivité du système mesure la rapidité avec laquelle peuvent être exploitées les informations recueillies. Ce traitement en temps réel de l'information n'apparaît pas comme un impératif, bien qu'il puisse renforcer l'acceptabilité des praticiens toujours en attente de retour d'information (critiques faites à la SFMG).

Le critère d'adaptabilité apprécie la manière avec laquelle le système peut être constamment actualisé pour se conformer aux nouvelles orientations qui lui sont données (objectifs, données scientifiques, évolution du langage). On peut par exemple imaginer, pour le SI d'analyse des pratiques, que son objectif fondateur soit complété à terme par un objectif d'efficience : meilleur rapport "qualité / coût". Ainsi, la SFMG améliore constamment

¹⁸ Groupe IMAGE, ENSP, « Information médicale, système d'information et régulation du système de soins », Rapport scientifique à trois ans, 1995-1997, éditions ENSP (contrat de recherche INSERM, CRI N°951001)

son « Dictionnaire des résultats de consultation », en tenant compte des progrès en médecine générale.

3.2.4 Acceptabilité et faisabilité

Le critère d'acceptabilité du système intègre les éléments qui fondent la motivation des acteurs pour participer à un tel système.

De nombreux éléments peuvent concourir à rendre le SI « acceptable » par ses utilisateurs, en dehors des éléments de qualité du SI lui-même (comme l'ergonomie) :

- a. répondre à des objectifs précis utiles aux utilisateurs

Le SI, pour être acceptable, doit tout d'abord répondre à un besoin de ses utilisateurs : dans les réseaux par pathologie ou dans le système de la SFMG, les praticiens bénéficient de l'utilité réelle du SI (comparaison et amélioration des pratiques, échange, d'aide au diagnostic).

- b. disposer d'un retour d'information

Le retour d'information et l'intérêt épidémiologique expliquent également les succès du réseau GROG ou de certains réseaux par pathologie (exemple du réseau diabète du district rennais), ainsi que, pour certains médecins, le fait de coder pour Thalès ou IMS Health.

- c. être détenteur des informations que l'on produit et que l'on transmet (ce qui suppose en être responsable).

- d. garantir la confidentialité

La garantie qui sera apportée aux médecins libéraux sur la confidentialité des informations qu'ils transmettront est de nature à lever certaines résistances culturelles sur la participation à un SI.

- e. proposer un intéressement financier aux "informateurs"

En outre, dans la plupart des SI, l'absence de motivation financière ou matérielle (équipement informatique par exemple) risque d'obérer à plus ou moins long terme la pérennité du système, comme dans les réseaux de type épidémiologique largement bénévoles (GROG, veille sanitaire, réseaux "sentinelles") dans lesquels aucune indemnisation des praticiens n'est prévue. Certains SI ont même un coût d'utilisation prohibitif largement désincitatif (cas de Liberalis). On peut ainsi avancer l'hypothèse d'une rémunération forfaitaire, pour la participation au SI, fondée sur la propriété des données transmises.

- f. tenir compte des éléments psychologiques pour l'adhésion des acteurs

Enfin, au niveau symbolique, un système a plus de chance d'être accepté en médecine libérale si les professionnels en sont eux-mêmes les promoteurs et les animateurs. C'est le cas de la SFMG ou du Baromètre qui sera utilisé par et pour les médecins et piloté par l'URML. Les mêmes raisons incitent à associer les médecins à la publication des résultats de ces données (ils ne doivent pas en être dépossédés, à aucun stade, contrairement à ce qui se passe pour les réseaux épidémiologiques ou les sociétés Thalès et IMS Health) et à dissocier l'utilisation du SI d'enjeux de pouvoir sous-jacents, comme ce pourrait être le cas au sein des URML (et a miné de l'intérieur le fonctionnement de Liberalis).

En définitive, ce qui permet de rendre le système d'information acceptable n'est pas tant la concomitance de tous ces facteurs que leur équilibre et leur balance.

L'analyse de ces critères, qui s'inscrit dans une démarche qualité, peut apparaître théorique. Aussi avons-nous choisi de montrer à travers l'élaboration de recommandations sur la mise en place d'un système d'information quelle est réellement la portée opérationnelle de cet ensemble d'éléments et dans quel contexte nous pourrions envisager la création d'un tel système.

4 RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN PLACE D'UN SYSTEME D'INFORMATION EN MEDECINE DE VILLE

L'élaboration d'un SI tourné vers l'analyse des pratiques en médecine de ville suppose d'identifier les besoins des acteurs, l'objectif du SI, les critères techniques et qualitatifs que celui-ci doit respecter pour être pertinent. En se fondant sur cette démarche, nous proposons des recommandations pour expérimenter un système d'information tourné uniquement vers l'analyse des pratiques en médecine de ville. Nous l'avons baptisé "Avicenne". A travers l'élaboration d'Avicenne, nous avons tenté d'intégrer tous les enjeux précédemment étudiés et de tirer profit des expériences menées.

Ces recommandations pratiques sont orientées vers l'analyse spécifique des pratiques des médecins généralistes. En effet, leur poids démographique (au 1^{er} janvier 2001, ils représentaient 60% des médecins libéraux) et l'absence quasi complète de connaissances relatives à leurs pratiques justifient notre décision de les placer au "cœur de ce système d'information". Le pilotage de ce système serait dévolu à l'instance qui paraît la plus légitime aux yeux des médecins généralistes, à savoir l'URML. Cette dernière recommandation est

par ailleurs conforme aux orientations présentées par M. le Professeur JF MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, qui désire investir les URML d'une compétence de principe en matière d'analyse des pratiques.

4.1 Définir un objectif clair

L'objectif affiché de l'implantation d'un système d'information sur les pratiques en médecine de ville est avant tout de décrire ces pratiques pour ensuite les analyser.

Mais cet objectif principal n'exclut pas le souci qu'aura le pilote, en l'occurrence l'URML, d'encourager à moyen terme une harmonisation des pratiques. Celle-ci devrait accroître l'efficacité des soins dispensés en médecine de ville.

4.2 Placer les médecins généralistes au cœur du système d'information

La légitimité de ce système dépend d'un accord de principe : "Un système d'information conçu pour les professionnels et piloté par les professionnels"¹⁹. Ce biais facilite l'adhésion des médecins, puisqu'ils sont responsables du recueil des données et que leur organe représentatif est le pilote du système.

Il nous paraît pertinent de limiter dans un premier temps l'analyse des pratiques au champ de la médecine générale. Cette analyse répond à un véritable besoin : connaître ce qui est "produit"²⁰ lors d'une consultation. Jusqu'à présent, la spécificité de la pratique en médecine générale a été ignorée. Aussi la connaissance des pratiques produite par le SI peut-elle enrichir la formation initiale et continue des médecins généralistes. Le médecin généraliste est donc l'opérateur principal de notre système d'information.

4.3 Positionner l'URML comme pilote légitime

L'URML apparaît comme le pilote idéal pour un tel système. Investie de la confiance des médecins, l'URML est censée en représenter les différents courants. Mais un soutien doit lui être apporté tant en terme logistique (sous-traitance de l'analyse des données) qu'en terme de financement de ce système d'information.

De plus, les URML interviennent au niveau régional. Or la consécration de la région comme niveau stratégique pour l'organisation des systèmes de santé²¹ nous conduit naturellement à privilégier un acteur intervenant à cet échelon.

Afin d'asseoir le pouvoir des URML en matière d'analyse des pratiques, l'État devrait montrer sa détermination à les voir assumer ce rôle, en adoptant un texte clair qui leur

¹⁹ Entretien avec M. Durand, consultant de la société Icônes à Rennes – cf. annexe X

²⁰ Entretien avec M. Durand, consultant de la société Icônes à Rennes – cf. annexe X

confère une compétence indiscutable. Ce soutien de l'État apparaît dans les déclarations du professeur MATTEI au sujet de l'évaluation des pratiques.

4.4 Assurer le financement

Le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV)²², géré par l'Assurance Maladie apparaît comme le moyen de financement idéal pour s'assurer de la faisabilité du projet. En revanche, la pérennisation du projet suppose l'élaboration d'un plan de financement pluriannuel construit sur des financements croisés. Les financeurs sollicités pourraient être à ce titre : la Région, l'URCAM, l'URML. Une partie du financement pourrait également être assurée par la vente directe par l'URML des données traitées et anonymisées aux industries pharmaceutiques.

4.5 Etablir un réel partenariat avec les Caisses

Préalablement à la mise en œuvre du système d'information, l'URML pourrait établir une convention de partenariat avec les caisses, qui définirait les conditions de leur implication notamment financière. Cette relation conventionnelle pourrait être le moyen d'améliorer les rapports qu'entretiennent actuellement les caisses et les médecins libéraux. En effet, les données du système d'information pourraient constituer un élément de négociation des conventions tarifaires ou serviraient à la réalisation d'études ponctuelles sur des pathologies données. Ces études conduites par l'URML seraient "accompagnées" par les médecins conseils des caisses, qui n'interviendraient plus dans une optique de contrôle, mais de conseil par rapport aux pratiques des médecins généralistes²³.

4.6 Adapter les supports et choisir un langage commun

➤ Support

Avicenne s'appuierait sur un support informatique avec connexion en réseau Intranet (comme le RSS). L'accès au réseau ne serait autorisé qu'avec utilisation d'une carte professionnelle, pour assurer la confidentialité des données recueillies.

➤ Langage

Pour que le système soit opérationnel et n'accumule pas une masse d'informations trop importante, le « langage » le plus approprié semble être un codage par pathologie. Dans ce cadre, le « dictionnaire des résultats de consultation » de la SFMG (couplé au codage des différents items en CIM-10), nous paraît le plus adapté, non pas tant en raison de sa

²¹ Loi n° 2002-03 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

²² Voir annexe XXIII et le PLFSS 2003

²³ "Il faut passer du contrôle à ce qui doit être plutôt du conseil et de l'accompagnement" dit M. Mattei au sujet des missions du Service médical des Caisses.

pertinence technique qu'en raison de son fort degré d'acceptabilité. Le dictionnaire de la SFMG présente en effet l'avantage d'être un outil d'aide à la décision diagnostique et thérapeutique, qui, pour les médecins qui l'utilisent, est un soutien efficace dans l'exercice de leur pratique quotidienne.

4.7 Favoriser l'adhésion des différents acteurs

➤ Incitations à participer au SI

Compte tenu de l'évolution du rapport médecin / patient et plus généralement de l'exercice de cette profession libérale, il semble pertinent de prévoir des contreparties à la participation au SI. Ces compensations rendraient le SI attractif et seraient fondées sur la propriété individuelle des données transmises. Ce soutien, qui serait assumé dans un premier temps par le FAQSV, peut prendre trois formes :

- Prise en charge de la formation (langage, logiciel d'exploitation)
- Prise en charge de l'équipement informatique²⁴ (ordinateur, si nécessaire, et logiciel)
- Rémunération forfaitaire, fondée sur l'assimilation du temps de recueil et de transmission à un acte, ou sur la vente des données à l'URML

➤ Retour d'information

Trois niveaux peuvent être envisagés :

- retour d'information à travers les logiciels (pour l'élaboration des statistiques personnelles)
- élaboration d'un rapport d'information global sur les pratiques des médecins participants au SI (fréquence à déterminer au sein de l'URML)
- retour d'information sur les orientations et les décisions de l'URML et/ou des caisses, élaborées à partir des données du SI

➤ Facteurs d'adhésion

Le dispositif doit être assuré pour et par les professionnels. On peut également prévoir de les associer à l'exploitation et à la valorisation des données (exemple d'Alpha Medica). De même, l'URML doit être associée à la gestion de l'enveloppe du FAQSV : l'URML serait destinataire d'une enveloppe globale (en fonction de la qualité des propositions du SI), à charge pour elle de la redistribuer aux médecins généralistes participants au SI. L'URML se trouverait ainsi le principal interlocuteur des praticiens.

²⁴ Fonds de Réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale : « L'apport de l'informatique dans la pratique médicale libérale », FORMMEL, 2000

➤ **Anonymisation des données**

Il faut s'assurer de l'anonymat des données médicales sur les patients – ce qui suppose un cryptage efficace, la confidentialité des données faisant partie de la déontologie médicale.

4.8 Assurer la pertinence des données recueillies

Les praticiens doivent eux-mêmes élaborer la méthodologie du SI. Il semble néanmoins judicieux d'opter pour un système permanent avec panel fixe, plus à même de garantir, dans la durée, la fiabilité des données et la qualité de l'information recueillie. Un médecin formé et habitué au SI saisit et transmet plus rapidement les données. Un tel système permet également des comparaisons plus pertinentes, dans le temps, sur l'activité d'un même praticien.

Il faut, par ailleurs, prévoir l'évolutivité du système et de son système de classification. Peut-être ce dernier pourrait-il intégrer, à terme, certaines données qui ne sont pas encore présentes, et qui satisferaient les besoins d'information des caisses. L'amélioration du langage et de sa valeur informative ne doit cependant pas nuire à l'ergonomie du système.

4.9 Expérimenter le système d'information

La mise en œuvre du système d'information passerait par une première phase d'**expérimentation**, dans les régions dans lesquelles les URML acceptent de s'engager. Un panel fixe de médecins généralistes serait constitué sur la base du volontariat avec obligation de s'engager sur une période suffisamment longue (2 ans). Cet engagement prendrait la forme d'un contrat synallagmatique entre l'URML et les praticiens, qui définirait l'obligation de se former, de rester dans le système, de recueillir périodiquement et de transmettre les données, en contrepartie des différents avantages accordés.

4.10 Permettre l'évaluation du système

Dans le cadre d'une démarche qualité, il est nécessaire de prévoir l'évaluation du système, au niveau de l'URML, à partir des retours des participants : quantification du temps passé, enquêtes sur la satisfaction du système, évolutions prévues. Le système d'information devrait, en effet, être régulièrement évalué, avant de passer à la phase de pérennisation.

CONCLUSION

Tous ces éléments constituent des conditions essentielles à la mise en œuvre et à la réussite d'un système d'information en médecine de ville. Il est cependant nécessaire de souligner les limites d'un tel système.

D'une part, il est évident qu'il faudra du temps pour que le système d'information trouve sa place dans l'exercice quotidien des médecins libéraux. Toutes les personnes rencontrées lors de nos entretiens ont en effet mis l'accent sur les difficultés de mise en place d'un tel système.

D'autre part, le souci de mettre en place un système d'information en médecine de ville est à mettre en relation avec un certain nombre d'autres dispositifs qui concourent, directement ou indirectement, au même objectif. Ainsi, la loi du 4 mars 2002 prévoit pour l'ensemble des praticiens le développement de la formation continue (art. 59 et suivants). Dans le même état d'esprit, une démarche d'évaluation individuelle et collective est en cours d'élaboration au sein de l'ANAES. L'ANAES fonde cette évaluation sur l'établissement d'un guide et de référentiels de bonne pratique (12 sont en cours d'expertise auprès de la SFMG). On peut également citer certaines initiatives régionales, comme celle du Collège des Hautes Etudes en Médecine Générale en région Bretagne, qui participent du même objectif de réduction de l'hétérogénéité des pratiques et d'amélioration de la qualité.

Enfin, la question d'un système d'information en médecine de ville doit être mise en relation avec d'autres problématiques, si l'on souhaite, à plus long terme, développer un système plus ambitieux qui permette à la fois une plus grande rationalisation et, surtout, une meilleure continuité des soins dans l'intérêt du patient. Il faut ainsi veiller à l'interopérabilité des différents systèmes d'information, notamment entre la ville et l'hôpital, et s'interroger sur l'informatisation du dossier patient (une carte « Vitale 2 » est en préparation), qui pourrait être le support principal de l'information médicale, et servirait de lien entre les différents acteurs de santé. Par ailleurs, il serait possible d'améliorer l'information des usagers et d'accroître la place dévolue à leurs représentants, via par exemple leur participation à une commission d'évaluation concernant la confidentialité des données. Ces orientations respecteraient le principe de démocratie sanitaire et seraient un levier supplémentaire pour réguler le système de santé à la base.

Bibliographie

Textes de référence

- Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993, dite "loi Teulade" relative aux relations de la convention nationale des médecins
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Ordonnances n° 96-344 relative à l'organisation de la sécurité sociale et 96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé du 24 avril 1996, dites "ordonnances Juppé"
- Décret 99-1130 du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales
- Arrêté ministériel du 25 novembre 1993 portant approbation de la convention nationale des médecins

Articles

- CHAPERON, J., "Les systèmes d'information médicaux en dehors de l'hôpital" in *Gestions Hospitalières*, dossier Gestion de santé, n° 253, février 1986
- CHAPERON, J., et PINOT, M., "Informations et Santé", in *Prévenir*, dossier spécial " Les systèmes d'information dans le domaine de la santé et de la médecine ", 2^{ème} semestre 1986, p. 13
- TREHONY, A., "La collecte des données sanitaires en France", in *Prévenir*, dossier spécial « Les systèmes d'information dans le domaine de la santé et de la médecine », 2^{ème} semestre 1986, p. 21
- OSUSKY, P., " L'information médicale : pourquoi ? pour qui ? comment ?", in *Prévenir*, dossier spécial « Les systèmes d'information dans le domaine de la santé et de la médecine », 2^{ème} semestre 1986, p. 89
- HEALY, J.C. "Les programmes européens de recherche et de développement en informatique médicale", *Gestions hospitalières*, n° 310, novembre 1991, p. 778

- MENNERAT, F : "Analyser et comprendre l'activité médicale ambulatoire", in *Analyse et évaluation en économie de la santé*, Coordonnateur Gérard Duru, Hermès, 1994

- PAULMIER, BECKER, LAMBERT, SALOMEZ : "La qualité de l'information médicale des R.S.S. : du contrôle de qualité à l'assurance qualité" in *Gestions hospitalières*, vol. 386, mai 1996, p. 393-396

- "Une fonction très dispersée" in *Actualité et dossier en santé publique*, n° 8, septembre 1997, p. III

- KERLEAU M. : "L'hétérogénéité de pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise des dépenses de santé", *Sciences Sociales et Santé*, vol. 16, n° 4, décembre 1998

- TONNEAU D. : "Vers un changement dans les pratiques médicales ?" *Sciences Sociales et Santé*, vol. 16, n° 4, décembre 1998

- DOUMENC, M. et LAFONT, M.J. : "L'évaluation en médecine libérale : rôle joué par l'ANDEM dans ce domaine", in *Le courrier de l'évaluation en santé*, 1997, n° 11, p. 14 et 15

- LOMBRAIL, P. et NAÏ DITCH ,M. : "comment partager l'information ?", in *la recherche*, n° 324, octobre 1999, p. 75-78

- BRULET, J.F. : "Organisation et codage des données en médecine ambulatoire", *La revue du praticien – Médecine générale – Tome 14*, n° 488, 14 février 2000, p. 315.

- MIGEOT, V., INGRAND, P., SALMI, L. R. : "Quels systèmes d'information pour l'évaluation en santé ?", *revue Épidémiologie et Santé Publique*, 2000, n° 48, p. 551

- HUTTIN, C. : "l'influence et l'organisation des soins sur la pratique médicale", in *Comment améliorer les pratiques médicales*, Dominique JOLLY (dir.)

- DE POUVOURVILLE, G. : "Le codage des pathologies en médecine de ville : pourquoi faire ? Comment faire ?" *La revue du praticien – Médecine générale - Tome 15*, n° 525, 5 février 2001, p. 223

- DE POUVOURVILLE, G. : "Le codage des pathologies en médecine de ville : quel langage utiliser ?" *La revue du praticien – Médecine générale* - Tome 15, n° 526, 12 février 2001, p. 289.
- PITOIS-EL AZIZ, C : "Les premiers pas de l'évaluation", in *Le concours médical*, janvier 2002, p. 120-121

Rapports

- Rapport scientifique à trois ans – 1995-1997, *Information médicale, systèmes d'information et régulation du système de soins*, Contrat de recherche INSERM-ENSP, Groupe IMAGE, Saint-Maurice, France, 1998.
- Rapport d'activité du Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé, 1999.
- Rapport Etienne CANIARD à M. Bernard KOUCHNER, *Les recommandations de bonnes pratiques : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation*, avril 2002
- Rapport présenté par Mme Jeannette GROS, et avis du Conseil Économique et Social, 10 avril 2002
- Pr. Régis BEUSCART, *Rapport sur les enjeux de la Société de l'information dans le domaine de la santé*

Ouvrages

- DE KERVASDOUE, J : *La puce et le stéthoscope : information et informatique dans le secteur ambulatoire*, Sanesco, 1997
- KOHLER, F., BREMOND, M. et MAYEUX, D. : *Informatique et gestion médicalisée*, collection Informatique & Santé, P. Dezoulet, et M. Fieschi (dir.), Paris, Springer, Verla, France, 1997
- DE POUVOURVILLE, G. : *Peut-on réduire l'hétérogénéité des pratiques médicales ?*, in Dix ans d'avancées en économie de la santé, actes de 19^e journées des économistes de la santé français, 1999

- LE PEN, C. : *Les habits neuf d'Hippocrate : du médecin artisan au médecin ingénieur*, Calman Lévy, p.42 à 73
- CREDES, CNAMTS, CSSIS : *L'apport de l'informatique dans la pratique médicale libérale*, Etude FORMEL, publication CREDES 2000
- ROSEMARYN, C. *Système d'information de santé*
- HUTEAU, G. : *Sécurité sociale et politiques sociales*, Armand COLIN, 3^{ème} édition 2001, chap. 9

Divers

- DE POUVOURVILLE, G., DEVELAY, A., NAÏ DITCH, M. : *Information médicale et régulation de la médecine générale : une approche comparative*, Rapport final, convention MIRE-ENSP, n° 15-94, Groupe IMAGE-ENSP, janvier 1997
- SFMG, *Dictionnaire des résultats de consultations en médecine générale*, documents de recherches en médecine générale n° 58 – décembre 2001
- Dr LABREZE, L. *Bonnes pratiques, recommandations pour la pratique, evidence based Guideline : un guide pour comprendre*, ENSP, MIP 2001

Quelques sites internet

- S.F.M.G. : www.sfmq.org
- Article sur les coûts par pathologie : www.medcost.fr/html/economie_sante_eco
- Présentation e-s@nte2002 : www.sante.gouv.fr/dossiers/es@nte2002
- Atelier du CISP-club de Namur : www.ulb.ac.be/esp/cisp
- Article sur codage des actes et SI hospitaliers : www.medcost.fr/html/pmsi_pm
- Ministère de la santé, de la Famille et des personnes handicapées : www.sante.gouv.fr/index.htm
- Site URLM Bretagne : www.urml-bretagne.com.

ANNEXES

ANNEXE I	Liste des interlocuteurs
ANNEXE II	Grille d'entretien type
ANNEXE III	Entretien du 5 septembre 2002 – M. le Professeur CHAPERON
ANNEXE IV	Entretien du 6 septembre 2002 – M. Fodé SIMAGA
ANNEXE V	Entretien du 12 septembre 2002 – M. J.M. COHEN
ANNEXE VI	Entretien du 13 septembre 2002 – M. M. NAÏ DICH
ANNEXE VII	Entretien du 20 septembre 2002 – M. HUMBERT
ANNEXE VIII	Entretien du 24 septembre 2002 – MM. BATTINY et EON
ANNEXE IX	Entretien du 24 septembre 2002 – M. le Dr F. HERRY
ANNEXE X	Entretien du 24 septembre 2002 – M. G. DURAND
ANNEXE XI	Entretien du 26 septembre 2002 – Dr Ph. BOISNAUD -SFMG
ANNEXE XII	Entretien téléphonique du 27 septembre 2002 – Dr SAMZUN
ANNEXE XIII	Entretien téléphonique du 27 septembre 2002 – Dr CONNIAUD
ANNEXE XIV	Fiche projet – URCAM Bretagne (Agora Data)
ANNEXE XV	Fiche projet – URML Bretagne
ANNEXE XVI	Fiche projet – URML PACA
ANNEXE XVII	Fiche projet – GROG
ANNEXE XVIII	Fiche projet – SFMG
ANNEXE XIX	Fiche projet – EPI – MG France
ANNEXE XX	Fiche projet – LIBERALIS
ANNEXE XXI	Fiche projet – PANELS DE MEDECINS (IMS HEALTH & THALES)
ANNEXE XXII	Fiche de présentation du FAQSV
ANNEXE XXIII	Fiche de présentation des travaux de l'ANAES
ANNEXE XXIV	Tableau des critères qualité appliqués aux SI existants

LISTE DES INTERLOCUTEURS

IDENTIFICATION	QUALITE – ORGANISME
M. Le Pr. CHAPERON	Département de Santé Publique, Faculté de Médecine de RENNES 1
M. Fodé SIMAGA	Directeur de l'URML de BRETAGNE – RENNES
Dr. Jean Marie COHEN	Société OPEN ROME (coordinateur du réseau GROG)
M. Michka NÄ DICH	Responsable du Département Innovation et Evaluation en pratiques de soins – Fondation de l'Avenir - PARIS
M. HUMBERT	Directeur de l'URCAM de BRETAGNE – RENNES
M. le Dr. BATHINY	ERSM de BRETAGNE – RENNES
M. Yannick EON	
M. Fernand HERY	Responsable du Collège des Hautes Etudes en Médecine Générale
M. Gérard DURAND	Société ICONES – RENNES
M. le Dr Philippe BOINAUD	S.F.M.G. – PARIS
M. SAMZUN	Panéliste au sein du Baromètre IMS HEALTH (entretien téléphonique)
M. le Dr CONNIAUD	Travaille sur le SI EPI avec le soutien de MG FRANCE

GRILLE D'ENTRETIEN

Durée : 30 à 45 minutes - Présentation succincte du thème.

1. Pourquoi, aujourd'hui se pose t-on la question des pratiques en médecine de ville et de la création d'un système d'information ?
2. Avez vous connaissance d'une expérimentation dans ce domaine ?
3. Quel bilan faites vous de cette expérimentation ?
4. Quelles propositions / recommandations feriez vous pour le développement du système d'information ?
5. Si vous avez de la documentation sur ce sujet, pourriez vous préparer un dossier qui serait remis aux stagiaires à l'issue de l'entretien.

En vous remerciant,

Groupe 8 : Module Inter Professionnel 2002.
« Pratiques en médecine de ville et système
d'information »

Critères 5.1 Qualité	<i>GROG</i>	<i>AGORA DATA</i>	<i>Baromètre (exp. En cours)</i>	<i>SFMG</i>	<i>EPI</i>	<i>Liberalis (intranet)</i>	<i>Réseaux par pathologie</i>	<i>SI labo. (Thalès, IMS Health)</i>
<i>Simplicité</i>	++	--	?	++	+	??	+	+
	Codage limité aux infections respiratoires aiguës	Support WEB : lenteur d'application et recueil des données trop compliqué	Pour le médecin : Codage en langage vernaculaire Pour le traitement des données : choix CISP	Utilisation d'un logiciel et création d'un dictionnaire utilisant un langage commun – recours à la Kasugraphie			Pas de codage	Codage limité aux prescriptions médicamenteuses
<i>Validité</i>	++	--	??	++	++	--	++	++
	Panel représentatif, élargissement européen	Données parcellaires	Dépendra des informations recueillies		500 praticiens participent à l'expérience			Confirmée par l'utilisation faite par l'industrie pharmaceutique
<i>Acceptabilité</i>	+	--	+	++	+-	--	++	-
	Retour sur l'information et intérêt épidémiologique, mais non indemnisation des participants	Peu de participation des praticiens en raison de la complexité du système mis en place	Le système est utilisé par les médecins, pour les médecins (intérêt pour l'objectif affiché)	Profil de médecins particuliers, intéressés par les travaux de recherche en épidémiologie – intérêt pour l'aide au diagnostic	Poursuit uniquement un objectif épidémiologique, a priori	Coût élevé – enjeu de pouvoir au sein des URML -	Intérêt pour le patient et les acteurs de santé	Intérêt financier du médecin uniquement

<i>Valeur informative</i>	+	+	++	+		+	+/-	?
	Très bon instrument épidémiologique, mais limité à un domaine spécifique et absence d'analyse des pratiques	L'information qu'on devait en retirer devait être pertinente, mais elle a été produite à trop faible quantité pour présenter un intérêt	Remplit l'objectif d'analyse des pratiques	Plutôt bonne, mais il manque les éléments autres que le diagnostic (<i>motif, procédure, prescription</i>) Dans ces conditions, pas d'analyse de la pratique	En projet	Plutôt faible au final malgré des promesses d'études épidémiologiques évaluation des pratiques médicales	Analyse des pratiques uniquement liée à une pathologie	
<i>Représentativité</i>	++	--	?	+/-		-	+/-	+
	Prévention			Réservé aux médecins « adhérents » à un projet de recherche	En projet	Très peu d'abonnés – désengagement progressif (50 méd. En Alsace)	Echelon limité aux réseaux	Participation importante des médecins libéraux
<i>Continuité</i>	--	++	-	-		+	++	--
	Analyse limitée à l'acte de soin	Trajectoire du patient (de l'hôp. au médecin spécial...	Connaissance des actes et pathologies prises en charge en médecine générale	Pas de suivi du patient	En projet	En terme d'affichage, volonté de continuité (réseau de com. propre aux praticiens)	Protocolisation en amont des pratiques	
<i>Réactivité</i>	++	--	??	++			++	+/-
	Délais courts	Trop complexe		Transmission régulières - à la SFMG	En projet			
<i>Flexibilité</i>		--		+				-
<i>confidentialité</i>	+	+	+	++		++	++	++
	Pas de données nominatives	Anonymisation des données	Codage	Anonymisation des données	En projet	Sécurisation des données très développée	Information détenue par le patient	