

Heinz Bhend

Observatoire de la Médecine Générale

La SFMG (Société Française de Médecine Générale) a construit d'une façon remarquable un réseau pour les investigateurs [1]. Il faut particulièrement souligner que la société part du principe que le suivi de sa propre activité par le médecin de famille va de soi et qu'elle le fixe même dans ses statuts.

Les chiffres sont parlants par eux-mêmes (nombre d'années, nombre de collègues, nombre de contacts de patients, nombre de diagnostics). Le projet FIRE que nous développons [2] suit un concept analogue. Pour des raisons historiques, le choix de la SFMG s'était porté sur le DRC; le nôtre s'est porté sur la CISP-2, entre autres pour des raisons de connexion internationale. Tous les deux systèmes possèdent un mappage avec la CIM-10. En plus des résultats proprement dits, les conditions cadres sont intéressantes et elles correspondent de façon étonnante à la situation des pays étrangers: de nombreux collègues s'y intéressent, certains deviennent membres du réseau, mais peu seulement fournissent des données.

Un grand nombre parmi ceux qui voudraient bien y participer attendent que l'outil de classification soit intégrable dans leur logiciel métier. Les français aussi suivent le chemin de la labellisation des logiciels. En 15 ans, le budget annuel a augmenté à 620000 euros (presque de 1 million de francs) et un institut ou un département de médecine informatique a été créé. En Suisse, il devient également incontournable de mettre sur pied une institution similaire. L'association prévue Médecins de famille CH serait une opportunité unique.

Jusqu'ici, l'informatique ne nous intéressait que dans le domaine administratif. Si l'activité médicale proprement dite devient elle aussi informatisée, le développement se fera logiquement et nécessairement, comme cela est décrit dans l'article. La documentation électronique, un système de classification et des collègues qui s'engagent sont les prémisses nécessaires pour créer une représentation dans laquelle se reflète notre activité médicale. Et c'est possible: le réseau existant au sein de la SFMG depuis 15 ans l'a prouvé.

A l'avenir, nous ne pourrions plus nous permettre de ne pas savoir ce que nous faisons.

Références

- 1 Duhot D, Kandel O, Boissault P, Hebbrecht G, Arnould M. L'Observatoire de la Médecine Générale. *PrimaryCare*. 2009;9(2):41-5.
- 2 Bhend H, Rosemann T, Zoller M. CISP-2: le lien manquant pour la recherche et la promotion de la qualité en médecine de famille. 2008;8(13):261-3.

Correspondance:

Dr Heinz Bhend
Spécialiste en médecine générale FMH
Oltnerstrasse 9
4663 Aarburg
heinz.bhend@sgam.ch

Didier Duhot, O. Kandel, P. Boissault, Gilles Hebbrecht, M. Arnould

L'Observatoire de la Médecine Générale[©]

Un réseau et une base de données au service de la médecine générale en France

Développé pas à pas depuis 15 ans, le réseau de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) rassemble près de 600 médecins généralistes dont le quart dispose, à ce jour, des outils informatiques permettant d'alimenter la base de données de l'Observatoire. Les informations concernant les prises en charge de près de 700000 patients sur la période 1993-2008 sont à la disposition de la recherche médicale et médicoéconomique, en France et à l'international, mais aussi de la formation médicale initiale et continue. Cet outil est au service de tous, en particulier par l'intermédiaire de son site Internet, accessible gratuitement (<http://omg.sfm.org>).

Un réseau au service de la médecine générale

Lors de sa création en 1973, la Société Française de Médecine Générale (SFMG), première société savante des soins primaires en France, s'était statutairement fixé comme objectif d'analyser et de concourir à l'amélioration de la pratique de soins.

Toute science, ou toute discipline, commence par la description de son champ d'activité. La SFMG a d'abord constaté que la dénomination des phénomènes morbides en médecine de premier recours était difficile. En effet, le médecin généraliste intervient tôt dans

l'évolution du processus pathologique ou sur des symptômes isolés ou sur des syndromes, pathologies en règle générale non enseignés dans le cursus universitaire alors qu'ils sont prévalents en soins de premier recours. Il n'est donc pas systématiquement en mesure de «poser» un diagnostic de maladie au sens universitaire du terme. Par ailleurs, la classification médicale habituellement utilisée en soins secondaires ou tertiaires (la Classification Internationale des Maladies) ne permettait pas aisément de décrire le champ d'activité, aussi vaste que spécifique, de la médecine générale. La mise en place d'un véritable enseignement basé sur un corpus théorique propre à la discipline nécessitait de pouvoir décrire clairement le champ d'activité et la pratique du médecin généraliste. La SFMG a donc réalisé à cette époque une revue des classifications proposées pour la description des problèmes de santé pris en charge en soins primaires. Bien qu'ayant effectué la première traduction française de l'ICHPPC, la réflexion la plus aboutie sur cette thématique lui a semblé être le travail initié dans les années 1940 par R. N. Braun [2, 3], médecin généraliste autrichien. La première traduction de la «kasographie» a servi de base à la réalisation de la version initiale du Dictionnaire des Résultats de Consultation en Médecine Générale [4] (DRC[®]), langage commun proposé à la communauté généraliste française. Le caractère opérationnel de cet outil pour la prise en charge des patients (dans le contexte de la médecine générale française) a été établi par une étude menée en 1993 au sein d'un réseau informatisé créé à cet effet. Elle a en particulier validé son utilisation en temps réel au cours la consultation. Quinze ans plus tard ce réseau est devenu l'Observatoire de la Médecine Générale [5] (OMG[®]) qui constitue la vitrine de l'activité des médecins généralistes français dans leurs cabinets.

L'écriture du DRC a nécessité la formalisation d'une théorie professionnelle portant sur le contexte pratique de la consultation [6] dont le DRC est la partie opérationnelle. Pour répondre aux besoins d'analyse de leur activité exprimés par les généralistes, la SFMG a créé et développé une méthode leur permettant de procéder à une analyse réflexive de leurs pratiques: les groupes de pairs [7,8]. La SFMG a enfin édité le référentiel métier du collège Bas Normand des Généralistes Enseignants [9]. Elle compile et diffuse mensuellement les référentiels francophones concernant chaque RC [10]. L'ensemble de ces documents, concepts et outils a permis aux généralistes de se réapproprier leur discipline.

Le Dictionnaire des résultats de consultation

La dernière mise à jour du DRC (2007 – sous presse) contient 280 résultats de consultation (RC). Chaque RC est constitué d'un titre, d'une définition, de «voir aussi» (les RC proches), de risques évitables [6] (ce à quoi le médecin doit penser et qu'il doit éliminer devant ce problème), d'une position diagnostique (symptôme, syndrome, tableau de maladie et diagnostic certifié) qui permettent au praticien de visualiser facilement le degré d'ouverture du RC (son espace de liberté décisionnelle et son risque évolutif [6]), d'un code suivi (N pour nouveau, P pour persistant et R pour révisé) et enfin

d'une correspondance CIM 10 permettant au médecin de renseigner les formulaires administratifs en respectant le secret professionnel ou, lors de travaux de recherche, de comparer ces données avec les données hospitalières françaises ou les données internationales [11].

Actuellement, six logiciels de gestion du dossier médical [12] ont intégré le DRC selon les recommandations de la SFMG.

Ouverte à toute description structurée de l'activité de médecine générale, l'OMG intègre également les pathologies directement codées en CIM10. L'expérience montre cependant que cette classification est très peu utilisée en pratique quotidienne.

Dans le même contexte d'outils internationaux, la SFMG s'est bien entendu intéressée à la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP). Historiquement postérieure à la théorie braunienne et à son adaptation française, cette classification n'a jamais été utilisée par les membres historiques du réseau et ne l'est qu'exceptionnellement par les entrants récents. Au-delà de son acceptabilité pour une utilisation systématique en temps réel dans le contexte de la consultation de médecine générale en France, une explication en est, peut-être, le faible nombre d'éditeurs de logiciels ayant souhaité l'intégrer.

Une traduction du DRC en CISP a été évoquée en 2001. La rareté des ressources humaines de la société nous a amené à privilégier un encodage CIM10. En effet, il permet une utilisation conjointe des données hospitalières (la CIM10 sert de base au système français de paiement à la pathologie) et des données de soins de ville pour les études épidémiologiques. Ce contexte est explicitement privilégié par l'étude eHID [13] qui a également montré que l'utilisation de classifications différentes n'était par un obstacle majeur à la réalisation d'études internationales en soins primaires. Soulignons enfin qu'ici aussi le décideur de l'outil utilisé est encore, pour le moment, le médecin investigateur.

Le réseau

Le réseau des médecins de l'OMG est constitué de 580 médecins généralistes. Parmi ceux-ci, 160 adressent ou ont adressé leurs données à la SFMG. Les autres attendent de disposer d'une intégration ergonomique du DRC dans leur logiciel métier et/ou de disposer d'un logiciel capable d'extraire les données de leurs bases pour les envoyer à l'OMG.

Les Départements de l'Information Médicale et Réseau

La SFMG s'est dotée d'un Département de l'Information Médicale (DIM). Ce département est constitué d'un médecin DIM temps plein, d'un technicien «data manager» et de 3 médecins généralistes à temps partiel. Il est chargé, entre autres, de l'intégration des données envoyées par les praticiens du réseau de l'OMG et de l'analyse des données utilisées pour les études de la SFMG. Les re-

lations avec ces médecins sont assurées par le département Réseau qui comprend un médecin temps partiel et une assistante temps plein. Le budget prévisionnel 2008 de l'OMG (comprenant l'animation réseau, le DIM, les développements informatiques, la maintenance informatique ...) est de 620 000 euros nonobstant une partie importante des honoraires médecins qui sont en bénévolat (DIM et membres du réseau).

Extraction et intégration des données pour analyse

Pour alimenter l'OMG, la SFMG utilise les données extraites des dossiers médicaux informatisés des médecins grâce à un «extracteur» spécifique de chaque logiciel métier.

La SFMG a en effet été amenée à développer plusieurs extracteurs de données car les médecins généralistes français utilisent de nombreux logiciels métier dont les formats de base de données sont le plus souvent incompatibles.

Au 1^{er} mars 2008, deux logiciels bénéficient d'un extracteur et trois autres sont en développement et attendus pour 2008-2009. D'autres suivront en fonction des financements disponibles.

Les données extraites, le plus souvent hebdomadairement, sont anonymisées, cryptées et envoyées par Internet à la SFMG. Cet envoi se fait toujours à l'initiative du médecin qui peut à tout moment arrêter sa participation.

Après réception à la SFMG, les données sont préparées informatiquement, intégrées au serveur informatique de la société (une base de données Oracle 9i nommée «Diogène») et qualifiées selon divers critères [14] pour en fixer les possibles contextes d'utilisation à des fins de travaux de recherche.

Tableau 1

Répartition des 15 premiers RC les plus fréquemment pris en charge par les généralistes français.

Résultat de consultation	Nombre de patients	% des patients
Examens systématiques et prévention	22221	19,35
Rhinopharyngite – rhume	14650	12,75
HTA	13878	12,08
Vaccination	13117	11,42
Etat fébrile	12706	11,06
Etat morbide afebrile	11266	9,81
Hyperlipidémie	9329	8,12
Angine (amygdalite – pharyngite)	7852	6,84
Lombalgie	7550	6,57
Arthropathie – périarthropathie	6353	5,53
Plainte abdominale	4890	4,26
Rhinite	4801	4,18
Douleur non caractéristique	4626	4,03
Toux	4512	3,93
Réaction à situation éprouvante	4465	3,89

Au 1^{er} mars 2008, les données de 160 médecins étaient chargées dans Diogène. Elles concernaient la période de 1993 à février 2008 et comportaient 690 000 patients pris en charge au cours de 6 millions de séances pour 8 millions de problèmes de santé. Lors de ces contacts, 36 millions d'éléments d'interrogatoire et d'examen clinique ont été renseignés dans les dossiers informatisés, et 14,6 millions de lignes de médicaments ont été prescrites par les médecins.

Le top 15 des Résultats de Consultation en 2004

Le tableau 1 présente le nombre et la part des patients concernés par les 15 premiers RC les plus fréquemment pris en charge par les généralistes français.

Le site de l'Observatoire de la Médecine Générale

Une partie de ces données alimente ensuite une base de données dynamique MySQL sur le serveur de l'OMG, à partir de laquelle elles pourront être visualisées par les internautes sur le site de l'OMG.

Pour cette publication de données la SFMG s'est dotée d'un département «Site Internet». Celui-ci assure le développement et la maintenance des sites de la SFMG et de l'OMG.

Les données d'une centaine de médecins issues de la base de données Diogène sont actuellement utilisées pour alimenter le site de l'OMG.

L'accès à ce site est libre et gratuit. Sa consultation permet de visualiser pour chaque RC les données sous 3 axes: les chiffres globaux, les patients et les actes, tous deux ventilés par année, genre et tranche d'âge (fig. 1 et 2). Le médecin de l'OMG a accès à ses données personnelles qui sont comparées à celles du groupe.

Un Observatoire de la Médecine Générale opérationnel, porté par une société savante de généralistes

Pari fou il y a 10 ans pour une société savante qui n'avait pas les moyens financiers d'une entreprise privée, l'OMG est maintenant opérationnel et monte progressivement en charge. Un travail de diversification des logiciels métier a été entrepris, permettant à de nouveaux médecins d'intégrer l'OMG. De nouveaux partenariats et des actions de recrutement permettront d'accroître le nombre d'investigateurs bien au-delà des militants des premières années. Actuellement, près de 600 médecins ont manifesté leur désir d'intégrer le réseau. Certains peuvent exporter dès maintenant leurs données vers l'OMG, d'autres attendent la réalisation de l'extracteur concernant leur logiciel métier et les derniers l'incorporation efficace du DRC dans leur logiciel. D'autres logiciels demandent régulièrement leur labellisation DRC, témoignant d'un intérêt croissant des médecins pour le Dictionnaire comme pour l'Observatoire.

Les missions des investigateurs

Participer à l'OMG présente plusieurs avantages pour le médecin généraliste :

- Il utilise le DRC et « parle » un langage commun avec les autres médecins comme avec lui-même, ses associés et ses remplaçants. Ceci réduit son degré d'incertitude par une définition claire des problèmes de santé pris en charge. Les positions diagnostiques lui permettent de distinguer clairement le niveau de sa prise de risque comme décrit par la théorie professionnelle [6] promue par la SFMG. Sa pratique est dès lors plus sûre et le médecin est plus serein dans son activité professionnelle.
- Il dispose d'une description précise de son activité et de ses pratiques. Il appréhende ainsi la différence entre le « ce que je crois faire » et le « ce que je fais ». Il peut également comparer facilement sa pratique à celle de ses pairs et mettre en place une analyse réflexive de ses pratiques, pointant par exemple d'éventuels besoins de formation. Cette réflexion à distance de l'action constitue une première étape d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), devenue obligatoire en France depuis la loi d'août 2004. La SFMG travaille à la mise en place de procédures qui permettront aux investigateurs de l'OMG de valider leurs obligations d'EPP.
- Il participe à un travail permanent de recherche en médecine générale, et il a la satisfaction de faire progresser et de défendre sa discipline.

Les perspectives

Après une étude sur la typologie des consultations [15], la SFMG travaille à décrire des groupes homogènes de patients et à

construire une typologie [16]. À terme, il sera possible de décrire les associations de pathologies les plus fréquemment prises en charge en médecine générale (par exemple, combien de patients diabétiques de type 2 présentent, dans la pratique quotidienne, une HTA, une dyslipidémie ou une insuffisance rénale ...). La description de ces « polyopathologies » et de leur évolution dans le temps sera primordiale pour assurer une adaptation plus fine des futures procédures de gestion du risque sur lesquelles la SFMG travaille. Un autre objectif est de disposer d'une déclinaison régionale de l'OMG afin de pouvoir présenter les données à un niveau plus en phase avec l'organisation régionale du système de santé français. Nous assistons actuellement à une régionalisation de l'organisation des soins de ville. À ce jour, trois Unions Régionales de Médecins Libéraux sur vingt-deux (Centre, Bourgogne, Nord-Pas de Calais) ont signé un partenariat de trois ans avec la SFMG pour la fourniture de données régionales et la création d'observatoires régionaux.

En guise de conclusion

En 15 ans, la SFMG a réussi à créer et développer un réseau de médecins informatisés alimentant un observatoire des pratiques. L'utilisation de ces données nous a permis, par exemple, d'alimenter les débats lancés par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie sur la refonte de la nomenclature des actes intellectuels (y compris ceux utilisés par les médecins généralistes) ou de participer à des études internationales [11, 13].

La SFMG a fixé à l'OMG deux objectifs principaux pour les prochaines années.

Le premier est de développer les partenariats institutionnels tant au niveau national qu'international. Le deuxième concerne le renfor-

Prévalence par tranche d'âge pour l'année 2007
pour tous les patients
cervicalgie

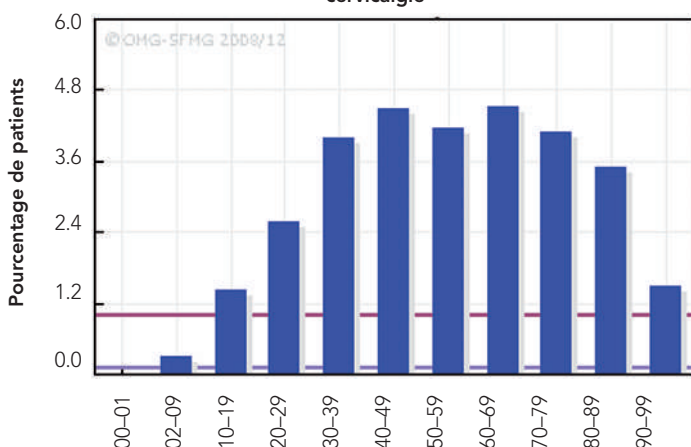


Figure 1
Exemple: Prévalence par tranche d'âge pour tous les patients.

Prévalence par tranche d'âge pour l'année 2007
comparaison hommes – femmes
cervicalgie

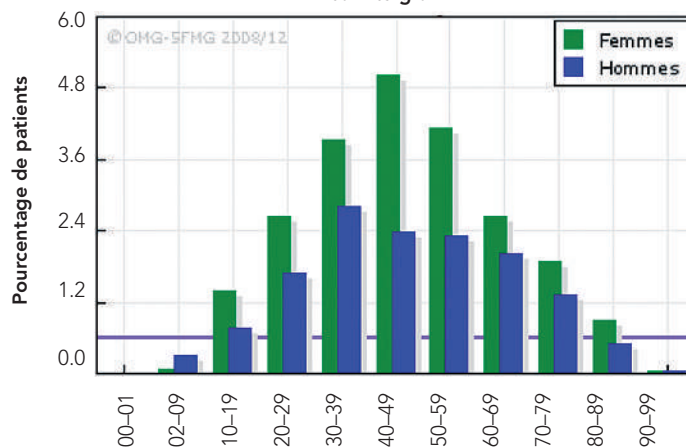


Figure 2
Exemple: Prévalence par tranche d'âge, comparaison hommes – femmes.

cement de la régionalisation des données de l'observatoire. Cela nécessite une augmentation du nombre des médecins participant à l'OMG et le développement du retour individualisé des données vers les membres du réseau, élément majeur de leur implication.

Les auteurs tiennent à remercier Mme Catherine Veneau, assistante projet OMG, pour sa relecture attentive de ce texte, les Drs Bernard Gavid et François Raineri pour leurs conseils et suggestions, ainsi que les médecins de l'OMG et les patients qui ont permis l'utilisation de données anonymes pour la construction et le développement de l'OMG.

Références

- 1 <http://www.psychiatryonline.com/resourceTOC.aspx?resourceID=1>
- 2 Braun RN. *Lehrbuch der Allgemeinmedizin*. Mayence: Verlag Kirchheim; 1986.
- 3 Braun RN. *Pratique, critique et enseignement de la Médecine Générale*. Paris: Payot; 1979.
- 4 *Dictionnaire des Résultats de Consultations en Médecine Générale, révision 2003–2004*. Doc Rech Med Gen. SFMG n° 55; décembre 2005
- 5 *Observatoire de la Médecine Générale*: <http://omg.sfmfg.org/>
- 6 Ferru P, Raineri F, Duhot D, et al. *Digest de théorie professionnelle à l'usage des médecins généralistes*. Téléchargement gratuit sur http://www.sfmfg.org/dictionnaire/drc_digest.zip
- 7 Groupe de pairs, premier symposium national. Doc Rech Med Gen. SFMG n° 59; juin 2001.
- 8 Groupe de pairs, troisième symposium national, Doc Rech Med Gen. SFMG n° 63; mars 2006.
- 9 Samuelson M, Goriaux JL, Maulme JM, Née E, Vandenbossche S. *Référentiel Métier du Médecin Généraliste – Rénover l'Enseignement de la Médecine Générale*, Collège de Basse Normandie des Généralistes Enseignants. Doc Rech Med Gen. SFMG n° 51; juillet 1998.
- 10 DReFC (Diffusion des Recommandations Francophones en Consultation de Médecine Générale): <http://www.sfmfg.org/Dossiers/plateforme1/accueil.php>
- 11 Rosman S, Vaillant ML, Schellevis F, Clerc P, Verheij R, Pelletier-Fleury N. Prescribing patterns for upper respiratory tract infections in general practice in France and in the Netherlands. *Eur J Public Health*. 2007.
- 12 http://www.sfmfg.org/DMI/liste_editeurs.html
- 13 Fleming DM, Elliott C, Pringle M. Electronic Health Indicator Data (eHID) final report 9 April 2008. p 77.
- 14 Diogène: cahier de validation N° 1, eDRMG N°2, SFMG.
- 15 Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boisnault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale? *Rev Prat Med Gen*. 2004;18:781–4.
- 16 Clerc P, Lebreton J, Mousques J, Hebbrecht G, de Pourouville G. *Etude Polychrome: construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale pour une analyse de la poly-prescription*, *Prat Organ Soins*. 2008;39(1):43–51 (téléchargeable sur <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/la-revue-pratiques-et-organisation-des-soins>).

Correspondance:
Société Française de Médecine Générale
141, avenue de Verdun
F-92130 Issy les Moulineaux
d.duhot@sfmfg.org
<http://omg.sfmfg.org>