

Étude originale

Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ?

Par **Olivier Kandel, Didier Duhot, Gérard Very, Jean-François Lemasson, Philippe Boisnault,** médecins généralistes, membres de la Société française de médecine générale.

RÉSUMÉ :

Objectif : proposée par la SFMG dans le cadre des travaux de la Cnamts sur la future classification des actes médicaux, cette étude avait pour objectif de répondre à la question : est-il possible d'identifier quelques indicateurs facilement identifiables et reproductibles pour qualifier différents types d'actes en médecine générale ?

Méthode : cette étude prospective et descriptive analysait le contenu d'un recueil en continu de 3 142 consultations réalisées par 23 généralistes pendant 10 jours en 2003. Le travail était organisé en 3 temps : 1) description de 38 variables issues du dossier médical des investigateurs et d'un questionnaire

complémentaire ; 2) analyse statistique factorielle en correspondance multiple, couplée à une classification sur facteurs permettant l'élaboration d'une typologie de consultations (en 11 classes) ;

3) détermination de critères (13) pour décrire et qualifier cette typologie. Enfin, la discussion a permis de retenir une dizaine d'indicateurs objectifs et facilement identifiables.

Résultats. Les 11 classes de la typologie représentent schématiquement : la consultation du nourrisson, la consultation de l'enfant, la consultation de l'adolescent, les pathologies diverses des adultes, les 46-65 ans, l'éducation dans le cadre d'une pathologie, les gestes techniques, la prise en charge psychologique, le recours

à des compétences externes, la poly-pathologie et la grande poly-pathologie.

Discussion. Les 10 indicateurs retenus au final sont : âge du patient, connaissance du patient, prise en charge de la prévention, prise en charge des pathologies aiguës, prise en charge des problèmes chroniques, prise en charge en ALD, prise en charge psychologique, nombre de diagnostics, réalisation de gestes techniques et recours à des compétences externes.

Conclusion. Ces indicateurs reproductibles et facilement identifiables par les médecins en fin de consultation, pourraient contribuer au travail en cours sur la refonte de la nomenclature des actes médicaux cliniques.

Rev Prat Med Gen 2004 ; 18 : 781-4.

En France, en dehors des établissements publics de santé, les médecins sont rémunérés sur le mode du paiement à l'acte. La cotation des honoraires est basée sur la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Celle-ci ne permet pas en l'état de répondre à la diversification des techniques et des prises en charge. La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) a décidé de mettre en place un nouveau référentiel, la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Celle-ci doit décrire plus précisément chaque acte pour « servir de base tarifaire à une juste rémunération de l'acte ». La Société française de médecine générale (SFMG) a participé comme expert aux travaux menés sur le sujet. L'analyse des données de la littérature confirme l'existence de nombreuses informations décrivant le profil des médecins, celui des patients, voire des affections prises en charge, mais très peu décrivent le contenu de la séance de médecine générale.¹⁻³ Pour répondre avec des arguments objectifs à la question « Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? », nous avons réalisé une étude afin de déterminer quelques indicateurs facilement identifiables et reproductibles pour qualifier différents types d'actes en médecine générale.

MÉTHODE

Cette étude descriptive et prospective porte sur l'activité d'une vingtaine de généralistes qui ont recueilli l'exhaustivité du contenu de leurs consultations et visites pendant dix jours, en 2003. L'objectif était d'identifier des indicateurs pouvant caractériser les actes « les plus fréquents et les plus caractéristiques de la discipline ». Nous avons procédé en trois étapes successives :

– tout d'abord, une analyse descriptive des variables recueillies afin de pouvoir valider l'échantillon en le comparant aux données de la littérature ;

– ensuite, la construction statistique d'une typologie de consultations afin de déterminer des grandes classes de consultations ;

– enfin, l'identification, par une analyse de ces classes, de quelques critères objectifs et peu nombreux pouvant servir à caractériser les consultations de médecine générale.

Pour le recrutement des investigateurs, un message électronique a été envoyé à une cinquantaine de médecins du réseau de l'Observatoire de la médecine générale de la SFMG ; 27 d'entre eux ont répondu en 48 heures dont 23 ont pu être intégrés dans l'étude (4 ont été écartés pour des raisons techniques). Les investigateurs utilisaient, d'une part un dossier médical informatisé, dont les informations standardisées étaient analysables (logiciel Easyprat V5 et V6), et d'autre part un questionnaire complémentaire pour relever certaines données absentes du logiciel médical. Ce dernier était présenté sous forme d'interface informatique développée sous Access de Microsoft.

La concentration des données adressées par les investigateurs a été faite sous Access ainsi que le traitement des variables. L'analyse factorielle en correspondance multiple, couplée à une classification sur facteurs, avec description des classes a été réalisée avec le logiciel SPAD. Le travail a été réalisé par le Département d'information médicale (DIM) de la SFMG.

Variables étudiées

Une analyse des résultats par variable avec comparaison aux données de la littérature a été réalisée afin de valider la pertinence, sinon

la représentativité, de l'échantillon d'actes. Les principales variables retenues ont été :

- pour le patient : sexe, classes d'âge, ancienneté du dossier, éléments socioculturels ;
- pour les actes : durée de l'acte, type d'interrogatoire et d'examen clinique, difficulté de l'acte, complexité de l'acte, type de prise en charge, risque de la situation, venue dans le cadre d'un accident du travail, entretien avec un tiers au cours du contact, dérangement au cours du contact ;
- pour le diagnostic : type de diagnostics, nombre de diagnostics ;
- pour les décisions : existence d'une prescription de biologie et (ou) d'imagerie, demande d'avis spécialisé, nombre de lignes de médicaments, médicaments en ALD, réalisation d'un geste technique, prescription d'un arrêt de travail.

RÉSULTATS

Investigateurs. Le recueil a été réalisé par 23 médecins généralistes dont 2 femmes, âgés en moyenne de 49 ans. Quatre médecins exerçaient à la campagne et 11 en milieu urbain ; 14 exerçaient en association avec d'autres confrères. Quatre étaient installés depuis moins de 10 ans et 12 depuis plus de 20 ans. Chaque médecin a relevé en moyenne 150 actes (de 47 à 266).

Patients. Les patients pris en charge lors de ces actes étaient dans 55 % des cas des femmes. La moyenne d'âge était de 41 ans en consultation (de moins de 1 an à 103 ans ; écart type 24) et de 74 ans en visite (de 1 an à 98 ans ; écart type 19). Dans 3 actes sur 4, le patient était déjà connu du médecin.

Description de l'échantillon étudié

Au total, 3 479 séances ont été pratiquées entre le 31 mars et le 9 avril 2003 lors de 190 journées-médecin ; 88 % ont été réalisées en consultation et 9 % en visite. Les données issues du recueil, puis leur traitement ont permis d'analyser 44 variables (6 variables continues et 38 variables nominales). L'analyse statistique de ces variables a rendu possible la comparaison de cet échantillon à ceux décrits par d'autres sources.

Nous présentons ci-après quelques variables pour illustrer les actes réalisés par les médecins de l'étude.

Nombre d'actes. Les médecins ont réalisé en moyenne 19 actes par jour. Cette moyenne variait en fonction de l'implantation géographique du cabinet : 22 à la campagne contre 17 en ville. Ce nombre a décliné avec l'ancienneté de l'installation pour passer de 19 actes par jour lorsque le médecin avait moins de 5 ans d'installation à 15 au-delà de 25 ans.

Durée de la consultation. La durée moyenne des consultations était de 16,29 min (de 1 à 60 ; écart type : 7,18). Cinquante-huit pour cent des consultations ont duré moins de 16 min, 25 % entre 16 et 20 min et 7 % plus de 25 min. La durée des consultations à la campagne, en semi-rural et en ville était comparable (respectivement 15,35 ; 16,50 ; 15,02). Cette durée variait peu en fonction du type de pathologie, mais elle croissait avec l'âge du patient.

Nombre de diagnostics par consultation. En moyenne, il y avait 2,18 diagnostics par consultation et 2,78 par visite. Dans 48 % des consultations, il n'existait qu'un seul diagnostic ; dans 34 %, 2 à 3 ; dans 13 %, 4 à 6 et dans 7 % des cas, plus de 6 diagnostics.

Le médecin avait recours à un avis spécialisé ou une hospitalisation dans 6 % des actes.

Un geste technique a été réalisé dans 7,5 % des actes. Ceux-ci allaient de la vaccination à la petite chirurgie en passant par les frottis cervico-vaginaux.

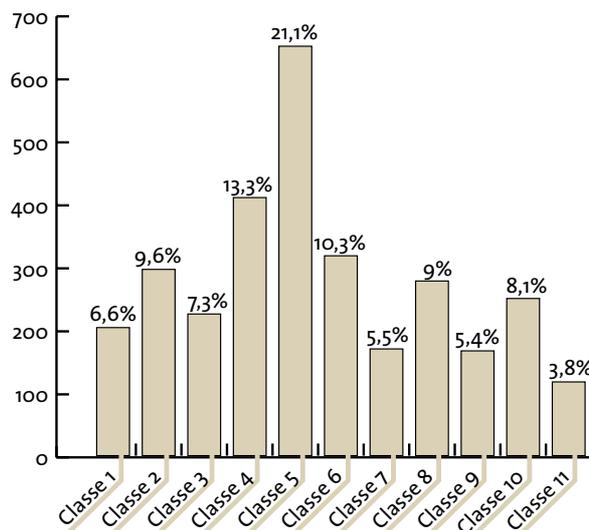
Un arrêt de travail était prescrit lors de 8 % des consultations et 2 % des visites, soit en moyenne une fois par jour. Les affections les plus souvent liées à un arrêt de travail relevaient du champ rhumatologique et psychologique.

Prescription médicamenteuse. En consultation, 17 % des

actes n'étaient suivis d'aucune prescription médicamenteuse ; une prescription de moins de 4 médicaments était faite dans 49 % des actes ; entre 4 et 6 médicaments dans 24 % des actes, et de plus de 6 médicaments dans 10 % des cas.

Classification des actes pour les consultations

Nous avons d'abord réalisé cette classification uniquement sur l'échantillon des consultations. Après une première analyse statistique factorielle en correspondance multiple avec l'ensemble des variables, nous avons fait un regroupement des variables qui caractérisaient le plus les classes obtenues et pour lesquelles c'était le plus objectif, afin de renforcer la sensibilité des arbres construits par l'analyse statistique et leur partition en classes. Nous avons alors obtenu 11 classes suffisamment descriptives dans lesquelles se répartit l'ensemble des consultations (figure ci-dessous).



Nombre et pourcentage de consultations par classe.

Description des classes. Pour chaque classe, la combinaison des modalités des variables les plus caractéristiques statistiquement a permis de décrire aisément de grandes tendances dans le contenu des actes correspondant à la réalité de notre pratique quotidienne. Seule la classe 5, la plus importante, était assez polymorphe et n'a pu être qualifiée par un type d'acte ou de contenu précis : il s'agissait de patients adultes avec en général une pathologie non chronique.

L'analyse détaillée de chaque classe a permis une interprétation de son contenu et du type d'actes regroupés dans la classe ; nous avons dénommé chaque classe par un titre afin de faciliter l'interprétation pour la suite du travail (tableau I).

TABLEAU I – INTERPRÉTATION DES 11 CLASSES

1 – Consultation du nourrisson
2 – Consultation de l'adolescent
3 – Éducation dans le cadre d'une pathologie
4 – Apparition des pathologies des adultes mûrs
5 – Pathologies diverses de l'âge adulte (non chroniques)
6 – Consultation de l'enfant
7 – Geste technique
8 – Prise en charge psychologique
9 – Recours et le retour de recours
10 – Polypathologie
11 – Grande polypathologie

Identification de critères de caractérisation des consultations. Pour individualiser des critères à partir de cette typologie,

TYPOLOGIE DES ACTES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

nous avons analysé la répartition et la fréquence des modalités des variables dans les 11 classes. Nous avons retenu les variables qui caractérisaient le plus souvent la partition, et celles qui étaient spécifiques d'une classe.

Nous avons recensé 13 critères (tableau II). Ainsi, certaines variables étaient retrouvées dans 10 des 11 classes (p. ex. : classe d'âge du patient), quand d'autres permettaient de réunir l'ensemble des consultations dans une seule classe. Par exemple, dans la classe 9 (le recours à des compétences externes) plus de 90 % des consultations contiennent un avis spécialisé et plus de 78 % des avis spécialisés se retrouvent dans cette classe (v. encadré 1).

TABEAU II – LES 13 CRITÈRES IDENTIFIÉS

- Âge ou classe d'âge du patient
- Connaissance du patient
- Prise en charge de la prévention
- Prise en charge des pathologies aiguës
- Prise en charge des problèmes chroniques simples
- Prise en charge des problèmes chroniques lourds
- Prise en charge psychologique
- Nombre de diagnostics
- Réalisation de gestes techniques
- Recours à des compétences externes
- Évaluation du risque de la situation
- Notion de difficulté, de complexité de l'acte
- Durée de la consultation

DISCUSSION

Si cette étude porte sur un grand nombre d'actes, elle présente quelques limites. La durée du recueil n'a pas permis d'obtenir un échantillon suffisamment grand pour l'étude des visites à domicile. Même si la population étudiée est l'acte médical, la non-représentativité des médecins investigateurs (âge, sexe, ancienneté d'installation) ne peut exclure une incidence sur le contenu détaillé des consultations. Par ailleurs, le recueil a été réalisé sur une période de 8 semaines qui peut évidemment modifier la répartition des actes (saisonnalité).

Validité de l'échantillon

Investigateurs. Il existe dans cette étude une sous-représentation des médecins urbains (47 % des médecins investigateurs contre 75 % dans une étude de la Cnamts) ¹ et des médecins femmes (9 % de l'échantillon contre 21,6 %). L'âge moyen des investigateurs (49 ans) est proche de celui des généralistes français (47 à 48 selon les sources). ²

Le petit nombre de médecins investigateurs ne permet pas de prétendre à la représentativité de la population des généralistes français. En revanche, leur activité au regard des différentes variables n'est pas homogène, et cela permet d'écarter le biais d'un groupe de professionnels qui pratiqueraient sur le même modèle.

Patients. Le profil de la clientèle est proche de celui de la population générale consultant les généralistes français, notamment pour la répartition homme/femme et les classes d'âge. ³

Caractéristiques de l'échantillon. La comparaison des variables de l'étude aux quelques données de la littérature permet de conclure que l'échantillon d'actes étudié est proche de la réalité des prises en charge et procédures des généralistes français.

Les médecins de cette étude faisaient relativement peu de visites à domicile : 10 % contre 16,7 % selon les données de la Cnamts pour l'ensemble des médecins français. Notons que cette étude a été menée en mai 2003, période de forte diminution du recours à la visite, suite aux modifications légales instaurées en octobre 2002. Le nombre moyen d'actes par jour (18,7) est voisin de celui observé dans d'autres études ; ^{3,4} la plus récente, publiée par la Cnamts, indique 17 actes par jour. ¹

Avec 16,3 min en moyenne, la durée de la consultation est comparable aux données françaises. ^{4,5} Le nombre moyen de diagnostics par acte (2,18) est supérieur à celui observé par la SFMG ⁶ et le CreDES en 1992 ⁷ (1,58 diagnostic par séance). Le taux de gestes techniques (7,5 %) est inférieur à celui décrit (13,4 %) dans la seule étude connue qui mentionne ce pourcentage ; cette étude datait de plus de 10 ans et le nombre d'investigateurs installés en milieu rural était plus important. Le taux de recours aux spécialistes et à l'hospitalisation (6,3 %) correspond à ceux observés dans d'autres études, 5,8 % ⁸ et 6,6 %. ⁴ Le taux d'arrêts de travail (7,6 %) est plus

ENCADRÉ 1 – EXEMPLE DE DONNÉES POUR UNE CLASSE : RÉSULTATS DE LA 9^e CLASSE

Valeurs test	Pourcentages			Modalités	Poids de la variable	
	Class/Mod ¹	Mod/Class ²	Global			
30.04 0.000	77.78	90.06	6.30	avec recours spécialisé ou hospitalisation	Q_r2	198
10.21 0.000	17.97	44.44	13.46	avec résultat de biologie ou d'imagerie	Q_R2	423
8.54 0.000	27.61	21.64	4.26	avec retour d'information spécialisée	Q_r2	134
7.49 0.000	11.08	51.46	25.27	avec prescription de biologie, imagerie ou paramédical	Q_p2	794
5.71 0.000	9.09	51.46	30.81	évaluation du risque : moyen	Eva2	968
4.88 0.000	8.31	52.05	34.09	2 à 3 diagnostics pris en charge dans la consultation	Nb 3	1071
4.61 0.000	10.00	30.99	16.87	aucune prescription de médicament	NB_1	530
4.30 0.000	16.00	11.70	3.98	consultation entre 26 et 30 minutes	Dur6	125
4.13 0.000	13.00	15.20	6.37	évaluation du risque : élevé	Eva3	200
4.13 0.000	8.67	37.43	23.49	consultation difficile	Q_a2	738
4.02 0.000	8.51	38.01	24.32	patient entre 46 et 65 ans	ClA5	764
3.68 0.000	10.76	18.13	9.17	consultation entre 21 et 25 minutes	Dur5	288
3.64 0.000	9.44	24.56	14.16	examen approfondi d'un appareil	Q_i1	445
3.30 0.000	5.91	95.32	87.71	absence de diagnostic psy dans la consultation	psy1	2756
3.27 0.001	9.11	22.81	13.62	diagnostics du champ gastroentérologique	gas2	428
3.15 0.001	6.14	85.96	76.16	absence d'infection des VAS dans la consultation	IVA2	2393
2.75 0.003	10.09	12.87	6.94	examen général approfondi	Q_i3	218
2.68 0.004	7.57	31.58	22.69	dérangement pendant la consultation	Q_D2	713
2.63 0.004	11.45	8.77	4.17	consultation en présence d'un tiers pour un patient adulte	ent2	131
2.62 0.004	6.00	85.96	77.91	consultation en présence d'un tiers tout patient	ent1	2448
2.57 0.005	6.67	53.22	43.41	au moins une pathologie chronique	CHR1	1364
2.55 0.005	6.20	74.85	65.75	temps décisionnel principal : prescription	Q_t3	2066
2.41 0.008	6.87	42.69	33.80	période de la consultation : matin	Tem2	1062
2.36 0.009	7.22	32.75	24.70	consultation entre 16 et 20 minutes	Dur4	776

Cette 9^e classe comprend 171 consultations qui représentent 5,44 % de l'échantillon total. Elle est caractérisée par :
 - le recours à des compétences externes avec 90 % d'adressage à un spécialiste ou à l'hôpital, et 51 % de prescriptions de biologie, d'imagerie ou d'un recours paramédical ;
 - l'association de 2 à 3 diagnostics pour 52 % des cas ;
 - le fait qu'un tiers des patients ont entre 46 et 65 ans (38 %) ;
 - une durée de consultation entre 16 et 20 min dans 32 % des cas, et entre 20 et 30 min dans 29 % des actes ;
 - un temps principal de décision consacré à la prescription pour 74 % des consultations de la classe, même si 30 % des actes n'ont pas de prescription de médicament ;
 - le médecin considère que le risque est moyen ou élevé dans 66 % des cas et difficile dans 37 %.
 On peut retenir de cette classe les critères suivants : le recours à des compétences externes ; l'association de plusieurs diagnostics ; la durée de la consultation. L'illustration clinique correspondrait à : l'hospitalisation programmée par le médecin, le bilan cardiologique d'une insuffisance cardiaque, la demande de fibroscopie, le retour d'un bilan biologique du diabète...

1 : la proportion d'actes ayant la modalité contenue dans cette classe ; 2 : la proportion d'actes de la classe ayant la modalité.

élevé que les chiffres indiqués dans d'autres travaux : en moyenne 5,1 % en 1997. ⁴ La discussion récente menée par le ministère de la Santé confirmerait cette augmentation. Le taux de séances sans prescription médicamenteuse (17 %) est plus important que dans d'autres études ; il était de la moitié dans l'étude « Actes & fonction du médecin généraliste dans leurs dimensions médicale et sociale » en 1993.

Classification des actes

L'objectif de cette étude était la détermination d'indicateurs les plus objectifs et reproductibles. Il est donc nécessaire de discuter les 13 critères identifiés pour aboutir à une liste d'indicateurs de caractérisation des actes peu nombreux et facilement utilisables par le médecin. Certains critères ne peuvent être retenus. En effet, deux d'entre eux semblent difficiles à normaliser. Il s'agit de l'évaluation du risque global de la situation clinique ainsi que de la notion de complexité de la consultation. Le risque et la complexité ne sont pas nécessairement liés à la gravité de la maladie. Le risque immédiat d'une épigastralgie (ex. : infarctus du myocarde...) peut être plus vital que celui d'une rectocolite hémorragique. Quant à la complexité, elle est souvent plus notoire devant la diversité des hypothèses à prendre en compte face à un symptôme (ex. : épigastralgie), que lors de conduites à tenir standardisées pour le traitement de maladies authentifiées (ex. : ulcère de l'estomac). Par ailleurs, le ressenti d'une complexité est très lié aux domaines de compétence du médecin. En revanche, le nombre de diagnostics et la chronicité des troubles (situation complexe) pourraient être un élément d'éclairage indirect de ces critères.

La durée de l'acte est sans doute un bon critère de l'investissement technique ou intellectuel du médecin, mais sa quantification reste difficile en direct et manuellement. Le calcul manuel est illusoire au quotidien. Quant au calcul automatique à l'ouverture/fermeture du dossier informatisé, il ne résout pas l'ensemble des problèmes.

Nous avons rencontré des difficultés pour qualifier la connaissance du patient. Le mode de définition varie dans la littérature. Il y a la notion d'ancienneté, mais aussi le nombre de contacts avec le médecin, ainsi que la fréquence de ceux-ci. Nous avons décidé de conserver cet indicateur : patient habituellement suivi, avec les réserves précitées, car il est évident que la connaissance du patient intervient sur les modalités de la consultation.

Les autres critères sélectionnés sont en revanche facilement identifiables et reproductibles d'un praticien à l'autre et dans le temps. Nous pouvons ainsi, pour les consultations, retenir 10 indicateurs, faciles à objectiver (tableau III) pour qualifier les actes en médecine générale.

TABLEAU III – LES 10 INDICATEURS RETENUS

- Classe d'âge du patient
- Connaissance du patient
- Prise en charge de la prévention
- Prise en charge des pathologies aiguës
- Prise en charge des problèmes chroniques simples
- Prise en charge des problèmes chroniques lourds
- Prise en charge psychologique
- Nombre de diagnostics
- Réalisation de gestes techniques
- Recours à des compétences externes

CONCLUSION

Cette étude réalisée à partir de plus de 3 400 actes a permis de décrire en détail le contenu de ceux-ci, ainsi que les différentes tâches réalisées par le généraliste. Les caractéristiques de l'échantillon étudié étaient comparables aux références de la littérature française. Ce travail confirme que l'analyse des modalités des variables observées dans la partition en 11 classes des consultations permet d'individualiser une liste de 10 indicateurs de caractérisation des consultations en médecine générale. Ceux-ci peuvent

contribuer au travail actuellement en cours sur la refonte de la nomenclature des actes médicaux cliniques.

Toutefois une même analyse devra être réalisée pour les actes en visite à domicile. Notre échantillon était dans ce domaine trop faible.

Il faudrait aussi poursuivre la réflexion en étudiant la faisabilité d'une classification (cotation) des consultations qui s'appuierait sur des combinaisons de ces indicateurs, par un test réalisé sur un grand nombre de médecins. Une simulation de cette codification pourrait être faite de manière rétrospective sur un grand nombre d'actes (2 ans) à partir des données de l'Observatoire de la médecine générale ⁹ de la SFMG.

Si les résultats de cette étude apportent indéniablement des éléments de réponse aux questions soulevées par la refonte de la classification des actes médicaux, la question de la tarification des actes reste encore très ouverte. En Suisse par exemple, la nouvelle rémunération des consultations des généralistes se fait en fonction de la durée de la consultation... Par ailleurs, la rémunération à l'acte ou à la capitation reste un sujet sensible, sinon tabou, dans notre pays contrairement aux autres pays européens. Enfin, ce travail sur la classification des actes pour une nouvelle tarification n'occulte-t-il pas adroitement la question de la cotation des pathologies, qui est possible en médecine de premier recours et peut être souhaitable pour la qualité des soins ? ■

Références

1. Une semaine d'activité des médecins généralistes CNAMTS – Point STAT n° 33 ; juin 2001.
2. Les professionnels de santé du secteur libéral en France. CNAM-TS ; juillet 2002.
3. Taux de consommation de séances de médecins en un mois. INSEE, 1998.
4. Gallais JL *et al.* Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Doc Rech Med Gen, n° 45, juin 1997.
5. Deveugele M, Derese A, Brink-Muinen AVD, Bensing J, DeMaeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. BMJ 2002 ; 325 : 472.
6. Annuaire statistique de l'Observatoire de la médecine générale, SFMG. Doc Rech Med Gen, n° 52.
7. Aguzzoli F, Le Fur Ph, Sermet C. Clientèle et motifs de recours en médecine libérale. CREDES, 1992.
8. Évaluation des recours demandés par les médecins généralistes à leurs confrères des autres spécialités. Collège des généralistes enseignants du Poitou-Charentes, 1994.
9. Observatoire de la médecine générale : www.sfmfg.org

Remerciements : nous adressons nos remerciements aux 23 médecins généralistes qui ont participé à cette étude : les docteurs Boisnault, Candelier, Clemence, Collignon-Portes, Dugrand, Duhot, Ferru, Gavid, Guerber, Helsens, La Heronnière (de), Kandel, Lanque, Larsimon, Leeuws, Lemasson, Miche, Raineri, Szidon, Thenaisy, Thomas-Desessarts, Very, Zilber. Tous nos remerciements au docteur Gilles Hebbrecht, médecin DIM de la SFMG pour sa lecture.

OBJECTIVE : IS IT POSSIBLE TO IDENTIFY SOME EASILY IDENTIFIABLE AND REPRODUCIBLE INDICATORS TO QUALIFY THE DIFFERENT TYPES OF ACTS IN GENERAL PRACTICE ?

METHOD : THIS DESCRIPTIVE AND PROSPECTIVE METHOD ANALYSED THE CONTENTS OF 3 142 CONSULTATIONS, COLLECTED IN CONTINUOUS USE BY 23 GENERAL PRACTITIONERS FOR ABOUT 10 DAYS IN 2003. THERE WERE THREE PHASES IN THIS WORK. 1) DESCRIPTION OF 38 VARIABLES FROM THE MEDICAL RECORDS OF THE INVESTIGATORS AND FROM A COMPLEMENTARY QUESTIONNAIRE ; 2) A STATISTICAL AND FACTOR ANALYSIS IN MULTIPLE RELATION WHICH WAS INTERFACED WITH A CLASSIFICATION ON FACTORS ALLOWING THE ELABORATION OF A TYPOLOGY OF CONSULTATIONS (IN 11 CLASSES) ; 3) DETERMINATION OF CRITERIA (13) TO DESCRIBE AND TO QUALIFY THIS TYPOLOGY. LASTLY, THE DISCUSSION ENABLED US TO KEEP IN ABOUT 10 EASILY IDENTIFIABLE AND OBJECTIVE INDICATORS.

RESULTS : THE 11 CLASSES OF THE TYPOLOGY REPRESENT SCHEMATICALLY : CONSULTATION FOR THE INFANT, CONSULTATION FOR THE CHILD, CONSULTATION FOR THE TEENAGER, VARIED PATHOLOGIES LINKED TO ADULTS, 46 TO 65 YEAR-OLD CONSULTATIONS, EDUCATION WITHIN THE SCOPE OF A PATHOLOGY, TECHNICAL ACTS, PSYCHOLOGICAL HANDLING, RESORT TO EXTERNAL COMPETENCES, POLYPATHOLOGY AND LARGE POLYPATHOLOGY.

DISCUSSION : THE 10 INDICATORS EVENTUALLY KEPT ARE : AGE OF THE PATIENT, KNOWLEDGE OF THE PATIENT, HANDLING OF PREVENTION, HANDLING OF ACUTE PATHOLOGY, HANDLING OF CHRONIC PROBLEMS, ALD HANDLING, PSYCHOLOGICAL HANDLING, NUMBER OF DIAGNOSIS, CARRYING OUT OF TECHNICAL ACTS AND RESORT TO EXTERNAL COMPETENCES.

CONCLUSION : THESE INDICATORS WHICH ARE PRECISE, REPRODUCIBLE AND EASILY IDENTIFIABLE BY THE PHYSICIANS AT THE END OF THE CONSULTATION COULD CONTRIBUTE TO THE REVISION OF THE NOMENCLATURE OF CLINICAL MEDICAL ACTS.

REV PRAT MED GEN 2004 ; 18 : 781-4.