

## Analyse brève

Consultable uniquement en ligne sur <http://www.minerva-ebm.be/FR/Analysis/260>

### Analyse de Laetitia Buret, médecin généraliste à Liège

## Complexité de la consultation en médecine générale : un outil pour en faciliter l'étude ?

### Analyse de

Procter S, Stewart K, Reeves D, et al. Complex consultations in primary care: a tool for assessing the range of health problems and issues addressed in general practice consultations. BMC Fam Pract 2014;15:105.

### Conclusion

L'outil développé dans cette recherche a le mérite de s'intéresser à la complexité de la consultation dans le but de décrire le nombre et la diversité des problèmes rencontrés en consultation de médecine générale. Son processus d'élaboration reflète bien la complexité des interactions au sein de la consultation. Sa fiabilité et surtout son utilité doivent encore être mises à l'épreuve dans d'autres recherches.

Nous avons peu l'occasion dans Minerva d'aborder les outils permettant de décrire notre métier. Nous avons abordé dernièrement les spécificités des études qualitatives (1). C'est la première fois que la question de la « complexité de la consultation » en médecine générale est abordée. Un des aspects de cette complexité est que plusieurs problèmes couvrant diverses entités cliniques sont souvent abordés. Dans la littérature internationale, on retrouve des études décrivant le contenu clinique de la consultation en médecine générale qui s'appuient sur le dossier du médecin (2,3). Cependant, déjà en 1994, les recherches menées par Rethans et al. (4) montraient que les dossiers médicaux ne fournissent pas une description complète ou totalement fiable sur ce qui se passe au sein d'une consultation. Un certain nombre d'outils sont conçus pour décrire la nature et la qualité de la communication médecin-patient plutôt que le contenu clinique de la consultation (5,6).

Procter et al. (7) propose un nouvel outil discuté ici qui met l'accent sur la compréhension de la complexité de la consultation. Il est basé à partir d'observations de consultations par des évaluateurs remplissant une grille (8). Cette grille a été développée de la manière suivante : un processus itératif impliquant un groupe de 8 cliniciens et chercheurs et des cycles répétés de tests et de développements ont été utilisés pour développer une « grille martyre » d'observation et un manuel de codage standardisés. Les chercheurs ont finalement opté pour les 17 chapitres de la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP) Version 2 (9) pour qualifier les problèmes principaux abordés et un système à 10 catégories pour relever les différentes dimensions liés à chaque problème principal. La variabilité inter-évaluateurs de cet outil a ensuite été évaluée sur 60 autres consultations filmées, par deux chercheurs codant en parallèle et était respectivement de 98,3%, 96,5% et 90% pour le nombre de problèmes principaux abordés, les types de problèmes principaux et les dimensions liées à ces problèmes principaux. Le nombre de problèmes enregistrés par consultation a varié entre 1 et 6, mais pour la grande majorité des consultations (50 sur 60), 3 problèmes au plus ont été enregistrés. L'outil a ensuite été utilisé pour analyser 229 autres consultations. Le coefficient de corrélation (ICC, Interclass Correlation Coefficient) pour le nombre de problèmes principaux discutés, évalué selon une méthodologie valide, était de 0,93. Le temps pour compléter la grille était d'approximativement 15 minutes.

Salisbury (10) a permis de mettre en évidence les résultats suivants grâce à cet outil : 2,5 (avec IC à 95% de 2,3 à 2,6) problèmes de santé sont abordés en moyenne par consultation, 41% des consultations incluent au moins 3 problèmes de santé et 72% abordent diverses disciplines médicales. La durée moyenne de consultation a été de 11,9 minutes (avec IC à 95% de 11,2 à 12,6). Chaque nouveau problème de santé augmente de 2 minutes en moyenne la durée de la consultation. La plupart des problèmes de santé ont été amenés par les patients, mais 43% des consultations ont été complétées par des problèmes de santé amenés par le généraliste lui-même. 81%

des problèmes de santé abordés en consultation ont été notés dans les dossiers papiers, mais seulement 37% ont été correctement encodés dans les dossiers électroniques.

Une future étude de validation serait cependant nécessaire pour tester de façon plus complète la fiabilité de l'outil compte tenu du caractère restreint de la taille de l'échantillon et du nombre d'évaluateurs. On peut cependant se poser la question de la plus-value de ce nouvel outil par rapport à la CISP-2 (9) qui est validée et internationalement reconnue et qui a permis de mettre en place des projets très intéressants tels que Transition Project (11) ou The BEACH (12).

Le développement de cet outil a peut-être ainsi des implications pour la recherche et pour l'amélioration de nos pratiques cliniques ou encore dans un but pédagogique pour améliorer les compétences du médecin généraliste en formation dans ses interactions avec les patients.

## Conclusion

L'outil développé dans cette recherche a le mérite de s'intéresser à la complexité de la consultation dans le but de décrire le nombre et la diversité des problèmes rencontrés en consultation de médecine générale. Son processus d'élaboration reflète bien la complexité des interactions au sein de la consultation. Sa fiabilité et surtout son utilité doivent encore être mises à l'épreuve dans d'autres recherches.

## Références

1. Poelman T. Des chiffres aux citations... Etude qualitative : méconnue mal-aimée ? [Editorial] [MinervaF 2015;14\(2\):13](#)
2. McCormick A, Fleming D, Charlton J. Morbidity statistics from general practice. Fourth national study 1991–1992. In Series MB5 no3. London: HMSO, 1995.
3. Laux G, Kuehlein T, Rosemann T, Szecsenyi J. Co- and multimorbidity patterns in primary care based on episodes of care: results from the German CONTENT project. *BMC Health Serv Res* 2008;8:14.
4. Rethans JJ, Martin E, Metsemakers J. To what extent do clinical notes by general practitioners reflect actual medical performance? A study using simulated patients. *Br J Gen Pract* 1994;44:153-6.
5. Roter DL, Hall JA, Merisca R, et al: Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care* 1998;36:1138-61.
6. Roter D, Larson S. The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Educ Couns* 2002;46:243-51.
7. Procter S, Stewart K, Reeves D, et al. Complex consultations in primary care: a tool for assessing the range of health problems and issues addressed in general practice consultations. *BMC Fam Pract* 2014;15:105.7.
8. Flocke SA, Frank SH, Wenger DA. Addressing multiple problems in the family practice office visit. *J Fam Pract* 2001;50:211-16.
9. Classification Committee of the World Organization of Family Doctors: ICPC-2: International Classification of Primary Care. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press, 1998.
10. Salisbury C, Procter S, Bowen L, Stewart K, Purdy S, Ridd M, Valderas J, Blakeman T, Reeves D: The content of general practice consultations: cross-sectional study based on video-recordings. *Br J Gen Pract* 2013;63:e751–e759.
11. The transition Project <http://www.transhis.nl/>
12. Bettering the Evaluation and Care of Health (BEACH). Family Medicine Research Center, University of Sydney. URL: <http://sydney.edu.au/medicine/fmrc/beach/index.php>