DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

LA CONTRIBUTION DES DIFFÉRENTS TEMPS DE LA CONSULTATION DANS L'ÉTABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Soutenue publiquement le 31 mai 2016
Amina Fouzai - Jaaouani
Née le 18 février 1987

Président de thèse : Pr Jean Pierre Aubert
Directeur de thèse : Dr Didier Duhot

DÉPARTEMENT
MÉDECINE GÉNÉRALE
PARIS 7 DIDEROT

Introduction

- Soins primaires
  - 1er contact du patient avec le système de santé
  - Population non sélectionnée
  - Censés pouvoir répondre à la quasi totalité des problèmes de santé
  - Mis en avant par l'OMS depuis 1978 dans le cadre de la déclaration d'Alma-Ata concernant la stratégie de santé pour tous

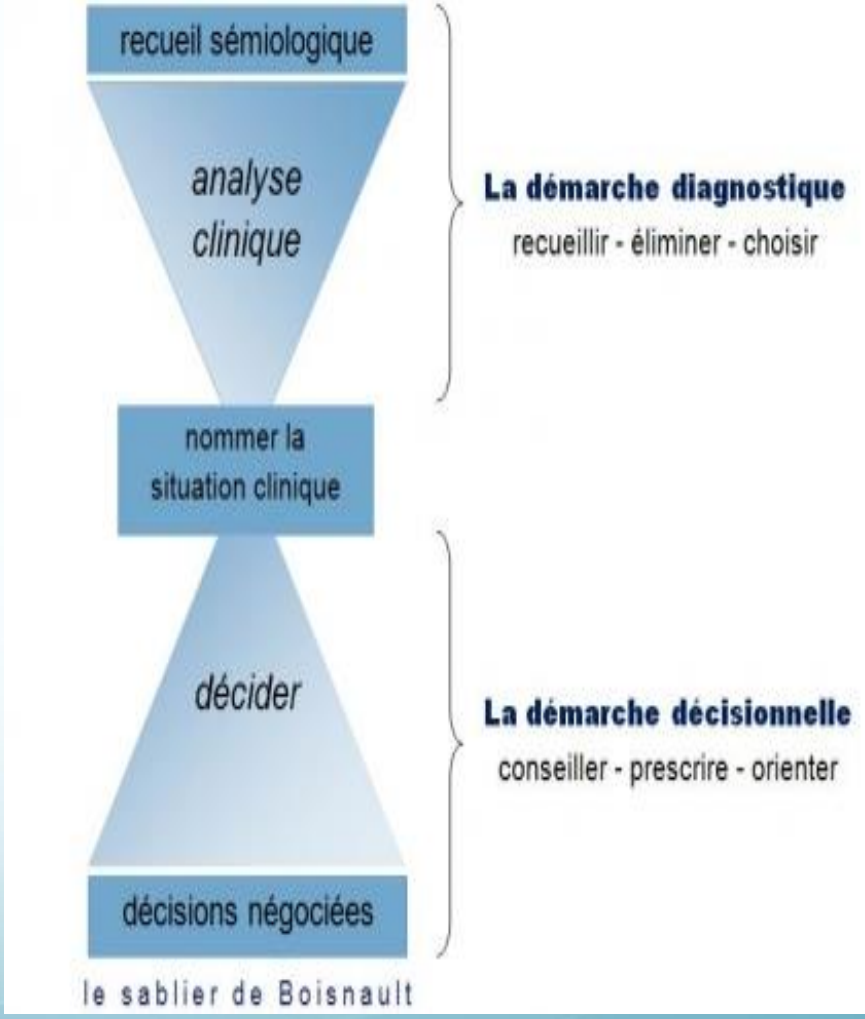
Consultation de médecine générale

=

élément clé des soins primaires en France

Introduction

- La consultation médicale
  - *Démarche diagnostique*
  - *Démarche décisionnelle*
- Temps moyen: **16 min**
- Démarche diagnostique
  - *Recueil des plaintes du patient*
  - *Anamnèse*
  - *Examen clinique*
  - *Prescription et lecture d'examens complémentaires*



Introduction

- Contexte actuel
  - ↘ du nombre de médecins généralistes dans 80 départements français entre 2007 et 2015
  - ↗ de la demande de soins
  - ↗ des dépenses de santé: 243 milliards d'euros (2012)

- Comment optimiser la consultation du médecin généraliste ?

Objectifs

Objectif primaire

Dans quelle mesure les différents temps de la consultation médicale contribuent-ils au diagnostic en consultation de médecine générale ?

Objectif secondaire

L'ordre du recueil des informations en consultation influent-il sur le diagnostic final ?

Matériel et Méthodes

- Revue de la littérature
- Deux bases de données : Pubmed, Refdoc et Littérature grise

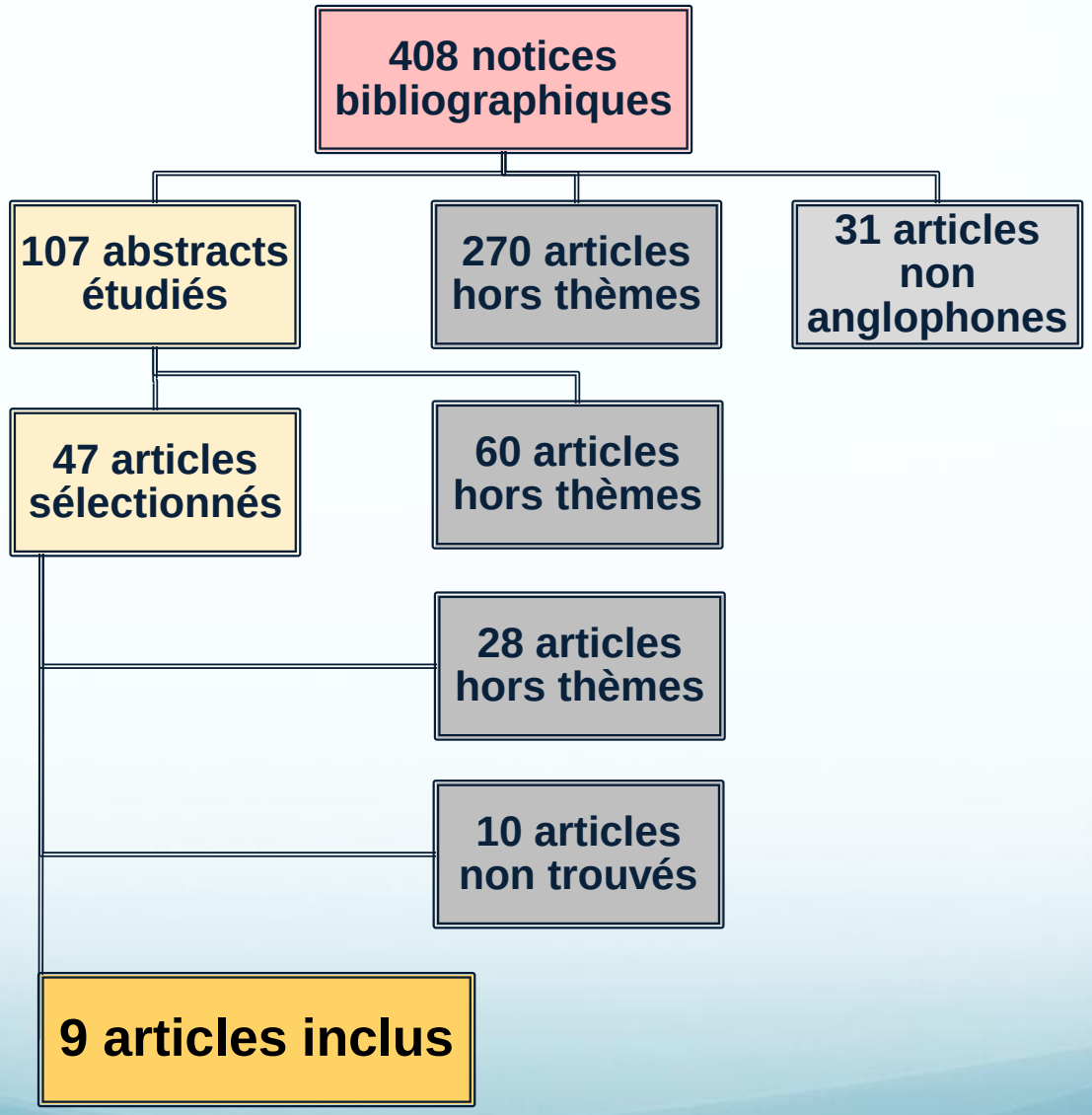
Equation de recherche Pubmed

(Physical Examination [mh:noexp] OR Medical history Taking [mh:noexp]) AND Diagnosis [mh:noexp] AND Humans[mh]

Matériel et Méthodes

Critères d'inclusion	***Critères d'exclusion***
• Les articles de 1975 à avril 2014 • Articles francophones et anglophones • Articles traitant des différents temps de consultation médicale • Etudes cliniques prospectives • Réalisées en clinique de soins primaires ou consultation de médecine générale	• Articles dont le texte n'a pu être trouvé • Articles non anglophones et non francophones • Articles avant ou après les bornes • Articles portant sur d'autres contextes de soins

Flow Chart


408 notices bibliographiques
107 abstracts étudiés
270 articles hors thèmes
31 articles non anglophones
47 articles sélectionnés
60 articles hors thèmes
28 articles hors thèmes
10 articles non trouvés
9 articles inclus

Résultats (1/8)

- 9 articles inclus
- Etudes prospectives
- Consultation de soins primaires

  Médecins généralistes

  Internistes ambulatoires

  Internes ou Résidents en médecine

1er auteur	Année	Type d'étude	Pays
Hampton R	1975	prospective	NP*
Sandler G.	1980	prospective	NP
Gruppen LD	1988	prospective	USA
Peterson M.	1992	prospective	USA
Gruppen LD	1993	prospective	USA
Bergus G.	1998	prospective	USA
Roshan M.	2000	prospective	INDE
Tomoko Tsukamoto	2009	prospective	JAPON
Sibbald	2011	prospective	USA

Tableau 1 : répartition chronologique et géographique des articles inclus dans l'étude.

Résultats (2/8)
Méthodologie des différentes études

Etudes sur médecins généralistes et internistes (N=6)	**Etudes sur les étudiants (N=3)**
Consultation tout venant Recueil des différentes hypothèses diagnostiques après chacun des temps de la consultation médicale • Plainte principale du patient • Anamnèse • Examen clinique • Recueil des examens complémentaires +/- Score de confiance 0 ou 1 à 10 Une étude sur 1 cas clinique	Cas témoins présentés aux étudiants Recueil des différentes hypothèses diagnostiques après chacun des temps de la consultation médicale • Plainte principale du patient • Anamnèse • Examen clinique • Recueil des examens complémentaires +/- Score de confiance 0 à 100 % de certitude

Résultats (3/8)

Plainte principale + Anamnèse

	Etablissement du diagnostic après plainte principale et anamnèse du patient (%)
Hampton	82,5
Sandler	56,0
Peterson	76,0
Gruppen (soins primaires)	95,0
Gruppen (étudiants)	87,0
Sibbald	80,0
Roshan	78,5
Tsukamoto	71,0

Contribution de la plainte principale et de l'anamnèse dans l'établissement du diagnostic en consultation de soins primaires

Majorité des auteurs ont regroupé la plainte principale et l'anamnèse pour exposer leurs résultats

Résultats concordants malgré des lieux et époques différentes

Gruppen → distinction entre les diagnostics établis après :

- Plainte principale : 79 et 70 %
- Anamnèse : 16 et 16,5 %

71 % de nouvelles hypothèses diagnostiques après l'anamnèse selon l'étude de Gruppen

Temps les plus contributifs quelque soit le domaine de pathologie (Sandler)

Résultats (4/8)
Examen clinique

	Etablissement du diagnostic après examen clinique du patient (%)
Hampton	8,7
Sandler	17,0
Peterson	12,0
Gruppen (soins primaires)	<1
Gruppen (étudiants)	1,4
Roshan	8,2
Tsukamoto	18,3

Contribution de l'examen clinique dans l'établissement du diagnostic en consultation de soins primaires

Rôles identifiés de l'examen clinique

- Génération d'hypothèses diagnostiques : 13 % des cas *(Gruppen)*
- Elimination des hypothèses : 16 % des cas *(Gruppen)*
- Accroissement du score de confiance

Résultats(5/8)
Examens complémentaires

	Etablissement du diagnostic après lecture des examens complémentaires (%)
Hampton	5,0
Sandler	5,0
Peterson	11,0
Gruppen (soins primaires)	<1
Roshan	13,0
Tsukamoto	10,0

Contribution des examens complémentaires dans l'établissement du diagnostic en consultation de soins primaires

Hampton
Sur 80 patients, 478 examens complémentaires prescrits
→ utiles au diagnostic dans 5 % des cas

Gruppen
Prescription d'examens complémentaires chez 22 % des patients
→ utiles au diagnostic dans moins de 1% des cas

Sandler
Coût des examens complémentaires réalisés sur les patients dont le diagnostic avait déjà été établi auparavant = 13 000 Dollars US sur une période de 2 ans

Résultats (6/8)
Score de confiance

<u>Score de confiance</u>
Le score de confiance est une évaluation donnée par le médecin interrogé pour classer ses différentes hypothèses diagnostiques
Il s'évalue de façon croissante :
- à partir de 0 ou 1, traduisant une hypothèse diagnostique peu probable
- à 10, hypothèse fortement probable

Ce score a permis, dans les différents articles qui l'utilisent, de mettre en avant l'évolution du niveau de certitude du médecin face à son ou ses hypothèses diagnostiques

Evolution croissante du score de confiance au fil des temps de la consultation

Résultats (7/8)
Erreurs diagnostiques

Table 4. Relative risk of final misdiagnosis based on consideration of the correct diagnosis after history taking or physical examination (N=94)

Correct diagnosis considered	Final correct diagnosis		Relative risk (confidence interval)
	Yes	No	
After history taking			
Yes	49	8	5.0 (2.5-9.8)
No	11	26	
After physical examination			
Yes	55	10	5.4 (3.0-9.7)
No	5	24	

*The relative risk is the extent to which failing to consider the correct diagnosis in differential diagnosis after taking the history or performing physical examination increased the possibility of final misdiagnosis.

Importance de la plainte principale et de l'anamnèse

Si le diagnostic n'est pas établit après ces 2 temps

→ Risque d'erreur diagnostique final multiplié par 5

IC 95 %

Résultats (8/8)
Impact de l'ordre du recueil des informations médicales

Etude de **Bergus** prospective portant sur un cas d'infection urinaire

Les 2 groupes ont reçu la même plainte principale du patient: inconfort urinaire chez une femme jeune → diagnostic d'infection urinaire chez 67 % des médecins

1er groupe recevant anamnèse et examen clinique avant examen urinaire douteux :
Confirmation du diagnostic chez 50,9 % des médecins
Remise en cause du diagnostic chez 16,4 % des médecins

2e groupe recevant examen urinaire douteux avant anamnèse et examen clinique :
Confirmation du diagnostic chez 59,1 % des médecins
Remise en cause du diagnostic chez 8,6 % des médecins

$p = 0.04$

Discussion (1/2)

- Résultats concordants malgré des lieux et époques différentes :
  La plainte principale et l'anamnèse sont les temps les plus contributifs au diagnostic en médecine générale

- <u>Quelques critiques</u>
  - Méthodologie: relecture, 10 articles non trouvés
  - Pas d'étude française
  - La notion de plainte principale n'existe pas en France
  - Seulement 5 études sur des médecins généralistes
  - Disparité entre les résultats trouvés concernant la contribution de la plainte principale + anamnèse

Discussion (2/2)

- Examen clinique et examens complémentaires :

  Rôle dans la réduction de l'incertitude diagnostique

- <u>Quelques critiques</u>
  - Pas d'étude statistique sur le score de confiance
  - Notion de cumul des différents scores de confiance non reproductible en pratique

- Examens complémentaires couteux peu utiles et potentielle source de doute diagnostic

Comment optimiser la consultation du médecin généraliste

- Temps d'écoute active plus important
- Examen clinique ciblé sur les problèmes énoncés par le patient
- Prescription d'examens complémentaires à limiter
- <u>Comment y parvenir</u>

  → Meilleure organisation du temps de consultation

  → Enseignement plus centré sur la clinique

  → Adaptation du mode de rémunération

Perspectives …

- Etudes sur la contribution des différents temps de la consultation de médecine générale dans notre système de soins
- Etude du coût des examens complémentaires prescrits inutilement en médecine générale en France
- Etude sur l'influence d'un résultat d'examen complémentaire douteux dans l'établissement du diagnostic
- Etudes statistiques sur le niveau de certitude diagnostique au fil des temps de la consultation

Merci de votre attention

Amina Fouzai - Jaaouani
Faculté de Médecine Paris 7 Diderot