



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 8 décembre 2022 à Poitiers par
Monsieur James Moreau

**Demander l'avis du patient
quant au diagnostic de son trouble peut-il aider le médecin ?**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Membres : Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT
Monsieur le Docteur François BIRAULT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 8 décembre 2022 à Poitiers par
Monsieur James Moreau

**Demander l'avis du patient
quant au diagnostic de son trouble peut-il aider le médecin ?**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Membres : Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT
Monsieur le Docteur François BIRAULT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL



LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- CROUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 1 an à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémie, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la

- reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

REMERCIEMENTS

À Monsieur Le Professeur Jean-Claude Meurice

*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier en Pneumologie
à la Faculté de Médecine de Poitiers*

Vous me faites l'honneur de présider ce jury,
Veuillez recevoir mes sincères remerciements et toute ma reconnaissance.

*

À Monsieur le Docteur Olivier Kandel

Membre titulaire de la SFMG (Société Française de Médecine Générale)

Vous me faites l'honneur de diriger cette thèse, merci pour votre disponibilité dans ce travail.

*

À Monsieur le Docteur Pierrick Archambault

*Professeur associé de Médecine générale
à Faculté de Médecine de Poitiers*

Vous avez accepté de juger mon travail, c'est pour moi un honneur de vous compter parmi les membres de ce jury.

*

À Monsieur le Docteur François Birault

*Professeur associé de Médecine générale
à Faculté de Médecine de Poitiers*

Vous avez accepté de juger mon travail, c'est pour moi un honneur de vous compter parmi les membres de ce jury.

Aux médecins généralistes qui ont participé à cette étude, les docteurs Julie Chouilly, Aurélie Villeneuve, Anne Renault, Xavier Perot, Angèle Demion, Damien Jouteau, Sebastien Deslestapis, Maxime Berthonneau, Axelle Brenot, Rodolphe Brillard, Axelle Plesant, et Guillaume Ladougne, sans vous ce travail n'aurait été possible. Aux Dr Airelle Planques, Didier Comte, Franck Girault et Florent Guéguen pour vos conseils.

À Karine Furcy et Nicolas Doux du Service de Documentation de la Bibliothèque Universitaire de Poitiers pour votre aide bibliographique.

À Élise Gand du Centre d'Investigation Clinique du CHU de Poitiers pour l'intérêt porté à cette étude et votre aide méthodologique.

Aux Médecins qui m'ont formé, à mes co-internes, pour votre bienveillance.

À ma famille,

À mes parents, pour votre soutien indéfectible toutes ces années.

À mes frères et sœur Sandra, Kenzo et Jordan, croyez en la continuité de ma présence.

À mes grands-parents Maryse, Guy, Paul et Noémie, à mon arrière-grand-mère Lydie, pour tout ce que vous m'avez apporté.

À Jessica et Benoit, pour toujours avoir été là.

À Lola et Loan, Franck, Daly, Élodie, Manon et Mickaël.

À mes amis,

À Thibaut, Dziękuję.

À Laura, Bento, Didier, Sébastien, Hugo, Alexis, Margot, Thomas, Éléonore, Jonathan, et à tous mes « Dogo ».

À Bastien, Florent, Rémi et Thomas.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	8
MATÉRIEL & MÉTHODES	9
RÉSULTATS	11
DISCUSSION	16
CONCLUSION	19
ENCADRE POUR LA PRATIQUE	20
BIBLIOGRAPHIE	28

INTRODUCTION

L'incertitude diagnostique est inhérente à la pratique de la médecine (1). Elle est certes plus fréquente en médecine de ville, mais l'est aussi dans une moindre mesure à l'hôpital. Elle est définie comme la perception de l'incapacité à fournir une explication précise au problème de santé du patient (2). La sociologue Bloy met en avant plusieurs explications à la fréquence de l'incertitude en médecine générale. Elle souligne entre autres que le discours du patient est peu pris en compte au profit d'une prise en charge essentiellement biomédicale et promeut une prise de distance au profit des sciences humaines dans une réelle pratique du colloque singulier (3). Plusieurs études ont été réalisées concernant le ressenti des médecins ou des patients face à l'incertitude et son partage entre médecins et patients (4).

À l'heure du numérique, internet permet un accès plus facile aux informations médicales (5). Il en découle une modification de l'abord des plaintes par le patient. On évoque même l'autodiagnostic (6) qui serait pertinent pour certaines maladies (cystite, pédiculose...). Il est par ailleurs désormais admis de considérer le patient comme partenaire de ses soins ; la notion de décision médicale partagée se généralise dans la pratique médicale (7).

Osler disait au sujet de l'anamnèse, étape clé du raisonnement médical, « Si vous écoutez attentivement le patient, il vous donnera le diagnostic » (8). Plusieurs études ont montré que les médecins coupaient la parole à leurs patients au bout de quelques dizaines de secondes (9) et que le temps d'expression libre du patient ne représente que 11% de la durée totale d'une consultation (10).

En revanche, il existe peu de références sur l'intérêt ou non de prendre en compte l'avis du patient lors des situations d'incertitude diagnostique. De manière subjective, les patients donneraient spontanément leur avis sur le diagnostic possible et cela aurait tendance à régulièrement irriter le médecin. Il semblait donc intéressant de mesurer dans quelle proportion les patients délivrent spontanément leur avis à leur médecin, et dans quelle mesure cet avis est une aide pour ce dernier, lors des situations d'incertitude diagnostique.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive prospective, menée entre avril et mai 2022, auprès de 18 médecins généralistes de la Vienne (86) et de Charente (16). Un message par courriel était adressé aux investigateurs chaque semaine pour maintenir la dynamique de recueil. Pour répondre à la question de recherche 250 cas étaient nécessaires. Le recueil des cas a été réalisé à l'aide d'un questionnaire Google Forms[®]. Pour faciliter le relevé des troubles de santé, et garantir une reproductibilité des résultats, nous avons utilisé un thésaurus standardisé : le Dictionnaire des Résultats de consultation^{® 1}. Ont été incluses toutes les situations aiguës en position d'incertitude. Ont été exclues les situations chroniques, les consultations de suivi d'un même épisode, les patients mineurs, ceux présentant des troubles cognitifs, un déficit intellectuel, ou ne maîtrisant pas le français. Les informations relevées concernaient le patient (genre, âge, catégorie socio-professionnelle), et la spontanéité de leur avis sur leur trouble. Si l'avis n'était pas exposé spontanément, la question « Selon vous qu'est-ce que vous avez ? » leur était posée. L'avis du patient était relevé en texte libre. Ensuite, le médecin qualifiait selon une échelle d'évaluation de Likert en 5 niveaux, si l'avis du patient était une gêne ou une aide. Il relevait aussi le Résultat de consultation (RC) correspondant à la situation clinique. Des commentaires éventuels pouvaient être notés.

Après une phase de pré-test, deux questions ont été retirées : l'une sur le type d'aide apportée par l'avis du patient et l'autre sur son influence sur la prescription. Ces questions posaient un problème de reproductibilité intra et inter-médecins.

Les données ont été transférées dans un fichier Excel[®] pour réaliser les tests statistiques. Afin de réaliser une analyse de l'avis du patient en fonction du diagnostic, chacun d'eux a reçu un score entre -2 pour une gêne importante jusqu'à +2 pour une aide importante (tableau n°1). Un classement des RC a ainsi été réalisé en faisant la somme des scores de chaque occurrence d'un RC.

¹ WebDRC <http://webdrc.sfm.org>

Tableau n° 1 : Calcul du score

Gêne importante	-2
Gêne modérée	-1
Ni l'un, ni l'autre	0
Aide modérée	+1
Aide importante	+2

Enfin, dans un deuxième temps, les résultats ont été présentés aux investigateurs lors d'un focus group en visioconférence (Zoom[®]), afin d'alimenter la discussion des résultats.

RÉSULTATS

Au total, 457 cas cliniques ont été relevés par les 18 médecins de l'étude. Dix-huit cas ont été exclus pour données manquantes. L'échantillon de travail était donc de 439. Parmi les investigateurs, 11 étaient des hommes et 7 des femmes. La moyenne d'âge était de 39 ans, la médiane de 36 ans. La moitié des médecins exerçaient en ville, 5 en milieu rural, et 4 en milieu semi-rural. La moyenne des cas recueillis par personne était de 25, pour une médiane à 18 (max : 75 - mini : 2). Parmi les 439 cas exploitables le sex-ratio était de 0,7 (182 H / 257 F). La répartition des cas selon les tranches d'âges oscillait entre 13 et 19%, à l'exception des plus de 75 ans dont l'échantillon était nettement moindre (figure n°1). Au total, 98 Résultats de consultation différents ont été relevés.

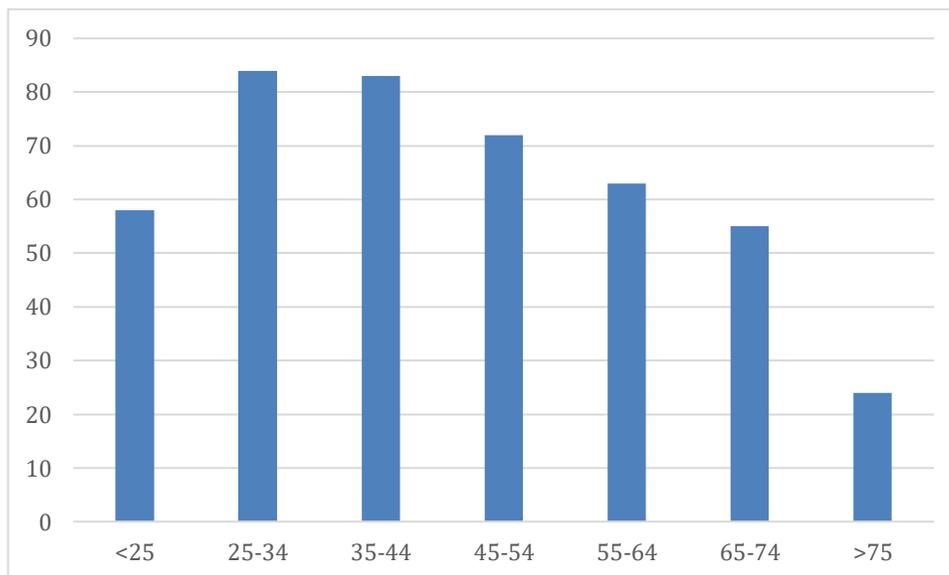


Figure n°1 : Répartition des patients par tranche d'âge

Les employés étaient les plus représentés (30 %) et les artisans et agriculteurs les moins, respectivement 5 et 2%. Les autres catégories professionnelles étaient en proportion comparable : professions intermédiaires (16 %), cadres (15%) et ouvriers (14%). Parmi les 18% sans professions, un tiers étaient étudiants et un quart étaient retraités.

Plus de 8 patients sur 10 avaient un avis concernant leurs affections.

En effet, 362 patients ont donné leur avis quant au trouble de santé dont ils souffraient. Cet avis était donné spontanément dans 67% des cas (295) et 15% lorsqu'on leur demandait (67). Parmi les 77 patients sans avis sur leur affection, 11% n'ont formulé

aucun avis (48) et 7% ont apporté des renseignements seulement descriptifs et non diagnostiques. Ces patients ont donc été exclus du sous échantillon des patients ayant un avis. L'analyse des 82% de patients ayant un avis spontané ne montrait pas de différence statistiquement significative quant aux genres, aux tranches d'âge et aux catégories socioprofessionnelles.

L'avis du patient aidait le médecin plus d'une fois sur deux.

Dans les situations où le patient donnait son avis (362), il était considéré par le praticien comme une aide dans 56% des cas (202). Cette aide était qualifiée d'importante dans 42% des cas (85) et modérée dans 57% (117). A l'inverse, l'avis du patient était considéré comme une gêne une fois sur quatre (86). Cette gêne était importante 1 fois sur 5 (19). Enfin, l'avis du patient n'était considéré ni aidant et ni gênant, dans 20% des cas (74) (figure n°2).

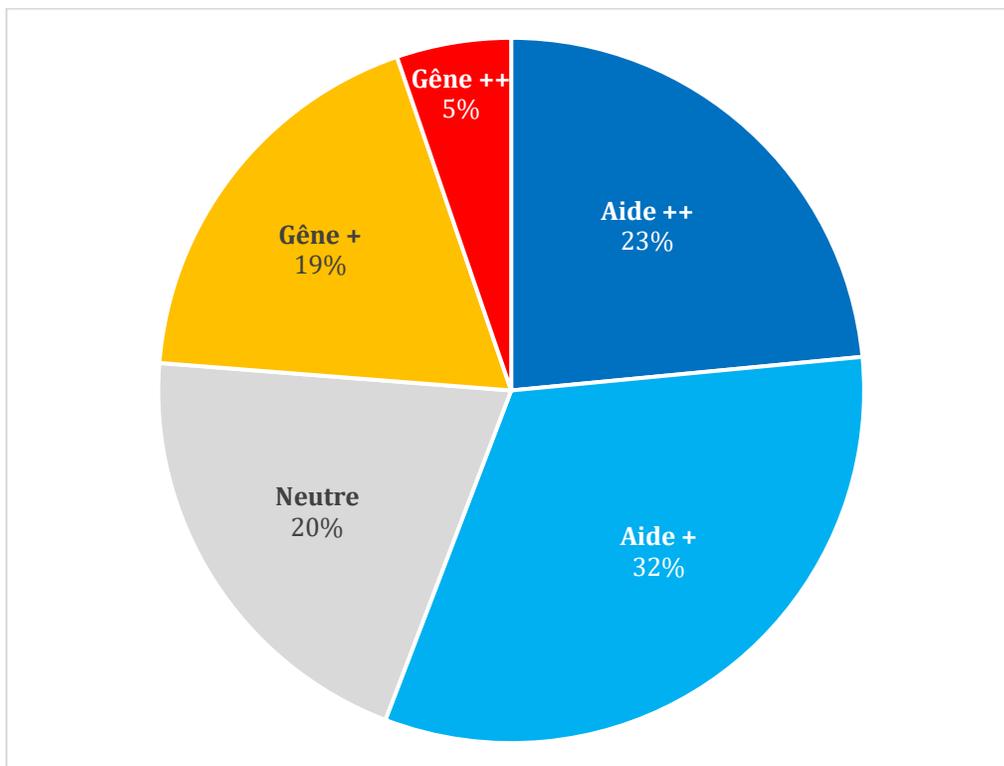


Figure n°2 : Ressenti du médecin quant à l'avis du patient

Les praticiens portaient moins de crédit à l'avis des patients jeunes. Il était en effet considéré comme neutre chez 31% des 25-34 ans contre 20% pour les autres classes d'âge. Les médecins étaient plus souvent gênés par l'avis des patients de plus de 65 ans,

avec 15% de gêne considérée importante contre 3% pour les moins de 65 ans. L'analyse par catégories socio-professionnelles et par genre s'est révélée non contributive.

Pour l'analyse par diagnostics (Résultat de consultation) le classement par le score calculé (-2 gêne importante à +2 aide importante) permettait de les classer par rang d'aide ressenti par les médecins. Le médecin était le plus conforté par l'avis du patient dans les pathologies infectieuses aiguës (état grippal, infection digestive, bronchite aiguë, sinusite), dans la lombalgie et la sciatique, et dans des troubles aussi différents que les affections dentaires, les vertiges ou les hernies (tableau n°2).

Tableau n°2 : RC pour lesquels l'avis du patient était le plus une aide

RC	Nombre de cas	Score	Score moyen
Syndrome viral	44	20	0,5
Infection digestive	15	19	1,3
Lombalgie	16	16	1,0
Pathologie dentaire	9	11	1,2
Rhinite allergique	7	11	1,6
Hernie - éventration	3	9	3,0
Cystite	10	8	0,8
État vertigineux	6	8	1,3
Sciatique	7	7	1,0
Vulvite-vaginite	7	7	1,0
Bronchite aiguë	7	7	1,0
Sinusite	6	7	1,2

Dans la partie haute de ce tableau, les 2 RC pour lesquels les médecins étaient dérangés par l'avis du patient correspondent à des problématiques psychologiques (ANXIÉTÉ – ANGOISSE et TROUBLES SOMATIFORMES). Les RC correspondant à des situations d'urgence (ABDOMEN DOULOUREUX AIGU et THROMBOPHLEBITE DES MEMBRES INFÉRIEURS) faisaient également partie de ceux pour lesquels l'avis du patient était gênant (tableau n°3).

Tableau n°3 : RC pour lesquels l'avis du patient était le plus une gêne

RC	Nombre de cas	Score	Score moyen
Anxiété - angoisse	5	-5	-1,0
Troubles somatoformes	4	-5	-1,3
Abdomen douloureux aigu	2	-4	-2,0
Catarrhe des vas	11	-3	-0,3
Arthropathie	9	-3	-0,3
Asthme	2	-3	-1,5
Néuralgie - névrite	9	-2	-0,2
Otite moyenne	2	-2	-1,0
Paresthésie des membres	2	-2	-1,0
Herpes	2	-2	-1,0
Thrombophlébite des MI	1	-2	-2,0

Enfin, malgré un nombre d'occurrence important, les médecins ne se sentaient pas aidés par l'avis du patient pour les résultats de consultations ANGINE, PLAINTÉ ABDOMINALE et TÉNOSYNOVITE.

Un regroupement des RC par appareil a ensuite été effectué. Une analyse statistique par test de Chi2 ou test de Fischer n'a pu être réalisable du fait du faible effectif de certains regroupements. On note seulement que l'avis du patient confortait le médecin dans les pathologies ORL (PATHOLOGIE DE LA DENT, VERTIGE - ETAT VERTIGINEUX, RHINITE, CÉPHALÉE, GINGIVITE, TRAUMATISME DE L'ŒIL, STOMATITE - GLOSSITE) avec 52% d'aide importante contre 22% pour les autres regroupements de RC. Les médecins étaient dérangés par l'avis du patient pour les pathologies psychiatriques et psychologiques (ANXIÉTÉ - ANGOISSE, TROUBLES SOMATIFORMES, RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE, DYSTHYMIE, PHOBIE...) avec 29% de gêne modérée contre 17% pour les autres types de RC et 24% de gêne importante contre 2% pour les autres RC. Les pathologies digestives et dermatologiques étaient les moins représentées parmi les avis qui embarrassaient le clinicien avec respectivement 10 et 12% de gêne importante et modérée, contre 30% pour les autres regroupements de RC.

Enfin, à la suite du recueil, un focus group en visioconférence a été organisé afin de présenter aux investigateurs les résultats et recueillir leurs avis. Les participants n'ont pas été particulièrement surpris par les résultats. En revanche, ils l'ont été par la fréquence de l'avis donné (8 fois sur 10) et la proportion d'avis aidant (56% des cas). Plusieurs confrères témoignaient qu'ils ne prenaient jusqu'alors peu en compte l'avis du

patient, et seulement dans les situations où ils en voyaient une nécessité importante. Quelques difficultés dans le déroulé du recueil et la différence d'habitudes de pratique concernant l'utilisation du DRC® ont été évoqué.

DISCUSSION

Cette étude prospective restreinte à 18 médecins investigateurs a permis de relever 457 consultations. Les caractéristiques des investigateurs correspondaient à la répartition actuelle quant au genre et aux lieux d'exercice : urbain, semi-rural et rural (11). En revanche, la moyenne d'âge des confrères (36 ans) était inférieure à la moyenne nationale (55 ans).

Les caractéristiques en ce qui concerne l'âge et la catégorie socioprofessionnelle des patients n'étaient pas fondamentalement différentes de celles retrouvées dans les données nationales (12). Il en était de même concernant le sexe-ratio (13). L'utilisation d'un thésaurus standardisé (DRC®) pour relever les situations cliniques a facilité l'homogénéité des données intra et inter-médecins, même si l'ensemble des investigateurs n'étaient pas coutumiers de cet outil. Un total de 98 Résultats de consultations différents a été recueilli parmi les 275 contenus dans le Dictionnaire des RC®. Ainsi, un peu plus du tiers de l'ensemble des RC du Dictionnaire a été relevé, alors que la durée de l'étude était courte et ne portait que sur les situations aiguës. Ces 98 RC correspondaient aux RC les plus fréquemment rencontrés en pratique courante (14).

L'échantillon des cas cliniques était suffisant pour répondre à la question principale : le patient donnait facilement son avis sur son trouble de santé. Deux tiers des 80% de patients qui donnaient leur avis le faisait même spontanément. L'a priori selon lequel l'avis du patient pouvait déranger le médecin semble infirmé. En effet, l'avis était considéré comme aidant plus d'une fois sur deux, alors qu'il n'était gênant que dans 23% des cas. Sachant que l'anamnèse quand elle est bien menée, oriente le médecin sur le bon diagnostic dans plus de 85% des cas (15), l'apport de la simple prise en compte de l'avis du patient paraît pertinent.

La faiblesse des sous échantillons n'a pas permis de mettre en évidence de différence quant à l'avis du patient selon son genre et sa catégorie socio-professionnelle. Pour ce qui est de l'âge, les causes du manque de crédit porté par les médecins à l'avis des patients les plus jeunes, peuvent éventuellement s'expliquer (focus group) par le manque d'expérience de ses troubles, un moindre recul sur celui-ci, le fait aussi qu'il n'était pas toujours connu du médecin ou par une difficulté d'ordre communicationnel. Ce résultat

est contraire à une des hypothèses de départ envisageant l'avis des jeunes patients comme plus aisément aidant.

Le regroupement de RC bien qu'arbitraire permet de suggérer des tendances. La connaissance, l'expérience antérieure du problème de santé ou la simplicité du tableau clinique, peuvent expliquer l'apport important de l'avis du patient dans ces situations. On pense aux infections aiguës des voies aériennes (état grippal, bronchite, sinusite...), aux lombosciatiques, pathologies dentaires, rhinites allergiques et autres hernies inguinales. Contrairement à une hypothèse initiale, l'avis du patient est une aide dans les consultations de vertige, situations pourtant délicates pour le médecin. L'avis du patient est plus logiquement une aide dans les situations de CYSTITE-CYSTALGIE, comme le suggère d'autres études (16), mais également dans la VULVITE-VAGINITE ce qui n'est pas retrouvé dans la littérature (17). Les médecins se sont sentis plus gênés par l'avis des patients âgés de plus de 65 ans. Les praticiens gardent-ils une réserve face à ce qu'ils considéreraient comme des avis trop tranchés, liés à une confiance en soi parfois excessive chez ces patients ? L'association concomitante de plusieurs problèmes de santé aigus et chroniques dans la même consultation (18) peut aussi perturber la communication et la prise en compte de l'avis du patient.

Le médecin est plus souvent gêné dans les situations d'urgence (ABDOMEN DOULOUREUX AIGU...). Il va de soi que l'espace de liberté laissé aux patients dans ces situations critiques est restreint, l'avis du patient entrant moins en compte dans la décision finale. Le praticien est également gêné devant les RC NEVRALGIE - NEVRITE, HERPES ET PARESTHÉSIES DES MEMBRES. Dans ces tableaux, la différence entre le savoir profane et professionnel explique sans doute cette gêne. Pour l'otite, une explication viendrait du décalage entre la prégnance de la douleur ressentie par le patient et la nécessité pour le médecin d'objectiver le trouble par un examen physique. L'avis du patient quant aux pathologies psychologiques a perturbé les médecins. Ceci est à mettre en parallèle avec la difficulté face aux troubles somatoformes. Dans ces situations très fréquentes, il n'est pas rare que médecin et patient se trouvent tous deux en difficultés (19). Summerton souligne même que « lorsque les patients cherchent à diagnostiquer un processus physiologique normal, l'autodiagnostic est voué à l'échec » (20). L'avis du patient est aussi considéré comme gênant pour des RC dit d'attente, de type symptomatique ou syndromique, peu caractérisé, comme ARTHROPATHIE. La grande incertitude diagnostique fait que le patient ici peut faiblement aider son médecin. Pour le

RC CATARRHE DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES, une variabilité d'utilisation du DRC® par les investigateurs semble une explication. L'asthme quant à lui relève d'une notion connue, liée à gestion de la prise en charge de cette maladie par patient et médecin. Tous deux, pour des raisons différentes, se cantonnant souvent dans des conduites de prise en charge d'un trouble aigu, alors qu'il s'agit d'une maladie chronique (21).

Un biais de recueil est envisageable par le fait que toutes les données ont été recueillies uniquement par les médecins, rendant possible une éventuelle interprétation de l'avis du patient. On pense aux notions de langage vernaculaire versus véhiculaire et de savoir profane versus professionnel. Les médecins ont aussi noté qu'il leur semblait avoir moins recueilli les situations d'urgence, préoccupés alors par la gestion de leur consultation. Enfin, quelques difficultés ont été rencontrées lors de l'étude. D'une part, l'impression pour certains d'un manque de clarté dans la définition de l'incertitude diagnostique et d'autre part, pour quelques investigateurs le manque d'expérience en routine de la nomenclature utilisée (DRC®).

CONCLUSION

L'incertitude diagnostique est une problématique fréquente en médecine générale. Elle est souvent perçue comme une difficulté. Malgré le nombre d'études important à son sujet, il y a peu de données concernant l'apport éventuel de l'avis du patient sur le diagnostic de son trouble.

L'étude confirme que le patient possède très fréquemment un avis sur son affection (82%). Cet avis est considéré comme une aide par le médecin près d'une fois sur deux. L'aide est de plus considérée comme importante dans 42% de ces cas favorables. A contrario, les rares cas où l'avis du patient est considéré comme une gêne importante (5%) valorisent la place du clinicien dans sa position d'expert.

Notre étude n'a pas permis de mettre évidence de différence de ressenti du médecin quant à l'avis du patient selon le genre et la catégorie socioprofessionnelle de ce dernier. Le médecin semble plus gêné par l'avis des patients de plus de 65 ans. Il porte moins de crédit aux patients les plus jeunes. L'avis du patient est souvent une aide dans les pathologies infectieuses, dans la lombalgie et la sciatique et dans des troubles variés comme les affections dentaires, les vertiges ou les hernies. L'avis du patient est perçu comme une gêne dans les situations d'affections psychologiques et d'urgence.

Ce travail suscite des questions qui pourraient justifier d'autres études. D'abord, confirmer ces résultats par une étude à plus grand échelle et pouvoir croiser les données entre types de diagnostics et caractéristiques des patients, mais aussi savoir si l'expérience antérieure de soins par le patient est un facteur de qualité de son avis, ou encore étudier les situations de discordance entre l'avis du patient et celui du médecin.

ENCADRE POUR LA PRATIQUE

Le patient donne facilement son avis sur le diagnostic des troubles qu'il présente au médecin (8 consultations sur 10). Cet avis se révèle être plus d'une fois sur deux une aide aux yeux du médecin. Il n'est gênant qu'une fois sur 5 et jugé très perturbant dans 5% des cas. La simple prise en compte de l'avis du patient serait donc une aide peu coûteuse et parfois précieuse dans les situations fréquentes d'incertitude diagnostique.

Cet article a reçu un avis favorable du Comité de lecture de la **Revue MEDECINE** (JOHN LIBBEY EUROTTEXT) et devrait être publié courant 2023.



RÉSUMÉ

Introduction : L'incertitude diagnostique est une problématique fréquente en médecine générale. Elle est souvent perçue comme une difficulté. Par ailleurs, il existe peu de références sur l'intérêt de prendre en compte l'avis du patient lors des situations d'incertitude diagnostique. Il semblait intéressant de mesurer dans quelle proportion les patients délivrent leur avis à leur médecin, et si cet avis est une aide pour ce dernier.

Méthode : L'étude s'est déroulée en deux temps. Une étude descriptive prospective, menée auprès de 18 médecins généralistes de la Vienne et de Charente. L'analyse a porté sur un échantillon de 457 consultations en situation d'incertitude diagnostique. Les variables sur le patient concernaient : le genre, l'âge, la catégorie socio-professionnelle et la spontanéité de son avis. Les médecins qualifiaient selon l'échelle de Likert en 5 niveaux, si l'avis du patient était une gêne ou une aide. Ils relevaient aussi les « diagnostics ». Dans un deuxième temps, les résultats ont été présentés aux investigateurs lors d'un focus group en visioconférence, afin d'alimenter la discussion des résultats.

Résultats : Plus de 8 patients sur 10 avaient un avis concernant leurs affections. Cet avis était donné spontanément dans 67% des cas. Il était considéré par le praticien comme une aide dans 56% des cas. A l'inverse, il était considéré comme une gêne une fois sur quatre. Cette gêne était importante dans 5% des situations. Le clinicien porte moins de crédit à l'avis des patients de moins de 35 ans. En outre, il est plus gêné par l'avis des patients âgés de plus de 65 ans. L'avis du patient est perçu comme une aide marquante dans les pathologies infectieuses, les pathologies ORL, la cystite, la vulvite, les lombalgies, les sciatiques et dans les hernies. L'avis est considéré comme plus souvent gênant face aux problématiques psychologiques et dans les situations d'urgence.

Discussion : Cette étude atteste que les patients sont disposés à donner leur avis sur le trouble qu'il présente. De plus, les médecins considéraient que cet avis les aidait plus d'une fois sur deux. La simple prise en compte de l'avis du patient serait donc une aide peu coûteuse et parfois précieuse dans les situations d'incertitude diagnostique.

Mots clés : médecine générale, incertitude diagnostique, avis du patient, interrogatoire, anamnèse.

ABSTRACT

Introduction: Diagnostic uncertainty is a frequent problem in general practice. It is often perceived as an issue. But there are not many references on the interest of taking the patient's opinion into account in situations of diagnostic uncertainty. It seemed interesting to measure in what proportion patients give their opinion to their doctor, and if this opinion is a help for him or not.

Method: The study was realized in two steps. A prospective descriptive study, conducted with 18 general practitioners in the Vienne and Charente French departments. The analysis was based on a sample of 457 consultations in a situation of diagnostic uncertainty. The information collected concerned the patient (gender, age, socio-professional category), the spontaneity of their opinion on their disorder, if it was helping or not according to a Likert evaluation scale, and the consultation result. In a second step, the results were presented to the investigators with the aim of received their perceptions during a focus group by videoconference.

Results: More than 8 out of 10 patients had an opinion about their conditions. This advice was given spontaneously in 67% of cases. It was considered by the practitioner as a help in 56% of cases. Conversely, the patient's opinion was considered a hindrance one time out of four. This inconvenience was significant in 5% of cases. The clinician gave less importance to the opinion of patients under 35. Moreover, he was more annoyed by the opinion of patients over 65. The patient's point of view is perceived as a significant help in infectious pathologies, ENT pathologies, cystitis, vulvitis, low back pain, sciatica and hernias. The doctor is embarrassed by the patient's opinion when he presents psychological disorder and in emergency situations.

Discussion: This study confirms the patient has a spontaneous opinion on his disorder. More than one out of two times, the physician considers that he is helped by the patient's point of view. To conclude, the only consideration of the patient's opinion would be an inexpensive and sometimes valuable aid in frequent situations of diagnostic uncertainty.

Keywords: general practitioner, diagnostic uncertainty, patient opinion, questioning, history taking

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des 98 résultats de consultations relevés lors du recueil

1. ABDOMEN DOULOUREUX AIGU
2. ADENOPATHIE - ADENITE
3. AMENORRHEE-OLIGOMENORRHEE-HYPOMENORRHEE
4. ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)
5. ANXIETE - ANGOISSE
6. ARTHROPATHIE
7. ARTHROSE
8. ASTHENIE
9. ASTHME
10. BRONCHITE AIGUË
11. CANAL CARPIEN (SYNDROME DU)
12. CANCER
13. CATARRHE DES VOIES RESPIRATOIRES
14. CEPHALEE
15. CERVICALGIE
16. CHALAZION
17. CIRRHOSE DU FOIE
18. COL UTERIN (ANOMALIE DU)
19. COLIQUE NEPHRETIQUE
20. COLOPATHIE FONCTIONNELLE
21. CONJONCTIVITE
22. CONSTIPATION - FECALOME
23. COR - DURILLON
24. CRAMPE MUSCULAIRE (DOULER INTERCOSTALE)
25. CYSTITES
26. DENT (PATHOLOGIE DE LA)
27. DERMATOPHYTOSE
28. DERMATOSE
29. DHL-Maladie de Verneuil
30. DIARRHEE ET/OU VOMISSEMENT
31. DORSALGIE
32. DOULEUR NON CARACTERISTIQUE
33. DOULEUR PELVIENNE
34. DYSMENORRHEE
35. DYSPNEE
36. DYSTHYMIE
37. ECZEMA

38. ENTORSE
39. EPAULE (TENDINOPATHIE)
40. EPICONDYLITE
41. EPIGASTRALGIE
42. ERYSIPELE
43. ETAT MORBIDE NON CARACTERISTIQUE
44. FOLLICULITE-FURONCLE
45. GINGIVITE
46. GOUTTE
47. HEMATURIE
48. HEMORROIDE
49. HERNIE - EVENTRATION
50. HERPES
51. IATROGENIE
52. INTERTRIGO
53. JAMBES LOURDES
54. KYSTE SEBACE
55. LOMBALGIE
56. MALAISE - EVANOUISSEMENT
57. MUSCLE (ELONGATION-DECHIRURE)
58. MYALGIE
59. NEVRALGIE-NEVRITE
60. OEIL (TRAUMATISME)
61. ORGELET
62. OTITE EXTERNE
63. OTITE MOYENNE
64. PANARIS
65. PARASITOSE DIGESTIVE
66. PARESTHESIE DES MEMBRES
67. PHOBIE
68. PIQURE D'INSECTE
69. PITYRIASIS ROSE DE GIBERT
70. PITYRIASIS VERSICOLOR
71. PLAIE
72. PLAINTE ABDOMINALE
73. PNEUMOPATHIE AIGUE
74. POLLAKIURIE
75. PROSTATITE
76. PRURIT GENERALISE
77. PSORIASIS
78. PYELONEPHRITE AIGUE
79. REACTION A SITUATION EPROUVANTE
80. REFLUX-PYROSIS
81. RHINITE
82. SCIATIQUE

83. SEIN
84. SINUSITE
85. SOMATOFORMES (TROUBLES)
86. STOMATITE - GLOSSITE
87. SYNDROME ROTULIEN
88. TARSALGIE - METATARSALGIE
89. TENOSYNOVITE
90. THROMBOPHLEBITE DES MEMBRES INFERIEURS
91. TOUX
92. TUMEFACTION
93. URTICAIRE-OEDEME DE QUINCKE
94. UTERUS (HYPERTROPHIE - FIBROME)
95. VARICES DES MEMBRES INFERIEURS
96. VERTIGE - ETAT VERTIGINEUX
97. VULVITE-VAGINITE
98. ZONA

Annexe 2 : Formulaire à remplir par les médecins

Le questionnaire était présenté sous Google Forms®.

1. Adresse électronique valide

2. Genre

- Homme
- Femme

3. Âge

- < 25 ans
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55-64
- 65-74
- > 75 ans

4. Catégories socioprofessionnelles

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Autres personnes sans activité professionnelle

5. Avis du patient spontanément donné ?

(Si non donné spontanément, question type : Selon vous qu'est-ce que vous avez ?
Selon vous qu'est-ce que c'est ?)

- Oui (avis donné spontanément)
- Non (avis donné après question)
- Le patient n'a pas d'avis

6. Avis du patient (en texte libre)

7. L'avis du patient est :

- Une gêne importante
- Une gêne modérée
- Ne se prononce pas
- Une aide modérée
- Une aide importante

8. Diagnostic (DRC)

Mieux qu'en texte libre, le WebDRC® pour vous aider au choix :



9. Diagnostic (texte libre)

Si codage DRC difficile

10. Commentaires éventuels

Facultatif

BIBLIOGRAPHIE

- 1- O’Riordan M, Dahinden A, Aktürk Z, Ortiz JMB, Dağdeviren N, Elwyn G, et al. Dealing with uncertainty in general practice: an essential skill for the general practitioner. *Qual Prim Care*. 2011;19(3):175-81.
- 2- Bhise V, Rajan SS, Sittig DF, Morgan RO, Chaudhary P, Singh H. Defining and Measuring Diagnostic Uncertainty in Medicine: A Systematic Review. *J Gen Intern Med*. janv 2018;33(1):103-15.
- 3- Bloy G. L’incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sci Soc Sante*. 2008 ; Vol. 26(1) : 67-91.
- 4- Moegle S. Le partage de l’incertitude entre médecin et patient. Thèse d’exercice Université de Strasbourg ; 2019.
- 5- Nabarette H. L’internet médical et la consommation d’information par les patients. *Réseaux*. 2002;114(4):249-86.
- 6- Pilger D, Khakban A, Heukelbach J, Feldmeier H. Self-diagnosis of active head lice infestation by individuals from an impoverished community: high sensitivity and specificity. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. avr 2008;50(2):121-2.
- 7- Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals’ perceptions. *Patient Educ Couns*. déc 2008;73(3):526-35.
- 8- Osler W, Bean RB, Bean WB. Sir William Osler aphorisms: from his bedside teachings and writings. New York: Schuman; 1950.
- 9- Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient’s agenda: have we improved? *JAMA*. 20 janv 1999;281(3):283-7.
- 10-Langewitz W, Denz M, Keller A, et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *Br Med J* 2002;325:682-3.
- 11-Densité de médecins généralistes libéraux. Insee, Base permanente des équipements 2020, Recensement de la population 2018.
- 12-Population selon le sexe, le statut d’activité et la catégorie socioprofessionnelle. Insee Enquête. [cité 30 sept 2022]. Disponible sur : www.insee.fr/fr/statistiques/2381478
- 13-Polton D. Égalité femmes - hommes en matière de santé et de recours aux soins. *Regards*. 2016;50(2):35-45.

- 14-Chouilly J, Villeneuve A, Kandel O. La médecine générale : si vous saviez ! Un portrait par l'Observatoire de la médecine générale. GMSanté édition. 2022. 175 pages.
- 15-Anvik T. Is the first idea a good idea? *Exercer* 1997 ; numéro spécial recherche :14.
- 16-Gupta K, Hooton TM, Roberts PL, Stamm WE. Patient-initiated treatment of uncomplicated recurrent urinary tract infections in young women. *Ann Intern Med.* 3 juill 2001;135(1):9-16.
- 17-Sihvo S, Ahonen R, Mikander H, Hemminki E. Self-medication with vaginal antifungal drugs: physicians' experiences and women's utilization patterns. *Fam Pract.* avr 2000;17(2):145-9.
- 18-Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boisnault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? *Revue du Praticien Médecine Générale* 2004;tome18,n°656/657:781-84.
- 19-Verhaak PFM, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract.* août 2006;23(4):414-20.
- 20-Summerton N. *Primary Care Diagnostics: The Patient-centred. Approach in the New Commissioning Environment.* Radcliffe; 2011. 2018 p.
- 21-Clerc P, Lebreton J, Mousques J, Hebbrecht G, de Pourvouville G. Typologie des pathologies chroniques en médecine générale. *Pratiques et Organisation des Soins* volume 39 n°1 / janvier mars 2008.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RÉSUMÉ

Introduction : L'incertitude diagnostique est une problématique fréquente en médecine générale. Elle est souvent perçue comme une difficulté. Par ailleurs, il existe peu de références sur l'intérêt de prendre en compte l'avis du patient lors des situations d'incertitude diagnostique. Il semblait intéressant de mesurer dans quelle proportion les patients délivrent leur avis à leur médecin, et si cet avis est une aide pour ce dernier.

Méthode : L'étude s'est déroulée en deux temps. Une étude descriptive prospective, menée auprès de 18 médecins généralistes de la Vienne et de Charente. L'analyse a porté sur un échantillon de 457 consultations en situation d'incertitude diagnostique. Les variables sur le patient concernaient : le genre, l'âge, la catégorie socio-professionnelle et la spontanéité de son avis. Les médecins qualifiaient selon l'échelle de Likert en 5 niveaux, si l'avis du patient était une gêne ou une aide. Ils relevaient aussi les « diagnostics ». Dans un deuxième temps, les résultats ont été présentés aux investigateurs lors d'un focus group en visioconférence, afin d'alimenter la discussion des résultats.

Résultats : Plus de 8 patients sur 10 avaient un avis concernant leurs affections. Cet avis était donné spontanément dans 67% des cas. Il était considéré par le praticien comme une aide dans 56% des cas. A l'inverse, il était considéré comme une gêne une fois sur quatre. Cette gêne était importante dans 5% des situations. Le clinicien porte moins de crédit à l'avis des patients de moins de 35 ans. En outre, il est plus gêné par l'avis des patients âgés de plus de 65 ans. L'avis du patient est perçu comme une aide marquante dans les pathologies infectieuses, les pathologies ORL, la cystite, la vulvite, les lombalgies, les sciatiques et dans les hernies. L'avis est considéré comme plus souvent gênant face aux problématiques psychologiques et dans les situations d'urgence.

Discussion : Cette étude atteste que les patients sont disposés à donner leur avis sur le trouble qu'il présente. De plus, les médecins considéraient que cet avis les aidait plus d'une fois sur deux. La simple prise en compte de l'avis du patient serait donc une aide peu coûteuse et parfois précieuse dans les situations d'incertitude diagnostique.

Mots clés : médecine générale, incertitude diagnostique, avis du patient, interrogatoire, anamnèse.