

Réalisation d'examens pour tranquilliser le patient

Tom Poelman, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

Texte sous la responsabilité de la rédaction néerlandophone

Lorsqu'en fonction des symptômes et signes cliniques présents chez un patient, le médecin de famille juge que la probabilité d'un diagnostic sévère atteint un certain degré de certitude (le seuil d'action), il instaure un traitement ou adresse le patient à l'échelon suivant¹. Ainsi par exemple, les patients cardiaques présentant une douleur thoracique aiguë seront immédiatement orientés vers un service des urgences. Mais généralement, les patients consultent leur médecin de famille pour toutes sortes de troubles qui, le plus souvent, ne sont pas dus à une affection sévère ou même n'ont pas d'explication médicale. Une étude observationnelle a montré que les plaintes médicales inexplicables représentent 13% des consultations chez le médecin généraliste². Lorsque le médecin estime que la probabilité d'un diagnostic sévère est plutôt faible (c'est-à-dire que le seuil d'exclusion est atteint), il pourrait tout de suite tranquilliser le patient¹. Or, dans ces circonstances, les médecins demandent encore souvent des examens complémentaires. Les plaintes qui n'ont pas d'explication médicale pourraient même doubler la probabilité de demande d'examens complémentaires au cours des consultations².

Une récente synthèse méthodique³ a voulu savoir si les patients présentant des symptômes indiquant un risque a priori peu élevé de maladie grave, pouvaient être plus tranquilisés par des examens complémentaires. Les auteurs de la synthèse méthodique ont trouvé 14 études contrôlées randomisées comparant un examen diagnostique et les soins habituels ou un traitement empirique, totalisant 3828 patients se plaignant de dyspepsie (N=8), de lombalgies (N=3), de céphalées (N=1), de palpitations (N=1) ou de douleurs thoraciques (N=1). Les examens diagnostiques demandés par les médecins étaient respectivement une gastroscopie, une radiographie du dos, une IRM du cerveau et un ECG. La plupart des études se sont déroulées en première ligne. Trois études examinant l'influence sur l'anxiété liée à la maladie et deux études examinant l'influence sur l'anxiété non spécifique n'ont pas montré d'effet significatif des examens complémentaires. Dans 10 études, on n'a pas observé sur le long terme de diminution des symptômes persistants. Après sommation de 9 études, on a constaté une petite diminution du nombre de nouvelles consultations, mais un NST pour éviter une consultation supplémentaire variant de 16 à 26 en fonction du symptôme. Dans une tentative d'expliquer l'absence surprenante de résultats positifs en ce qui concerne la tranquillisation, les auteurs font référence au caractère passager du soulagement émotionnel du patient qui apprend que le résultat du test est négatif alors qu'il jouit d'un soulagement cognitif durable lorsqu'il obtient des informations de qualité sur sa santé. Le caractère transitoire de l'effet tranquilisant du résultat négatif des examens diagnostiques a déjà été démontré dans des études antérieures⁴. Par contre, l'éducation pour la santé vise à long terme la responsabilisation du patient. Donner des informations suppose notamment de remédier à la mauvaise compréhension concernant la maladie et à une estimation incorrecte de la valeur des examens diagnostiques, et de faire savoir qu'après avoir exclu les symptômes qui pourraient être alarmants, l'évolution de beaucoup de plaintes est généralement favorable. De bonnes informations sont suivies par une décision partagée concernant la stratégie à suivre ultérieurement (temporisation, entretien suivant en absence d'amélioration...)⁵.

Outre le peu d'importance de l'effet tranquilisant des examens complémentaires sur les symptômes d'anxiété, la synthèse méthodique montre aussi que des examens inutiles favorisent la somatisation et diminuent encore plus le seuil des plaintes physiques. Une des études contrôlées randomisées que Minerva a déjà analysée dans le passé illustre très bien ce phénomène^{6,7}. Parmi les patients souffrant de lombalgies subaiguës, ceux qui ont passé une radiographie présentaient, après 3 mois, plus de plaintes dorsales que les patients chez qui avait été instaurée une prise en charge habituelle. La satisfaction des patients sur le long terme était bien meilleure avec la radiographie, mais, dans l'analyse, nous avons mis en doute le fait que cela serait explicitement la conséquence de la radiographie elle-même. En effet, d'autres aspects de la relation médecin-malade peuvent avoir contribué à ce résultat. Peut-être en effet les patients qui ont passé une radiographie ont-ils reçu plus d'informations sur la lombalgie et peut-être est-ce cette tranquillisation cognitive qui a amélioré la satisfaction sur le long terme. Une étude chez des patients présentant des plaintes médicalement inexplicables a pu montrer que la thérapie comportementale cognitive par le médecin généraliste a une influence positive sur la santé et sur l'absentéisme^{8,9}.

Une dernière explication pour le caractère limité de l'effet tranquilisant des examens complémentaires est qu'au début de la consultation, les médecins, à tort, partent du principe que les patients attendent un examen complémentaire pour être tranquilisés¹⁰. Il paraît évident que, chez un patient qui n'attend pas d'examen complémentaire, ce dernier n'aura que peu d'effet tranquilisant, bien au contraire. Minerva a déjà amplement débattu de l'importance d'identifier les idées, les préoccupations et les attentes du patient et l'intégration dans le conseil^{6,11}, et nous voulons encore insister sur ce point dans ce contexte.

Références

1. Stolper CF, Rutten AL, Dinant CJ. Hoe verloopt het diagnostisch denken van de ervaren huisarts? *Huisarts Wet* 2005;48:16-9.
2. Van der Weijden T, van Velsen M, Dinant CJ, et al. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations and professionals' test-ordering behavior. *Med Decis Making* 2003;23:226-31.
3. Rolfe A, Burton C. Reassurance after diagnostic testing with low pretest probability of serious disease. *JAMA Intern Med* 2013;173:407-16.
4. Luccock MP, Morley S, White C, Peake MD. Responses of consecutive patients to reassurance after gastroscopy: results of self administered questionnaire survey. *BMJ* 1997;315:572-5.
5. van Driel M. Evidence-based medicine: het perspectief van de patiënt. [Editoriaal] *Minerva* 2000;29(9):412-3.
6. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, et al. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;322:400-5.
7. Dewachter J. Faut-il demander une radiographie en cas de lombalgie? *MinervaF* 2003;2(3):50-1.
8. Van Mechelen W. Thérapie comportementale cognitive pour des plaintes médicales inexplicables ? *MinervaF* 2008;7(4):54-5.
9. Blankenstein AH, van der Horst HE, Schilte AF, et al. Development and feasibility of a modified reattribution model for somatising patients, applied by their own general practitioners. *Patient Educ Couns* 2002;47:229-35.
10. Little P, Dorward M, Warner C, et al. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ* 2004;328:444.
11. Poelman T. Quand le patient et le médecin ont des attentes différentes... [Editoriaal] *MinervaF* 2011;10(5):53.