Le résumé écrit de l'entretien médical

La communication écrite des étudiants en médecine

Eva Pfarrwaller

Programme des Compétences Cliniques

16.12.2011

Revue de la littérature

Types of Medical Writing and Teaching of Writing In U.S. Medical Schools

Karin L. Yanoff and Fredric D. Burg, M.D.

Journal of Medical Education VOL. 63, JANUARY 1988

On the recording of notes: information from patients is of little use if not recorded

Fiona Moss,[1] Edwina Brown[2]

Postgrad Med J 2009 Vol 85 No 1010

Comparison of the history obtained by patient-completed questionnaires with doctors' standard notes for patients with acute abdominal pain

B Saravanan,[1] R Muhammad,[1] R Geach,[2] L R Jenkinson[1]

Postgrad Med J 2009;**85**:634–636.

Medical Student Documentation in the Medical Record: A Liability?

Peter Gliatto, MD,[1] Philip Masters, MD,[2] and Reena Karani, MD[1]

Do Students Do What They Write and Write What They Do? The Match between the Patient Encounter and Patient Note

Karen M. Szauter, Michael A. Ainsworth, Mark D. Holden, and Anita C. Mercado

Acad Med. 2006;81(10 Suppl):S44–S47.

Evaluation of the Congruence Between Students' Postencounter Notes and Standardized Patients' Checklists in a Clinical Skills Examination

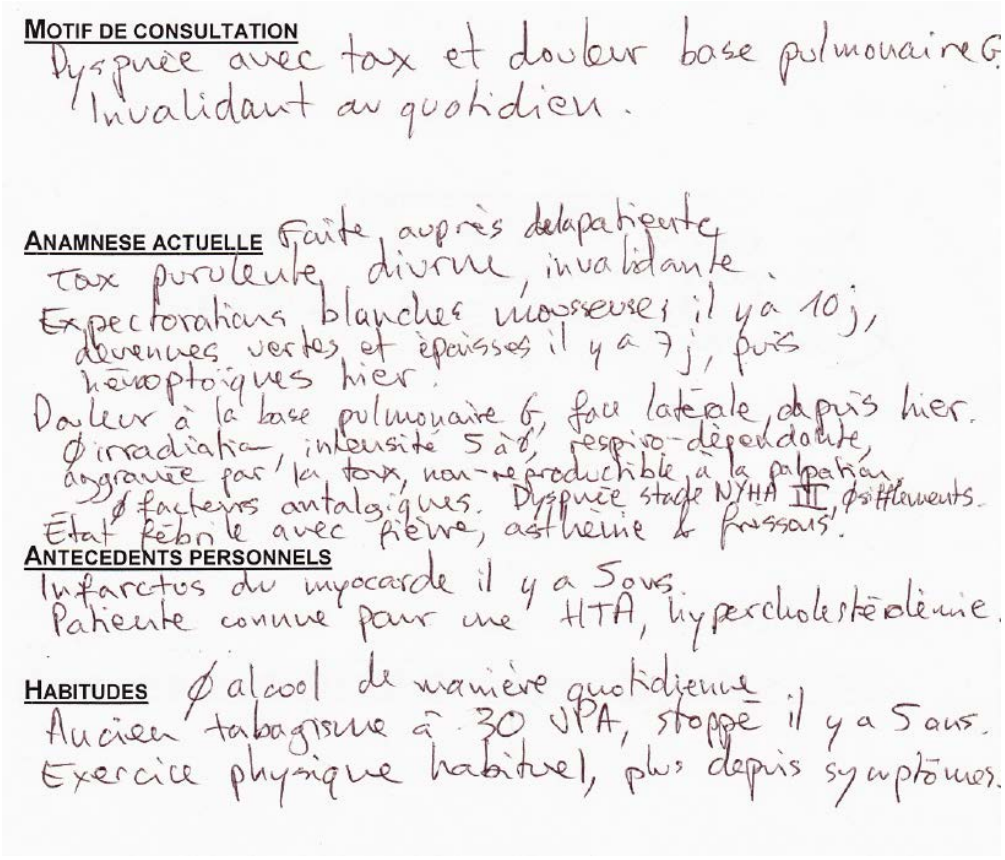
Teaching and Learning in Medicine, 20(01), 31–36

Revue de la littérature: conclusions

- La communication écrite est peu enseignée
- De façon générale, on observe:
  - Une sous-documentation importante
    - Les étudiants ont tendance à ne pas documenter les signes/symptômes négatifs
  - Une certaine sur-documentation
    - Plus fréquente pour la description de l'examen physique: anticipation de signes normaux?
    - Professionnalisme
  - Une documentation inadéquate
    - Utilisation de termes inadéquats

Et les étudiants genevois?

- Stations formatives: Entretien avec PS – feedback – rédaction d'un résumé



MOTIF DE CONSULTATION
Dyspnée avec toux et douleur base pulmonaire G
Invalidant au quotidien.

ANAMNESE ACTUELLE Faite auprès de la patiente
Toux purulente, diurne, invalidante.
Expectorations blanches mousseuses il y a 10 j, devenues vertes et épaisses il y a 7 j, puis hémoptoïques hier.
Douleur à la base pulmonaire G, face latérale, depuis hier. Ø irradiation, intensité 5 à 6, respiro-dépendante, aggravée par la toux, non-reproductible à la palpation, Ø facteurs antalgiques. Dyspnée stade NYHA III, Ø efforts.
État fébrile avec fièvre, asthénie & frissons.

ANTECEDENTS PERSONNELS
Infarctus du myocarde il y a 5 ans.
Patiente connue pour une HTA, hypercholestérolémie.

HABITUDES Ø alcool de manière quotidienne
Ancien tabagisme à 30 UPA, stoppé il y a 5 ans.
Exercice physique habituel, plus depuis symptômes.

Station formative 3, oct-nov 2010

- 60 résumés choisis au hasard (parmi 126)
- Elaboration d'une checklist pour les résumés
  - Testé sur 2 x 5 résumés
  - 35 items pour l'anamnèse
  - 17 items pour l'examen physique
  - 9 items pour la structure
  - Évaluation globale
- Comparé au checklist de l'examinateur
- Après élimination des items non comparables: 24 paires d'items par étudiant => 1440 comparaisons

CONTENU : ANAMNESE	1	0	CONTENU : ANAMNESE	1	0
Le résumé contient les éléments positifs/négatifs suivants :			**Suite :**		
1. Présence d'une douleur thoracique gauche	☐	☐	22. Pas de diabète	☐	☐
2. Douleur depuis la veille	☐	☐	23. Hypercholestérolémie	☐	☐
3. Douleur respiro-dépendante	☐	☐	24. HTA	☐	☐
4. Douleur exacerbée par la toux	☐	☐	25. Tabagisme	☐	☐
5. Pas d'irradiation de la douleur	☐	☐	26. Tabagisme quantifié en UPA	☐	☐
6. Présence d'une toux	☐	☐	27. Stop tabac en 2005	☐	☐
7. Toux depuis 10 jours	☐	☐	28. Père décédé d'un infarctus	☐	☐
8. Présence d'expectorations	☐	☐	29. Allergie à la pénicilline	☐	☐
9. Expectorations de couleur verdâtre	☐	☐	30. Spécification allergie : rash cutané	☐	☐
10. Traces de sang dans les expectorations depuis la veille	☐	☐	Médicaments (1 point pour chaque médicament) :		
11. Présence d'une fièvre récente (1 à 2 jours)	☐	☐	31. Sortis	☐	☐

Résultats

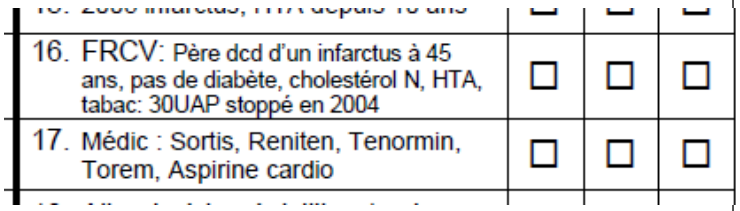
	Checklist “résumé”		
Checklist “examinateur”	Documenté	Non documenté	Total
Fait	706	549	1255
Pas fait	23	162	185
Total	729	711	1440

Sous-documentation: **44%** des items faits par les étudiants n’ont pas été documentés.

Sur-documentation: **3%** des items documentés n’ont pas été faits.

Limitations

- Checklist “examinateur”:
  - moins d’items que le checklist “résumé”
  - Items cotés sur une échelle 2-1-0
  - Un item peut contenir plusieurs points
  - Basé sur les réponses obtenues, pas les questions posées



16. FRCV: Père dcd d'un infarctus à 45 ans, pas de diabète, cholestérol N, HTA, tabac: 30UAP stoppé en 2004	☐	☐	☐
17. Médic : Sortis, Reniten, Tenormin, Torem, Aspirine cardio	☐	☐	☐

- Checklist “résumé”:
  - Pas tous les items ont un item correspondant sur le checklist examinateur => 3 items n’ont pas pu être comparés
- Hétérogénéité des patients simulés et des examinateurs
- Entretiens non filmés, vérification à posteriori impossible
- Des signes anormaux de l’examen physique ont été communiqués sur une carte

Item E	Item R		documenté		pas documenté		Documentation	
Anamnèse			fait	pas fait	fait	pas fait	"under"	"over"
1	1, 2	Douleur: localisation et début	26	0	33	1	56%	0%
2	3, 4	Facteurs aggravants (toux, respiration)	43	1	15	1	26%	2%
4	5	Irradiation	12	0	42	6	78%	0%
6	6, 7	Toux, durée	56	0	4	0	7%	0%
7	8	Expecorations	58	0	1	1	2%	0%
8	9	Couleur verdâtre des expectorations	51	0	7	2	12%	0%
9	10	Traces de sang dans expectorations	38	0	13	9	25%	0%
10	11, 12	Fièvre	29	2	21	8	42%	6%
11	13, 14, 15	Dyspnée (évolution, stade)	55	1	4	0	7%	2%
12	16 à 19	Symptômes associés (orthopnée, DPN, nycturie, oedèmes)	21	0	35	4	63%	0%
13	21	Episode d'angor depuis l'infarctus	0	0	16	44	100%	0%
14	rien	(inquiétude)						
15	20	Antécédent d'infarctus	53	1	6	0	10%	2%
16	22 à 28	Facteurs de risque						
17	31 à 35	Médicaments (5)	29	1	22	8	43%	3%
18	29, 30	Allergie	27	0	15	18	36%	0%
19	rien	Anamnèse sociale						
Examen physique								
1	5	Observation de la respiration	22	4	30	4	58%	15%
2	rien	Forme du thorax						
3	1	Fréquence respiratoire	25	2	25	8	50%	7%
4	6, 7	Cyanose	30	0	27	3	47%	0%
5	rien	Ampliation thoracique						
6	8	Transmission vibrations vocales	20	0	36	4	64%	0%
7	9	Palpation (douleur non reproductible)	6	2	39	13	87%	25%
8	13	Palpation du choc de pointe	4	3	31	22	88%	43%
9	rien	Délimitation des bases pulmonaires						
10	10	Percussion pulmonaire	26	3	30	1	54%	10%
11	11, 12	Auscultation pulmonaire	34	1	25	0	42%	3%
12	14	Auscultation cardiaque	19	2	34	5	64%	10%
rien	2, 3, 4	Signes vitaux (FC, TA, Temp) donnés	22	0	38	0	63%	0%
rien	15	Odèmes de membres inférieurs						
rien	16, 17	RHJ, turgescence jugulaire						
		Total	706	23	549	162	44%	3%

Conclusions…

- Taux de sous-documentation élevé
  - Absence d'enseignement structuré
  - Etudiants jeunes
  - La documentation de l'examen physique est difficile
- Taux de sur-documentation relativement bas
- Pour avoir des résultats plus fiables:
  - Plus grand nombre d'étudiants
  - Entretiens filmés
  - Checklists adaptés pour être plus comparables
- Un enseignement sur la communication écrite est nécessaire

Bibliographie

- Saravanan B, Muhammad R, Geach R, Jenkinson LR. Comparison of the history obtained by patient-completed questionnaires with doctors' standard notes for patients with acute abdominal pain. Postgraduate Medical Journal. 2010 Jan 14;85(1010):634–6.
- Szauter KM, Ainsworth MA, Holden MD, Mercado AC. Do students do what they write and write what they do? The match between the patient encounter and patient note. Academic Medicine. 2006;81(10):S44.
- Worzala K, Rattner SL, Boulet JR, Majdan JF, Berg DD, Robeson M, et al. Evaluation of the Congruence Between Students' Postencounter Notes and Standardized Patients' Checklists in a Clinical Skills Examination. Teaching and Learning in Medicine. 2008 Jan 9;20(1):31–6.
- Gliatto P, Masters P, Karani R. Medical Student Documentation in the Medical Record: Is It a Liability? Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine. 2009;76(4):357–64.
- Moss F, Brown E. On the recording of notes: information from patients is of little use if not recorded. Postgraduate Medical Journal. 2010 Jan 14;85(1010):633–633.
- Dresselhaus TR. The ethical problem of false positives: a prospective evaluation of physician reporting in the medical record. Journal of Medical Ethics. 2002 Oct 1;28(5):291–4.
- Yanoff KL, Burg FD. Types of medical writing and teaching of writing in U.S. medical schools. J Med Educ. 1988 Jan;63(1):30–7.

Types of Medical Writing and Teaching of Writing In U.S. Medical Schools

Karin L. Yanoff and Fredric D. Burg, M.D.

Journal of Medical Education VOL. 63, JANUARY 1988

- Questions: Quels types de rédaction écrite sont les plus importants pour les médecins? Sont-ils enseignés dans les facultés de médecine?
- Questionnaire sur la base d'une revue de la littérature et d'interviews
- Envoi du questionnaire à 125 facultés de médecine aux USA
- 100 questionnaires remplis, dont 55 correctement
- Résultats

TABLE 2

Numbers of 55 Responding U.S. Medical Schools Ranking the Types of Medical Writing Considered Most Important for Each of Five Categories of Trainees and Physicians, 1985*

Category/Type	No.
Medical student	
Write-up of history and physical examination	54
Progress note	47
Admitting note	27
Outpatient records	26
Case history (not for publication)	23

TABLE 3

Numbers of 55 Responding U.S. Medical Schools That Considered Each of 11 Types of Medical Writing Most Important To Teach and Numbers of 100 Responding Medical Schools That Offered Formal Instruction in the 11 Types of Medical Writing Most Frequently Taught, 1985

Considered Most Important To Teach			Taught by Greatest No. of Schools		
Rank Order	Type of Writing	No. (n = 55)	Rank Order	Type of Writing	No. (n = 100)
1.	Write-up of history and physical examination	54	1.	Write-up of history and physical examination	43
2.	Progress note	47	2.	Progress note	18
3.	Discharge summary	47	3.	Grant proposal	12
4.	Peer-reviewed published paper	41	4.	Peer-reviewed published paper	11
5.	Grant proposal	38	5.	Admitting note	9
6.	Letter to referring doctor	37	6.	Discharge summary	8
7.	Outpatient records	35	7.	Other	6
8.	Consultation report	33	8.	Outpatient records	5
9.	Admitting note	32	9.	Teaching materials	5
10.	Student evaluation	31	10.	Literature review	5
11.	Communications to patients	30	11.	Research protocol	5

On the recording of notes: information from patients is of little use if not recorded

Fiona Moss,[1] Edwina Brown[2]

Postgrad Med J 2009 Vol 85 No 1010

care. The record is thus a key document in communicating findings, discussions, decisions, plans and actions to everyone concerned in the care of that patient. Yet how much attention is paid to the quality of these notes?

writing skills. Oral communication skills are taught from almost the first day of undergraduate medical education, but there is remarkably little teaching on written communication skills, which are equally important if information is to be relayed effectively. If lucky, one or two sessions during first-year communication skills teaching may be about the written record, but this learning is often not reinforced during clinical attachments. If

Comparison of the history obtained by patient-completed questionnaires with doctors' standard notes for patients with acute abdominal pain

B Saravanan,[1] R Muhammad,[1] R Geach,[2] L R Jenkinson[1]

Postgrad Med J 2009;**85**:634–636.

- Etude observationnelle longitudinale
- Objectif: Comparaison de l'information documentée par les médecins avec l'information donnée par les patients
- Méthode:
  - 116 patients adultes, douleur abdominale aiguë (non traumatique), service de chirurgie générale, mars-octobre 2006
  - Questionnaire patient basé sur AAPHelp, complété par 100 patients (50 avant l'entretien, 50 après l'entretien)
  - Notes d'admission (notes non structurés) de 15 junior doctors (0-4 années d'expérience), pas au courant du projet
  - Comparaison questionnaires – notes d'admission
    - 17 items d'anamnèse générale
    - 5 items d'anamnèse gynécologique
- Résultats:
  - Anamnèse générale: moins de 50% de l'information donnée par les patients était documentée par les médecins

Table 2 Details of the general parameters of the history recorded by the admitting doctor and patients

	Group A (n = 50)		Group B (n = 50)	
Parameter	**Doctor**	**Patient**	**Doctor**	**Patient**
Location and radiation	48 (96)	46 (92)	45 (90)	46 (92)
Aggravating factors	7 (14)	47 (94)	17 (34)	48 (96)
Relieving factors	10 (20)	41 (82)	17 (34)	46 (92)
Progression	16 (32)	40 (80)	20 (40)	50 (100)
Duration	37 (74)	44 (88)	46 (92)	50 (100)
Type	28 (54)	44 (88)	32 (64)	49 (98)
Severity	16 (32)	45 (90)	15 (30)	48 (96)
Nausea	24 (48)	49 (98)	27 (54)	50 (100)
Vomiting	37 (54)	49 (98)	41 (82)	50 (100)
Appetite	12 (24)	47 (94)	10 (20)	50 (100)
Indigestion	0 (0)	47 (94)	4 (8)	49 (98)
Previous episode	15 (30)	48 (96)	16 (32)	50 (100)
Pain killers	13 (26)	46 (92)	11 (22)	49 (98)
Surgeries	24 (44)	44 (88)	20 (40)	49 (98)
Jaundice	4 (8)	47 (94)	1 (2)	48 (96)
Bowels	44 (88)	43 (83)	41 (82)	49 (98)
Urine	27 (54)	47 (94)	34 (68)	49 (98)

Values are number (%).

Conclusion:

L'histoire obtenue avec les questionnaires de patients est plus précise que l'histoire rapportée par les jeunes médecins.

Les checklists et aides décisionnelles devraient être introduits pendant la formation pré-graduée pour que les médecins aient plus l'habitude de les utiliser.

Postgrad Med J 2009;**85**:634–636.

The ethical problem of false positives: a prospective evaluation of physician reporting in the medical record

T R Dresselhaus, J Luck, J W Peabody

J Med Ethics 2002;28:291–294

- Objectif: Présence de fausse documentation par des médecins de premier recours
- Méthode:
  - Contexte: Etude prospective sur la qualité de soins en médecine ambulatoire
  - 20 médecins participants volontaires dans 2 policliniques de médecine générale
  - Patients simulés non annoncés (27 PS expérimentés), remplissent un checklist après la consultation (gold standard), 4 histoires différentes
  - Total: 160 consultations
  - Items par cas: 25 à 35 (basés sur des guidelines/expert panels)
  - Classification de chaque item en 4 catégories:
    - True positive (fait/documenté)
    - False negative (fait/pas documenté)
    - False positive (pas fait/documenté)
    - True negative (pas fait/pas documenté)

Do Students Do What They Write and Write What They Do? The Match between the Patient Encounter and Patient Note

Karen M. Szauter, Michael A. Ainsworth, Mark D. Holden, and Anita C. Mercado

Acad Med. 2006;81(10 Suppl):S44–S47.

- Objectif: Comparaison directe entre l'entretien médical (examen physique) et le résumé écrit
- Méthode: Revue de vidéos de CSA (2005, senior medical students) et des notes correspondantes (font partie intégrante du CSA), au total 207 paires vidéo-résumé
  - Phase pilote: Revue de 10 entretiens -> anamnèse difficile à évaluer de façon objective
  - Vision des vidéos et transcription de toutes les manœuvres faites pendant l'examen physique
  - Comparaison avec les résumés écrits
  - 5 catégories:
    - Tous les manœuvres notés correctement
    - Manœuvre fait, mais pas noté
    - Manœuvre pas fait, mais noté
    - Manœuvre fait de façon incorrecte, mais noté
    - Documentation inadéquate (signe clinique noté comme anormal alors qu'il était normal)

Do Students Do What They Write and Write What They Do? The Match between the Patient Encounter and Patient Note

Karen M. Szauter, Michael A. Ainsworth, Mark D. Holden, and Anita C. Mercado

Table 1

Match Between the Physical Examination Performed and Documented in a Fourth-Year Medical Student Clinical Skills Assessment

	Gastroenterological scenario *n* = 45	Cardiovascular scenario *n* = 78	Respiratory scenario *n* = 84
All performed physical examination maneuvers correctly recorded	0 (0%)	2 (3%)	6 (7%)
Physical examination maneuver performed; not documented	14 (31%)	29 (37%)	46 (55%)
Physical examination maneuver not performed; documented	35 (78%)	50 (64%)	42 (50%)
Physical examination maneuver performed incorrectly; documented	21 (47%)	51 (65%)	45 (54%)
Abnormal physical finding that was not present; documented	21 (47%)	11 (14%)	19 (23%)

Note: For each patient encounter-note pair, all applicable categories could be selected.

- Sous-documentation
- Sur-documentation
  - ➢ Professionnalisme!
- Documentation inadéquate
  - ➢ savoir-faire!

Conclusions:

- L'enseignement des techniques d'examen physique et leur documentation doit se faire durant les années précliniques et cliniques
- Les étudiants doivent apprendre l'utilisation pratique du dossier médical
- Renforcer la responsabilité professionnelle

Evaluation of the Congruence Between Students' Postencounter Notes and Standardized Patients' Checklists in a Clinical Skills Examination

Katherine Worzala
Clinical Skills Center, Jefferson Medical College, Philadelphia, Pennsylvania, USA

Susan L. Rattner
Office of the Dean, Jefferson Medical College, Philadelphia, Pennsylvania, USA

John R. Boulet
Educational Commission for Foreign Medical Graduates, Philadelphia, Pennsylvania, USA

Joseph F. Majdan
Department of Medicine, Jefferson Medical College, Philadelphia, Pennsylvania, USA

Dale D. Berg
Clinical Skills Center, Jefferson Medical College, Philadelphia, Pennsylvania, USA

Mary Robeson and J. Jon Veloski
Center for Research in Medical Education and Health Care, Jefferson Medical College, Philadelphia, Pennsylvania, USA

Teaching and Learning in Medicine, 20(01), 31–36

- Objectif: Congruence entre les items d'anamnèse et d'examen physique effectués par les étudiants et leur documentation
- Méthode:
  - Entretien de 15 minutes, fin de la 3ème année, dans le contexte d'un CSA de 10 stations (cas insuffisance cardiaque), 219 étudiants, entretiens filmés
  - Checklist de 24 items rempli par le PS à la fin de l'entretien
  - Résumé écrit par l'étudiant après l'entretien (10 min)
  - Checklist parallèle de 21 items utilisé pour la revue des résumés, puis comparé au checklist PS
    - Chaque item classé en 4 catégories (total 4599 items):
      - Documenté/fait
      - Documenté/pas fait
      - Pas documenté/fait
      - Pas documenté/pas fait
    - Calcul du taux de sur-documentation et sous-documentation pour chaque item

TABLE 1
Summary of relative frequency of comparisons of the performance and reporting by 219 students for 21 history and physical examination items

Performance on Standardized Patient Checklist	Findings in Postencounter Note		
	Documented	Not Documented	Total
Done	2, 743	1, 136	3, 879
Not done	172	548	720
Total	2, 915	1, 684	4, 599

Sur-documentation: 6% (= Ndone/Doc) => *6% des items documentés n'ont pas été faits*

Sous-documentation: 29% (= NDoc/Done) => *29 % des items faits n'ont pas été documentés*

TABLE 2

Frequency and rate that students did or did not perform each of 21 history and physical items within determination of whether they reported related findings in postencounter notes

No.	Item	Frequency[a]				Documentation Rate[b]	
		Documented		Not Documented			
		Done	Not Done	Done	Not Done	Under	Over
2	What makes shortness of breath better	145	4	68	2	32%	3%
3	Duration of shortness of breath	217	0	2	0	1%	0%
4	Associated cough	87	9	95	28	52%	9%
5	Associated chest pain	184	1	34	0	16%	1%
6	Previous history of shortness of breath	59		158	2	73%	0%
7	Activity at onset of shortness of breath	102	1	79	37	44%	1%
8	What makes shortness of breath worse	114	2	90	13	44%	2%
9	Suddenly waking up to catch breath (paroxysmal nocturnal dyspnea)	56	21	57	85	50%	27%
10	Medications	210	1	7	1	3%	0%
11	History of blood clots	10	3	64	142	86%	23%
12	Allergies to medications	144	22	36	17	20%	13%
13	Pillow use inquiry (orthopnea)	102	8	50	59	33%	7%
14	Smoking history	181	8	24	6	12%	4%
15	Palpated PMI (apex)	104	4	93	18	47%	4%
16	Palpated heart area	77	27	95	20	55%	26%
17	Auscultated heart area	212	5	2	0	1%	2%
18	Auscultated PMI	189	22	6	2	3%	10%
19	Percussed posterior chest	61	9	86	63	59%	13%
20	Auscultated posterior chest	210	2	7	0	3%	1%
21	Palpated skin of legs for edema	181	8	20	10	10%	4%
23	Observed sternocleidomastoid area for jugular venous distension	98	15	63	43	39%	13%
Total		2, 743	172	1, 136	548	29%	6%

Notes: Under = underdocumented; Over = overdocumented; PMI = point of maximal impulse. [a]The classification of documented or not documented reflects the results of a physician's independent, retrospective review of each student's postencounter note to determine whether the student documented findings related to that item. The classification of done or not done is based on the entry on the checklist completed by the standardized patient at the end of the encounter. [b]The rate of underdocumentation is the number of items done and not documented divided by the total number of items done. The rate of overdocumentation is the number of items documented and not done divided by the total number of items documented. Both proportions are reported as percentages.

Teaching and Learning in Medicine, 20(01), 31–36

Evaluation of the Congruence Between Students' Postencounter Notes and Standardized Patients' Checklists in a Clinical Skills Examination

- Conclusions:
  - Les étudiants écrivent seulement ce qu'ils pensent être important
  - Les étudiants ont tendance à ne pas documenter les symptômes négatifs
  - Sur-documentation:
    - 15 étudiants avaient 3 items sur-documentés
    - Mauvaise utilisation de termes médicaux et d'abréviations
    - Malentendus concernant gestes d'examen physique
    - Autres explications possibles:
      - Etudiants mémorisent des protocoles pour le résumé
      - Etudiants veulent compléter des items oubliés dans l'entretien, et savent que l'examen physique est en général normal chez un PS

The ethical problem of false positives: a prospective evaluation of physician reporting in the medical record

T R Dresselhaus, J Luck, J W Peabody

J Med Ethics 2002;28:291–294

Table 1 2 × 2 table comparing gold standard (SP) *v* index method (chart abstraction) responses

	Standardised patient	
	Documented (% total responses)	Not documented (% total responses)
Chart abstraction		
Reported	TP = 2153 (48.3%)	FP = 285 (6.4%)
Not reported	FN = 916 (20.5%)	TN = 1106 (24.8%)

TP – true positive; FN – false negative; FP – false positive; TN – true negative

Table 2 Proportion false positives and false positive rate (1 – specificity) by domain

Domain	False positives/total responses (proportion)	False positive rate (1 – specificity)
Overall	285 / 4460 (0.064)	0.205
History	99 / 2580 (0.038)	0.166
Physical exam	127 / 940 (0.135)	0.330
Diagnosis	35 / 240 (0.146)	0.304
Treatment	24 / 700 (0.034)	0.062

« Faux positifs »: 6.4%

- 5 médecins avec > 25% de faux positifs
- Les médecins avec le plus de vrai positifs avaient aussi le plus de faux positifs
- Plus élevé dans « examen physique » et « diagnostic »
  - Anticipation de signes normaux à l'examen physique, pas effectués pour gagner du temps
  - Conséquences sur l'éducation et la participation du patient