

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 2 Juin 2016
par Mr Edouard FIRMIN

Démarches cindyniques en médecine générale

Proposition d'une méthode
pour élaborer une conduite à tenir pour chaque Résultat de Consultation
du Dictionnaire de la Société Française de Médecine Générale

Test de faisabilité sur : **ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE, DEPRESSION,
REACTION A SITUATION EPROUVANTE, RHINITE et TOUX**

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT-POCHAT

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON
Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD

Directrice de thèse : Madame le Docteur Julie CHOUILLY

Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- 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 réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIoT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (**jusqu'au 31/10/2015**)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (ex-CATEAU)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- 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
- 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, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Madame la Professeur Marie-Christine PERAULT-POCHAT

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse, veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Messieurs les Professeurs Jean-Louis SENON et Richard MARECHAUD

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

A Julie CHOUILLY

Pour ton précieux soutien dans la direction de ce travail de thèse. Un immense merci pour ton aide et ton investissement sans compter tes heures tout au long de ce travail.

A tout le groupe « Démarches programmées »

Gilles GABILLARD, qui le premier, m'a initié à réfléchir sur ma pratique et m'a proposé de participer à ce travail. Christian et Corine CHAUDON.

Un remerciement tout particulier à Olivier KANDEL, Julie CHOUILLY, Pierre FERRU et Damien JOUTEAU pour nous avoir guidés et aidés avec tellement de passion et d'énergie tout au long de ce travail. Merci pour cet enrichissement intellectuel et humain à vos côtés ces deux dernières années.

Mes camarades de thèse Célia, Maxime et Romain qui m'ont accompagné dans cette aventure.

Aux médecins généralistes,

Qui ont eu la patience et la gentillesse de répondre au questionnaire.

A mes amis

Rencontrés au cours de mes études, dès le début ou plus récemment, ceux partis loin et ceux toujours présents merci pour toutes ces belles rencontres et tous les moments passés ensemble au cours de ces années ainsi que ceux à venir.

A ma famille

Mes parents sans qui rien n'aurait été possible, je vous dédie ce travail qui représente l'aboutissement de ce que m'ont permis de réaliser votre amour et votre inconditionnel soutien depuis toujours.

Tom Max et Lulu, merci d'être là aujourd'hui et merci pour tous ces moments qui n'appartiennent qu'à nous ;-)

A Apolline

Tu partages et rends ma vie tellement plus belle depuis quatre ans déjà. Merci pour ton amour et ta présence à mes cotes chaque jour.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	14
1. Généralités	15
1.1. Les soins primaires	15
1.2. L'incertitude diagnostique	16
1.3. Une sémiologie des situations cliniques en médecine générale	17
1.4. Deux écueils.....	18
1.4.1. Le premier danger d'erreur diagnostique	18
1.4.2. Le deuxième danger d'erreur diagnostique	18
1.5. Vers des conduites à tenir pour chaque Résultat de consultation	19
2. Réflexions préalables à la réalisation de l'étude.....	20
2.1. Clarification de la terminologie, afin de préciser et de choisir l'expression la plus appropriée	20
2.2. La notion du premier danger d'erreur diagnostique	22
2.3. Particularités en soins primaires : la prise en compte de la polypathologie	24
3. Pourquoi la démarche diagnostique diffère-t-elle entre médecin généraliste et hospitalier ?	26
3.1. Des fonctions différentes.....	27
3.2. Des troubles de santé disparates.....	27
3.3. Une prévalence des maladies différente.....	27
3.4. La gestion du temps n'est pas la même.....	28
3.5. L'histoire partagée, un atout et un piège.....	29
3.6. La gestion simultanée de plusieurs problèmes de santé.	29
3.7. Le plateau technique et l'organisation de la médecine générale	29
3.8. La coordination des soins	30
MATERIEL ET METHODE	32
1. La question de recherche	33
2. Les objectifs	33

3. L'organisation de l'étude	33
3.1. Les ressources humaines	33
3.2. Les grandes étapes de l'étude	34
4. Le déroulé de l'étude.....	34
4.1. Reprise des éléments antérieurs à la réflexion	34
4.2. Première tentative de méthode et résultats des tests	36
4.3. Finalisation d'une méthode et organisation du travail	40
4.4. Suivi de la création des 20 premières conduites à tenir.....	43
4.5. Validation par les experts.....	43
4.6. Rédaction de la méthode finalisée	44
5. Discussion et perspectives	44

RESULTATS..... 45

1. Création des démarches cindyniques de 5 résultats de consultation	46
1.1. ARTHROPATHIE – PERIARTHROPATHIE	46
1.1.1. Le Résultat de consultation	46
1.1.2. La Démarche Cindynique	48
1.1.3. Résumé des débats.....	51
1.2. DEPRESSION.....	52
1.2.1. Le Résultat de consultation	52
1.2.2. La Démarche Cindynique	54
1.2.3. Résumé des débats.....	56
1.3. REACTION A SITUATION EPROUVANTE	57
1.3.1. Le Résultat de consultation	57
1.3.2. La Démarche Cindynique	59
1.3.3. Résumé des débats.....	61
1.4. RHINITE	62
1.4.1. Le Résultat de consultation	62
1.4.2. La Démarche Cindynique	63
1.4.3. Résumé des débats.....	65
1.5. TOUX	66

1.5.1. Le Résultat de consultation	66
1.5.2. La Démarche Cindynique	67
1.5.3. Résumé des débats.....	71
2. Résultats de l'évaluation des démarches cindyniques	72
2.1. Description de l'échantillon	72
2.2. Evaluation du concept de démarche cindynique.....	73
2.2.1 Préférence au niveau de la forme des démarches cindyniques.....	73
2.2.2 Etude de l'intérêt et de l'utilité des démarches cindyniques	74
2.2.2 Etude de l'applicabilité des démarches cindyniques	76
2.3. Evaluation des démarches cindyniques de chaque RC.....	78
2.3.1. Evaluation du RC ARTHROPATHIE – PERIARTHROPATHIE	78
2.3.2. Evaluation du RC DEPRESSION	82
2.3.3. Evaluation du RC REACTION A SITUATION EPROUVANTE.....	86
2.3.4. Evaluation du RC RHINITE	90
2.3.5. Evaluation du RC TOUX.....	93
DISCUSSION.....	97
1. Un concept novateur.....	98
2. A propos de la différence de démarches entre médecine générale et médecine de deuxième recours.....	99
3. Construction et évaluation des démarches cindyniques.....	100
3.1. Constitution du groupe de travail	100
3.2. Construction des démarches cindyniques	100
3.3 Evaluation de la démarche cindynique en général	101
4. Evaluation de l'application de la démarche à RC.....	102
4.1 ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	102
4.2 RC DEPRESSION	102
4.3 REACTION A SITUATION EPROUVANTE	103
4.4 RHINITE	103
4.5 TOUX	103
4.6 Elargissement et comparaison de ces résultats avec les autres thèses	104
5. Comparaison à la littérature existante	104

6. Limites et biais	107
6.1. De l'échantillon.....	107
6.2 De la méthode :	107
6.2.1 Le taux de révision des RC	107
6.2.2 La validation par le Comité de mise à jour du DRC.....	108
6.2.3 La démarche polypathologique	108
6.2.4 La vision diachronique et synchronique, ou la notion d'épisode de soins	108
 CONCLUSION.....	 110
 BIBLIOGRAPHIE.....	 113
 ANNEXES	 118
Annexe n°1 : Méthode de calcul de la criticité des Diagnostics	
Critiques.....	119
Annexe n°2 : Document envoyé aux médecins pour l'explication du	
travail sur les démarches cindyniques qu'ils auront a évalué	120
Annexe n°3 : Document envoyé aux médecins pour l'évaluation des	
démarches cindyniques	121
 RESUME.....	 124
 SUMMARY	 126
 SERMENT D'HIPPOCRATE	 127

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Exemple d'une démarche cindynique pour PLAINTÉ	
ABDOMINALE	38
Tableau 2 : Répartition des 20 RC entre les 4 trinômes de travail.....	42
Tableau 3 : Démarche cindynique du RC ARTHROPATHIE-PERIARTHOPATHIE	
.....	49
Tableau 4 : Démarche cindynique du RC DEPRESSION	55
Tableau 5 : Démarche cindynique du RC REACTION A SITUATION	
EPROUVANTE	60
Tableau 6 : Démarche cindynique du RC RHINITE	64
Tableau 7 : Démarche cindynique du RC TOUX	68
Tableau 8 : Vue d'ensemble des réponses à l'évaluation de la démarche	
cindynique du RC ARTHROPATHIE – PERIARTHROPATHIE	78
Tableau 9 : Vue d'ensemble des réponses à l'évaluation de la démarche	
cindynique du RC DEPRESSION	82
Tableau 10 : Vue d'ensemble des réponses à l'évaluation de la	
démarche cindynique du RC REACTION A SITUATION EPROUVANTE.....	86
Tableau 11 : Vue d'ensemble des réponses à l'évaluation de la	
démarche cindynique du RC RHINITE.....	90
Tableau 12 : Vue d'ensemble des réponses à l'évaluation de la	
démarche cindynique du RC TOUX	93

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Représentation du 1 ^{er} risque d'erreur diagnostique	23
Figure 2 : Classement des 50 RC les plus fréquents pour l'année 200940	
Figure 3 : Répartition de l'âge des médecins qui ont répondu à notre enquête	72
Figure 4 : Utilisation du DRC par les médecins qui ont répondu à notre enquête	73
Figure 5 : Préférence de forme de présentation des démarches cindyniques	73
Figure 6 : Evaluation de l'intérêt et de l'utilité du concept de démarche cindynique	74
Figure 7 : Influence de l'âge des répondants sur l'évaluation de l'intérêt et de l'utilité du concept de démarche cindynique.....	75
Figure 8 : Influence de l'utilisation du DRC sur l'évaluation de l'intérêt et l'utilité du concept de démarche cindynique.....	75
Figure 9 : Evaluation de l'applicabilité du concept de démarche cindynique	76
Figure 10 : Influence de l'âge sur l'évaluation de l'applicabilité du concept de démarche cindynique	77
Figure 11 : Influence de l'utilisation du DRC sur l'évaluation de l'applicabilité du concept de démarche cindynique	77

Figure 12 : Age des médecins évaluant la démarche cindynique d'ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	79
Figure 13 : Utilisation du DRC par les médecins évaluant la démarche cindynique d'ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE.....	79
Figure 14 : Evaluation de la pertinence de la démarche cindynique d'ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	80
Figure 15 : Evaluation de l'utilité de la démarche cindynique d'ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	81
Figure 16 : Age des médecins évaluant la démarche cindynique de DEPRESSION	83
Figure 17 : Utilisation du DRC par les médecins évaluant la démarche cindynique de DEPRESSION	83
Figure 18 : Evaluation de la pertinence de la démarche cindynique de DEPRESSION	84
Figure 19 : Evaluation de l'utilité de la démarche cindynique de DEPRESSION	85
Figure 20 : Age des médecins évaluant la démarche cindynique de REACTION A SITUATION EPROUVANTE	87
Figure 21 : Utilisation du DRC par les médecins évaluant la démarche cindynique de REACTION A SITUATION EPROUVANTE	87
Figure 22 : Evaluation de la pertinence de la démarche cindynique de REACTION A SITUATION EPROUVANTE	88
Figure 23 : Evaluation de l'utilité de la démarche cindynique de REACTION A SITUATION EPROUVANTE	89

Figure 24 : Age des médecins évaluant la démarche cindynique de RHINITE	91
Figure 25 : Utilisation du DRC par les médecins évaluant la démarche cindynique de RHINITE	91
Figure 26 : Evaluation de la pertinence de la démarche cindynique de RHINITE	92
Figure 27 : Evaluation de l'utilité de la démarche cindynique de RHINITE	91
Figure 28 : Age des médecins évaluant la démarche cindynique de TOUX	94
Figure 29 : Utilisation du DRC per les médecins évaluant la démarche cindynique de TOUX.....	94
Figure 30 : Evaluation de la pertinence de la démarche cindynique de TOUX.....	95
Figure 31 : Evaluation de l'utilité de la démarche cindynique de TOUX...	95

INTRODUCTION

INTRODUCTION

1. Généralités

Du fait d'une évolution rapide des techniques diagnostiques et thérapeutiques au lendemain de la seconde guerre mondiale, on assiste à une spécialisation de la médecine. L'exercice médical s'est alors compartimenté, donnant naissance à de nombreuses spécialités. La création des CHU en 1958, a contribué à cliver les médecins hospitaliers, des médecins ambulatoires. Ces derniers se sont ainsi décrits comme omnipraticiens, médecins de famille, médecins de ville, médecins généralistes.

La médecine générale est devenue une discipline universitaire depuis son inscription au Conseil National des Universités en 2006. La WONCA-Europe la définit comme "une discipline scientifique et universitaire avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques". Ce constat nécessite une théorisation de la médecine générale. Un ouvrage récent a d'ailleurs permis de répertorier 41 concepts théoriques regroupés sous forme d'un corpus (1)

1.1. Les soins primaires

Ces concepts dessinent l'organisation de la pensée du médecin généraliste et font apparaître que sa démarche médicale est différente, voire opposée de celle de ses confrères du deuxième et troisième recours. En effet, la probabilité en soins primaires d'un risque de complication grave est faible, mais non nulle, alors qu'elle est bien supérieure lorsque le patient est hospitalisé. Le modèle "d'écologie des soins de santé", illustré par le carré de White (2), aide à prendre conscience que les démarches du généraliste et de l'hospitalier sont différentes et inversées. Le médecin hospitalier travaille légitimement sur la quête systématique d'une étiologie, quand le généraliste fonctionne, tout aussi légitimement, sur un mode probabiliste par fréquence de maladie.

Le médecin généraliste est souvent la première personne du système de soins à rencontrer le patient. Il est contraint d'agir "à un stade précoce et non différencié des

maladies" (3). Or, en soins primaires, l'incidence et la prévalence des pathologies est faible et les symptômes n'y sont pas toujours synonymes de maladies (4). La WONCA ajoute que "même si les signes cliniques d'une maladie spécifique sont généralement bien connus, les signes initiaux sont souvent non-spécifiques et communs à de nombreuses maladies".

1.2. L'incertitude diagnostique

Une des grandes caractéristiques de la médecine de premier recours est son intervention à un stade précoce et encore souvent indifférencié des maladies. Le praticien doit, dans un temps court, à la fin de la consultation, aboutir à une conclusion et organiser les soins en conséquence. Cette conclusion, est rarement un diagnostic. En effet, 70% des consultations de médecine générale sont des situations non caractéristiques d'une maladie. Il s'agit de : l'incertitude diagnostique.

Au-delà de celle du diagnostic, le vécu de l'incertitude naît très tôt chez l'étudiant en médecine, lorsqu'il se sent dépassé par la quantité de connaissances médicales à intégrer. Il fait l'expérience d'un sentiment d'insuffisance personnelle, renforcée par l'impression d'un contraste entre ses connaissances et celles qu'il attribue à ses maîtres, créant un doute sur sa capacité à exercer la médecine. Ceci ne sera dépassé qu'en constatant que cette incertitude est inévitable dans la pratique médicale et fait partie des compétences acquérir par le futur médecin généraliste (5). Cette notion reste curieusement peu abordée dans la formation des médecins.

A propos des savoirs et du niveau de connaissance du praticien, il existe, selon Fox (6), trois degrés d'incertitude :

- Un premier concerne ses lacunes qui "résulte d'une maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible"
- Un deuxième, celui de l'état de la science qui "dépend des limites propres à la connaissance médicale" du moment.
- Un troisième, qui tient à la difficulté pour le praticien de faire la part entre le premier et le deuxième niveau.

Les niveaux 1 et 3 ont un caractère particulièrement important pour le généraliste dont le champ des connaissances nécessaires à son exercice est potentiellement le plus étendu, sa spécialité n'étant pas limitée à un organe ou une fonction. Quels que

soient ses efforts pour augmenter ses connaissances, il restera celui qui sait "un peu de tout".

Mais renoncer au diagnostic en médecine générale n'est pas si simple car pour un certain nombre de patients et de médecins "pouvoir nommer la maladie, c'est déjà, dans l'esprit de beaucoup, pouvoir la maîtriser". (7) Cependant, donner de façon trop précoce un diagnostic c'est risquer de nommer de façon erronée les maladies et de ne pas gérer l'incertitude en abaissant sa vigilance. C'est aussi risquer d'attribuer trop rapidement au patient une étiquette de maladie, qui peut s'avérer fausse et être secondairement difficile à remettre en question (8).

Le praticien face à cette incertitude diagnostique, s'expose à deux écueils. D'une part, celui de réduire le diagnostic au seul motif de consultation et d'autre part, poser un diagnostic sans preuve.

Pour éviter ce danger, source potentielle d'erreur de diagnostic, le médecin doit nommer précisément chaque tableau clinique qu'il prend en charge.

Faute de pouvoir faire un "diagnostic complet", avec les preuves, il retiendra les éléments cliniques issus de sa consultation. Ainsi, sans certitude de diagnostic, il s'appuie sur sa certitude clinique.

1.3. Une sémiologie des situations cliniques en médecine générale

Pour noter cette certitude clinique, le médecin peut faire appel à une sémiologie des situations cliniques en médecine générale : Le Dictionnaire des Résultats de Consultation®.

Il s'agit d'une classification praticienne, conçue par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) à partir des concepts novateurs de R.N. Braun, médecin généraliste autrichien.

L'ensemble des Résultats de consultation (RC) représente plus de 97% des situations prises en charge en médecine de premier recours. En pratique, un médecin généraliste rencontre chaque RC une fois par an, soit environ dans 1 cas pour 4000 consultations (activité moyenne du médecin généraliste français). Le Résultat de consultation, fruit de l'analyse du clinicien, est le plus haut niveau de certitude clinique auquel parvient le praticien en fin de consultation.

Le Dictionnaire s'appuie sur deux éléments complémentaires : une définition précise pour chaque tableau clinique, le résultat de consultation, et une caractérisation allant du symptôme à la maladie confirmée, la position diagnostique. Il existe 4 positions diagnostiques : A pour symptôme, B pour syndrome, C pour tableau de maladie et D pour diagnostic confirmé.

La proposition d'une liste limitée de 290 situations cliniques, adaptée à ce que voit réellement le généraliste au quotidien, ainsi qu'une définition avec des critères d'inclusion et d'exclusion pour chaque Résultat de consultation, permet au praticien de choisir la dénomination correspondant le mieux au tableau clinique qui se présente à lui.

1.4. Deux écueils

Mais si la dénomination précise de la situation permet au médecin d'éviter de choisir un diagnostic par défaut (motif de consultation) ou par excès (hypothèse diagnostique), il lui faut vérifier qu'il ne s'est pas trompé de dénomination, puis vérifier qu'une maladie grave ne correspond pas au tableau clinique que suggère celui-ci.

Ainsi, la gestion du risque d'erreur diagnostique peut se "déplier" en trois étapes : la dénomination de la situation clinique, le premier danger et le deuxième danger.

1.4.1. Le premier danger d'erreur diagnostique

Après avoir choisi le Résultat de consultation correspondant au tableau clinique observé, le praticien devra, dans une préoccupation taxinomique, par des vérifications successives, s'assurer qu'aucun autre RC ne correspond mieux à la situation.

Chaque situation (ou cas) est définie en effet par une configuration unique de critères d'inclusions, mais aussi par une liste de Résultats de consultation voisins, appelée "voir aussi", pouvant avoir des analogies de manifestations avec ce cas.

1.4.2. Le deuxième danger d'erreur diagnostique

L'autre danger en fin de consultation, est que le praticien n'évoque pas, une fois la situation dénommée, des diagnostics potentiellement graves, qui au cours de leur évolution, pourraient correspondre au tableau clinique décrit par le RC choisi. (9)

En effet, le médecin généraliste intervenant au stade indifférencié des maladies, la même symptomatologie peut être révélatrice d'une pathologie bénigne comme d'une grave.

La difficulté pour le praticien est de tenir compte des éventuels risques graves, mais de ne pas se lancer dans une démarche étiologique systématique et exhaustive inadaptée, coûteuse et anxiogène.

Evaluer le risque consiste à tenir compte, pour chaque danger identifié, de sa gravité, de son urgence, de sa curabilité, et de la vulnérabilité du patient. Ces 4 éléments permettent de calculer la criticité (importance) de chaque danger. D'où l'appellation : Diagnostic étiologique Critique (DiC). Une liste de DiC a été créée pour chacun des 290 RC. (10)

1.5. Vers des conduites à tenir pour chaque Résultat de consultation

Dans le prolongement de la réflexion sur la gestion du risque et la création de listes de DiC, il a été proposé de construire une "conduite à tenir" pour chaque RC. Il est en effet utile de conseiller une orientation décisionnelle pour chaque situation clinique, qui soit adaptée à la particularité du premier recours.

Ce travail doit permettre de répondre à la question suivante : **est-il possible de rédiger des conduites à tenir, adaptées aux situations cliniques les plus fréquentes en médecine générale ?**

2. Réflexions préalables à la réalisation de l'étude

Avant d'étudier la possibilité de réaliser ces conduites à tenir, il a été nécessaire d'approfondir quelques sujets apparus au cours de la réflexion :

Clarifier la terminologie, afin de préciser et de choisir l'expression la plus appropriée entre démarche programmée, démarche décisionnelle, conduite à tenir...

Documenter la spécificité de la démarche diagnostique du généraliste par rapport à celle des confrères hospitaliers.

Souligner la limite de conduites à tenir centrées sur un RC alors qu'en pratique le médecin généraliste est confronté à la prise en charge de polypathologies.

Formaliser la notion du 1^{er} danger d'erreur diagnostique.

Cette thèse s'inscrit dans un travail de recherche commun, auquel participaient quatre internes.

Le travail qui nous incombait était de préciser la spécificité des démarches médicales du médecin généraliste versus celle des médecins de deuxième recours. Afin d'avoir une vision globale du sujet, les axes de réflexion des autres internes sont résumés ci-dessous.

2.1. Clarification de la terminologie, afin de préciser et de choisir l'expression la plus appropriée

Avant d'entreprendre la création proprement dite des conduites à tenir, il est apparu indispensable de clarifier la terminologie pour qualifier l'objet de ce travail. Afin de trouver la formulation la plus adaptée à notre démarche nous avons répertorié les différentes expressions pouvant correspondre au cheminement entrepris.

Les premières furent celles de « conduite à tenir » et de « recommandation de bonne pratique » car appartenant au langage courant médical. Concernant le terme de « conduite à tenir » la notion d'impératif était contradictoire avec notre démarche. Pour la seconde, le risque d'ambiguïté avec les recommandations de bonne pratique de l'HAS nous a conduit à abandonner le terme.

C'est alors posé la question de « démarche programmée » mais encore une fois le terme de programmation est apparu trop dictatorial. En effet notre projet se veut plus une aide à la décision qu'un algorithme fermé. Le terme de « démarche

décisionnelle » n'a pas non plus répondu à nos attentes. Selon le dictionnaire décider c'est résoudre après un examen une chose douteuse et contestée. Ce terme ne peut donc correspondre à une démarche en médecine de premier recours. L'incertitude y étant parfois trop importante pour apporter immédiatement une solution.

Nous nous sommes ensuite intéressés à des termes plus centrés sur le patient tels que « prise en charge » ou « projet de soins ». Ils n'ont pas été retenus car sous-entendant plus des décisions thérapeutiques qu'une gestion du risque d'erreur.

De nombreuses autres dénominations n'ont pas satisfait nos attentes sémantiques. Le terme d'« aide à la décision » ne retranscrivait pas la notion d'une organisation de la pensée pour gérer les risques inhérents à notre pratique. Celui de « processus d'analyse » apportait quant à lui, avec la notion de *process*, une approche trop arithmétique voire industrielle de la méthode.

Nous nous sommes alors recentrés sur l'enjeu principal de notre travail : le risque lié à l'incertitude diagnostique en médecine de premier recours. Les sciences du risque nous ont apporté le terme de « gestion du risque » (11). Cependant notre travail porte plus sur le danger que sur le risque. Le risque est l'éventualité que se réalise un danger. Même si notre travail se doit d'évaluer le risque cela est fait dans le but d'écarter la menace qui est bien le danger (12).

Est donc ensuite venu le terme de « cindynique ». Du grec *kíndunos*, danger, il regroupe les sciences qui étudient les dangers. Ce néologisme a été introduit lors d'un colloque tenu à la Sorbonne en 1987. (13)

Il s'agit d'une théorie et d'une méthodologie visant à rendre intelligible, par une approche globale, les risques endogènes et exogènes d'un système. Cette notion d'étude des risques par un abord systémique, global, correspond bien à notre problématique. La limite de cette expression est la confidentialité du terme qui sera peu parlant à première lecture. Son avantage est qu'il semble bien correspondre, au moins dans l'esprit au travail que nous entreprenons.

Nous avons donc retenu comme dénomination de notre travail :

Cindynique de la démarche diagnostique en médecine générale

2.2. La notion du premier danger d'erreur diagnostique

Dans plus de 70% des cas, la sémiologie présentée lors de la consultation n'est pas pathognomonique d'une maladie et ne permet donc pas d'établir un diagnostic. Le médecin doit néanmoins dénommer le cas qui se présente à lui, au plus proche de sa synthèse clinique. Le Dictionnaire des Résultats de consultation® répertorie en moins de 300 termes, les « cas » rencontrés le plus souvent en médecine de premier recours.

Cette entité nosologique, le Résultat de consultation (RC), contrairement à un diagnostic complet, comporte un doute étiologique conscient. Elle permet au médecin de garder l'esprit en éveil et de surveiller l'évolution possible des troubles observés.

Face à une maladie le médecin sait précisément ce qu'il doit prendre en charge. En revanche, face à une douleur non caractéristique de quelque maladie que ce soit, le praticien est devant plusieurs étiologies hypothétiques.

Mais avant d'élaborer sa démarche décisionnelle, le clinicien doit s'assurer qu'il ne s'est pas trompé de RC. Cette erreur d'étiquetage l'amènerait à échauder une stratégie de gestion du risque qui ne serait pas adaptée à ce dont souffre son patient. C'est ce qu'on nomme ici le premier risque.

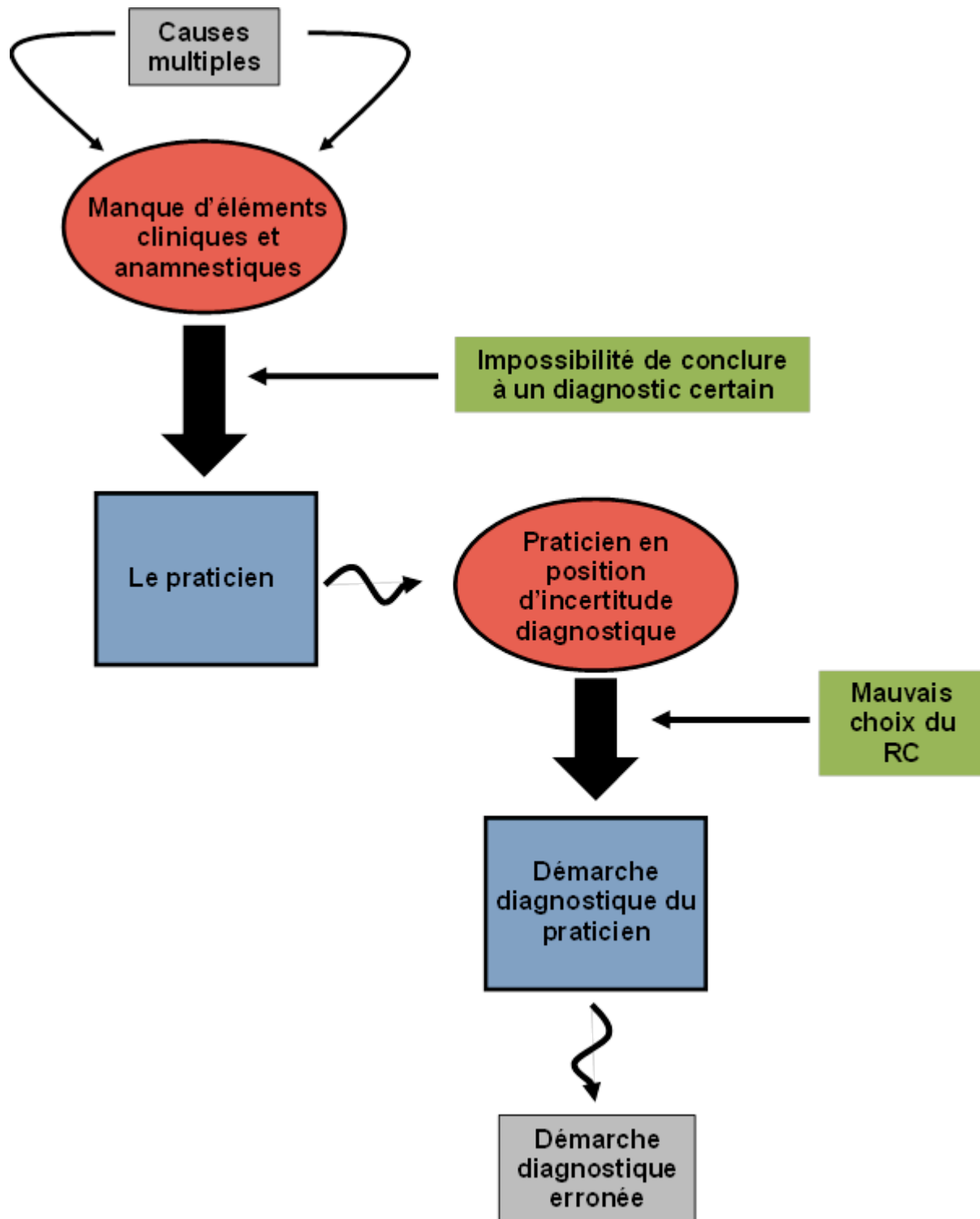


Figure 1 : Représentation du 1er risque d'erreur diagnostique

L'impossibilité de conclure à un diagnostic certain au terme de la consultation est l'événement redouté, qui va provoquer des effets sur une cible qu'est le praticien, le mettant en position d'incertitude diagnostique.

Ces premiers éléments constituent ce qu'on appelle le groupe causal, élément constitutif du danger. Ce danger, s'il se réalise (on parle alors d'événement) est l'impossibilité du praticien de conclure à un diagnostic certain. Cet événement, va amener le praticien à relever le cas clinique qu'il doit prendre en charge par un RC.

Ce danger, est un principe de réalité, face auquel aucun médecin ne peut échapper.

Face à cette « lacune » sémiologique, il choisira donc, dans la liste du Dictionnaire de Résultats de consultation, le RC correspondant le mieux aux symptômes et signes qu'il a colligé.

Mais cette matérialisation en RC présente un nouveau risque. Effectivement, cette incertitude du diagnostic met le praticien devant une nouvelle source de danger. Il va devoir choisir en fonction de sa plus haute certitude clinique, le RC correspondant à la situation clinique. L'événement redouté ici est celui de ne pas faire le bon choix du RC, ce qui aurait pour conséquence de provoquer une démarche erronée car orientée par un mauvais RC.

Pour éliminer le risque de se « tromper » de RC, de faire un mauvais choix sémiologique qui amènerait le praticien à échafauder une conduite à tenir hasardeuse, chaque Résultat de consultation présente une définition, une position diagnostique, une liste de Voir aussi et un argumentaire. (14)

2.3. Particularités en soins primaires : la prise en compte de la polypathologie

Le médecin généraliste doit s'occuper en moyenne de 2,1 problèmes de santé par consultation (9). Créer des conduites à tenir adaptées à sa pratique doit donc prendre en compte cette réalité.

La polypathologie est définie comme une association d'au moins deux affections au long cours présentes chez un même individu, nécessitant une prise en charge et un suivi régulier et prolongé.

En médecine générale, le terme de polymorbidité est plus approprié, car les troubles de santé pris en charge ne sont pas tous des comorbidités et les problèmes pris en compte ne sont pas tous pathologiques.

Les principales difficultés liées à la prise en charge des polymorbidités sont :

- la pauvreté des données actuelles de la science ; les études de recherche de nouveaux traitements ne tiennent pas compte de l'association des maladies.
- la iatrogénie, liée à la prescription polymédicamenteuse, aux croisements des multiples protocoles thérapeutiques et à la surmédicalisation des examens.
- la juxtaposition et l'application des différentes recommandations pour chaque Résultat de consultation relevé dans une même consultation.

La polymorbidité ne peut donc pas être étudiée par la combinaison mathématique des différentes pathologies. Une piste serait de réfléchir à des recommandations par typologie de patients polymorbides. Une étude appelée Polychrome distingue six classes de pathologies représentant 80% des actes (15). Sans être exhaustive, une démarche cindynique adaptée à ces différentes classes pourrait aider le médecin dans la prise de décision.

Dans l'immédiat, il faudrait déjà adapter les recommandations par pathologie à la réalité de la médecine en soins primaire. Une réflexion sur la gestion du risque diagnostique pour les 276 Résultats de consultation serait une première étape avant d'envisager une démarche cindynique pour des typologies de polymorbidité.

Ainsi, pour des raisons pratiques évidentes, le travail que nous présentons concernera l'écriture de démarche diagnostique pour chaque RC.

3. Pourquoi la démarche diagnostique diffère-t-elle entre médecin généraliste et hospitalier ?

Avant d'entreprendre une réflexion sur la création de conduites à tenir, il paraît important de discuter de la spécificité de la démarche diagnostique du médecin généraliste par rapport à celle du médecin hospitalier. Il est en effet légitime de se poser la question de la pertinence d'une démarche diagnostique différente entre soins primaires et soins secondaires.

Les troubles de santé rencontrés en soins primaires et ceux observés à l'hôpital doivent-ils répondre à une démarche diagnostique identique ? En 1961 déjà, White s'interrogeait dans le *New England Journal of Medicine*, sur ce qu'il appelait "l'écologie" des soins médicaux. Il indiquait que, au cours d'une période d'un mois, sur 1000 adultes en population générale, 750 mentionnaient un problème de santé sans avoir consulté de médecin pour autant, 250 avaient consulté un médecin, 9 avaient été hospitalisés en hôpital local et un seul était orienté vers un centre médical universitaire. Cette représentation du système de soins devenue célèbre sous le nom de "Carré de White" a été confirmée en 1973 par White lui-même sur une période d'un an, puis en 2001 par Green avec des résultats sensiblement identiques. (16)

Cette observation a contribué à la prise de conscience des médecins généralistes de la nécessité de produire des études scientifiques sur leur propre population de malades, dans leur propre milieu de soins. Les médecins généralistes observent de façon régulière, un certain nombre d'entités morbides identifiables ne correspondant que rarement à l'identification d'une maladie (4). Le dictionnaire des Résultats de consultation (RC) comporte 278 RC qui regroupent 95% de la pratique du médecin généraliste. (17,18)

Nous partons du postulat que les "conduites à tenir" que nous nous proposons de construire pour chacune de ces entités (RC), ne seront pas les mêmes que celles recommandées en soins tertiaires. Il importe d'en analyser les raisons.

3.1. Des fonctions différentes

La fonction du médecin généraliste est d'assumer au mieux les demandes qui se présentent à lui (les 250 du Carré de White). Mais sa démarche diagnostique devra s'arrêter à partir du moment où son examen de routine aura abouti un résultat négatif. Il restera alors dans une expectative attentive. S'il persiste ou s'il apparaît un doute sur un risque d'évolution grave pour quelques-uns d'entre eux, il reverra le malade ou le confiera à ses confrères des soins secondaires ou tertiaires.

La fonction du médecin hospitalier devant cette sélection de cas (les 15 du Carré de White), sera de poursuivre aussi longtemps que persisteront les troubles, les investigations nécessaires à leur élucidation, par tous les moyens disponibles du moment.

3.2. Des troubles de santé disparates

Le corps humain ne dispose, nous le savons, que d'un nombre limité de symptômes pour exprimer sa souffrance. La "douleur" ou "la fièvre" peuvent être le signe d'une pathologie tout à fait bénigne, comme le mode de révélation d'une pathologie gravissime. En population générale, un trouble quelconque peut sans doute correspondre au tout début d'une maladie, mais il peut aussi disparaître spontanément sans jamais faire sa preuve étiologique. (4)

Tous les cliniciens savent aussi qu'une "maladie" se présente rarement avec tous les éléments sémiologiques nécessaires pour la reconnaître. Ils n'apparaîtront qu'au fil du temps. La période "d'incubation" de nombre de maladies infectieuses confirme souvent cela.

3.3. Une prévalence des maladies différente

Le praticien généraliste ne rencontrera pas, même après des décennies d'exercice, la totalité des maladies répertoriées dans la Classification Internationale des Maladies (19). S'il observe énormément d'états fébriles et de céphalées, il verra rarement de méningites purulentes ou de rupture d'anévrisme cérébral. Il n'en sera pas de même dans un service de maladies infectieuses ou dans un service de neurochirurgie.

C'est que la prévalence des maladies n'est pas la même dans ces deux populations, justifiant ainsi des démarches diagnostiques différentes. On imagine bien que la

valeur prédictive positive d'un test diagnostique, qu'il soit clinique ou paraclinique, ne serait pas la même si elle est calculée sur la population générale, sur celle consultant un médecin généraliste ou sur celle hospitalisée.

3.4. La gestion du temps n'est pas la même

La durée moyenne d'une consultation de médecine générale en France est de 18 minutes (20) : c'est pendant cette courte période de temps que le praticien devra réaliser l'anamnèse des troubles que lui présente le patient, pratiquer l'examen nécessaire et orienter sa démarche diagnostique. On conçoit bien que sa "démarche" diagnostique ne peut en rien ressembler à celle conduite sur un malade hospitalisé pendant plusieurs heures ou plusieurs jours, au chevet duquel se succèdent plusieurs praticiens.

Soulignons que cette courte durée est encore raccourcie par des considérations non strictement médicales, mais également sociales ou administratives.

Ce devrait être la source de catastrophes et "d'erreurs diagnostiques" innombrables ? Et pourtant, il n'en est rien. C'est que le médecin généraliste apprend, au fil de ses années d'exercice à gérer le temps différemment. Sa préoccupation n'est pas de "trouver une maladie" dans l'instant de la consultation, mais d'éliminer à temps l'évolution critique évitable d'une maladie devant cette entité morbide que présente son patient.

En l'absence d'évolution critique immédiate, le temps sera alors pour lui un allié : il saura dire au patient de revenir le voir à terme défini en cas d'absence d'amélioration, de modification de la symptomatologie ou de l'apparition de nouveaux symptômes. Il pourra prescrire les examens biologiques ou radiologiques orientés par le tableau clinique observé et revoir son malade avec les résultats. Il apprendra à utiliser comme moyen diagnostique "l'épreuve du temps", examen complémentaire peu onéreux mais d'une efficacité remarquable. Nombre d'appendicites doivent une évolution favorable à la palpation abdominale à quelques heures d'intervalle.

Ainsi le temps est utilisé sur une longue période, souvent la vie, et l'on pourrait dire que le patient ne défile pas comme à l'hôpital sur une sorte de "tapis roulant", mais plutôt sur une "plaque tournante". Ainsi le praticien généraliste, a-t-il une vision "diachronique" de son malade, vision qu'il utilise aussi pendant la courte période de la consultation. (21)

3.5. L'histoire partagée, un atout et un piège

Ce temps passé avec le patient au fil des années donne au médecin une connaissance intime de l'histoire du patient, qui fait dire à celui-ci "Mon médecin me connaît bien". (22)

Cette histoire commune peut permettre au médecin d'affirmer devant la nouvelle entité morbide que lui apporte son malade : "Je le connais depuis 25 ans, je ne l'ai jamais vu comme ça". Mais l'immersion dans cette histoire partagée peut également parasiter sa neutralité, le gêner dans son écoute singulière, perturber la communication. Elle devient alors un danger quand le médecin dit : "Ça fait 25 ans que je le connais, il est toujours comme ça".

3.6. La gestion simultanée de plusieurs problèmes de santé.

Le nombre moyen de problèmes de santé, appelons les encore entités morbides, pris en charge au cours d'une consultation de médecine générale en France est de 2,2. Il augmente avec l'âge pour atteindre 4 au-delà de 60 ans, ceci se faisant au profit des pathologies chroniques. Le nombre de problèmes aigus reste quant à lui stable, quel que soit l'âge du patient. (9)

La simultanéité de pathologies aiguës et chroniques peut encore parasiter la démarche diagnostique du praticien. Il risque de négliger, en termes de quête diagnostique, la nouvelle entité morbide apparue qui peut lui sembler n'être qu'une "bagatelle" en regard de la "vraie maladie" d'allure plus noble et disposant de recommandations de surveillance bien rôdées. Encore un piège que le présent travail de conduites à tenir attachées à chaque résultat de consultation devrait pouvoir éviter.

3.7. Le plateau technique et l'organisation de la médecine générale

Contrairement à son confrère hospitalier, le médecin généraliste ne dispose pas de moyens techniques élaborés : un cerveau, des mains, un tensiomètre et un stéthoscope, un otoscope, parfois un électrocardiographe. Il n'obtiendra qu'exceptionnellement un examen biologique dans l'heure, Il n'obtiendra une radiographie, un scanner ou une IRM qu'au prix de longues négociations téléphoniques qui viendront encore rogner sur le peu de temps dont il dispose.

Ses patients ne savent plus très bien s'ils doivent s'adresser à lui devant une douleur thoracique ou une sensation vertigineuse brève, tant les spots télévisés répétés le mettent en garde contre "l'infarctus" ou "l'accident ischémique transitoire" !

Dans de telles conditions on devrait s'étonner, comme nous l'avons fait pour la durée de la consultation, qu'il n'y ait pas plus souvent de catastrophes et d'erreurs de diagnostic depuis des décennies ? C'est là-encore, parce que des routines individuelles se développent de façon intuitive chez tout médecin qui rencontre de façon régulière les mêmes entités morbides. Il a compris qu'il n'était pas nécessaire pour ces situations auxquelles il est confronté quasi quotidiennement de "bilanter" systématiquement le moindre symptôme (23,24).

Mais il n'acquiert ces routines que progressivement, plus ou moins inconsciemment et presque de façon un peu honteuse eu égard à l'enseignement qu'il a reçu et au fait que n'existe actuellement aucune recommandation académique dans ce domaine.

3.8. La coordination des soins

Elle fait partie intégrante des fonctions du médecin généraliste, prévues en France par l'article L. 4130-1 du Code de la Santé Publique. (25) Les sociologues ont décrit plusieurs modes de travail en coordination allant de la collaboration à l'absence de relation en passant par la coopération et l'instrumentalisation. (26)

Dans le cadre de notre travail, nous voudrions insister sur un point parfois négatif de cette collaboration, développé par Balint sous le nom de "collusion de l'anonymat" (27). Il évoque ces situations diagnostiques ressenties comme difficiles par le médecin dans lesquelles la peur de "passer à côté" d'une pathologie grave entraîne de sa part une recherche plus ou moins consciente de dilution des responsabilités. Balint parle ici de la peur de négliger un processus organique face à une "offre" du patient : "La méthode mise en pratique pour vaincre ce fantôme et avec lui la responsabilité des réponses faites, responsabilité qui, sans être entièrement admise, est néanmoins pleinement ressentie, c'est de diluer les responsabilités par la collusion". Ainsi, dit-il, "des décisions vitales sont prises sans que personne ne s'en sente pleinement responsable".

Ainsi

On peut donc affirmer qu'il existe deux démarches diagnostiques, une pour le praticien du soin primaire et une seconde pour les médecins du second et troisième recours. -Celles-ci sont quasiment inversées dans leurs constructions intellectuelles et complémentaires.

La démarche diagnostique de l'hospitalier, grâce à la mobilisation de compétences techniques, va consister à identifier la cause du trouble présenté par le patient. Celle du généraliste, qui est en amont, s'organise prioritairement en fonction des fréquences de maladies et des risques à éviter. Ainsi l'hospitalier travaille légitimement sur un mode de recherche systématique d'étiologie, quand le généraliste fonctionne, tout aussi légitimement, sur un mode probabiliste. On pourrait dire que le généraliste est sensible quand le spécialiste est spécifique.

La connaissance de cette notion par les futurs médecins généralistes et par l'ensemble du corps médical pourrait certainement permettre une meilleure compréhension entre médecine de premier recours et médecine de spécialité d'organe, chacune reconnaissant la fonction de l'autre, et prenant conscience que les incompréhensions entre ces deux mondes, sont issues de démarches médicales nécessairement différentes et complémentaires.

MATERIEL ET METHODE

MATERIEL ET METHODE

1. La question de recherche

Ce travail doit permettre de répondre à la question suivante : est-il possible de rédiger des conduites à tenir, adaptées aux situations cliniques les plus fréquentes en médecine générale ?

2. Les objectifs

L'objectif principal est de construire une conduite à tenir pour chaque résultat de consultation.

Les objectifs secondaires sont de proposer une définition de la notion de conduite à tenir, d'élaborer une méthode de création et de valider ces conduites à tenir afin de les généraliser à l'ensemble du Dictionnaire des Résultats de consultation[®].

L'objectif opérationnel est la rédaction et la validation de conduites à tenir pour une vingtaine de résultats de consultation.

3. L'organisation de l'étude

Afin de réaliser ce travail nous avons constitué une équipe et élaboré une méthode qui s'est déroulée en plusieurs étapes.

3.1. Les ressources humaines

Cette étude s'intègre dans le projet triennal de recherche théorique de la Société Française de Médecine Générale (SFMG), et est placée sous la responsabilité de son secrétariat de mise à jour du Dictionnaire des Résultats de consultation[®].

Les différentes personnes sollicitées par le projet étaient ici de trois horizons.

- Le secrétariat était chargé d'initier la réflexion en s'appuyant sur les travaux antérieurs menés par la SFMG.
- Un groupe de quatre internes en médecine générale a été recruté pour mener leur travail de thèse sur le sujet.
- L'ensemble des sociétaires du projet triennal de la SFMG auquel le projet a été

présenté à deux reprises et qui a entériné la fiabilité de la méthode de travail.

3.2. Les grandes étapes de l'étude

Le travail a été mené en 5 grandes étapes.

- Une revue de la littérature afin de cerner les concepts utiles à la réflexion
- L'élaboration d'une première méthode testée afin d'écrire une procédure d'élaboration de conduites à tenir
- L'application concrète de la méthode sur une vingtaine de résultats de consultation
- La validation de la pertinence des résultats afin de confirmer la faisabilité du travail
- Une synthèse et une adaptation éventuelle de la méthode avant généralisation

4. Le déroulé de l'étude

Chronologiquement l'étude s'est déroulée de la façon suivante.

4.1. Reprise des éléments antérieurs à la réflexion

L'objectif étant de construire des conduites à tenir adaptées au premier recours pour les situations cliniques les plus fréquentes en médecine générale, nous avons choisi un référentiel nosographique proposant des tableaux sémiologiques précis et documentés sur le plan épidémiologique.

En effet, le médecin de premier recours se trouve dans 70% des cas face à des tableaux cliniques sans certitude diagnostique à l'issue de la consultation. Dans les autres cas, ceux où le médecin connaît avec certitude le diagnostic (ulcère gastrique, cancer...), les démarches et conduites à tenir sont précises et bien référencées.

Le Dictionnaire des Résultats de Consultation® (DRC)¹, édité par la Société Française de Médecine Générale, à partir des travaux de R.N. BRAUN, permet de caractériser les tableaux cliniques au terme de la consultation et de définir le ou les problème(s) que le praticien estime avoir à résoudre. Par cette nomenclature l'ensemble des praticiens ont à leur disposition un langage commun.

Les 278 tableaux cliniques appelés Résultats de consultation (RC) que contient le Dictionnaire, permettent au médecin d'appréhender l'incertitude diagnostique en se basant sur sa certitude clinique. Chaque RC est pondéré selon 5 « positions diagnostiques » : A: symptôme, B : syndrome, C : tableau de maladie, D : diagnostic certifié et Z : non pathologique, qui précisent le degré d'ouverture diagnostique et donc de vigilance que doit

¹ Dictionnaire des Résultats de Consultation disponible sur : http://www.sfmng.org/theorie_pratique/demarche_diagnostique/nommer_le_tableau_clinique/

avoir le médecin face à la situation qui se présente à lui.

Ces éléments de titre, définition et positions diagnostiques ont été secondairement enrichis par la notion de risque critique appelé Diagnostique critique (DiC). Ainsi, à chaque RC est attachée une liste de DiC correspondant aux maladies graves pouvant ressembler à un moment donné au tableau clinique décrit par le RC et pour lesquelles une intervention médicale adaptée pourrait éviter, partiellement ou totalement, une évolution péjorative pour le patient.

Afin de pondérer les DiC y a été rattachée la notion de criticité. Cette notion de criticité intègre trois paramètres (Annexe n°1) :

- La gravité du DiC. Elle évalue l'importance des dommages potentiels que peut engendrer une maladie. La cotation se fait en combinant d'une part, l'estimation de la probabilité de mort et d'autre part, la probabilité de subir un préjudice si rien n'est fait médicalement. C'est donc le scénario du pire en l'absence de prise en charge, qui est privilégié
- L'urgence de prise en charge du DiC. Elle évalue la rapidité d'apparition des conséquences de la maladie.
- La curabilité du DiC. L'existence d'une solution thérapeutique renforce la criticité d'un DiC. A l'inverse, une maladie incurable diminue l'importance du DiC (Méningite bactérienne versus Démence). La cotation se fera en fonction du meilleur traitement envisageable.

Le DRC a permis de produire des données épidémiologiques sur les problèmes de santé pris en charge en médecine de premier recours, grâce à l'Observatoire de la Médecine Générale² mis en place par la SFMG durant quinze ans de 1994 à 2009. Ces données relevées par 220 médecins concernent plus de 7 millions de consultations et près de 10 millions de Résultats de consultation. Ceci permet de valider la valeur épidémiologique des situations cliniques représentées par les RC et leur hiérarchie statistique.

² Observatoire de médecine générale disponible sur : <http://omg.sfm.org/>

4.2. Première tentative de méthode et résultats des tests

Parallèlement à la constitution des listes de DiC pour l'ensemble des RC du dictionnaire, la SFMG a prévu dans son plan de recherche triennal 2014-2016, de poursuivre la réflexion et le chantier sur la singularité de la démarche médicale en médecine générale.

Un groupe de travail s'est alors mis en place constitué de 8 généralistes membres titulaires de la SFMG afin d'élaborer une méthode permettant d'écrire pour chaque RC des conduites à tenir adaptées à notre discipline.

Ce groupe s'est réuni à 11 reprises entre novembre 2013 et février 2016. Le travail s'est déroulé par étapes progressives à partir d'exemples concrets en s'appuyant sur les facteurs qui influencent les décisions du médecin lorsqu'il prend en charge un tableau clinique :

- Les Diagnostiques critiques (DiC)
- Les complications du RC
- La vulnérabilité du patient : âge, antécédents, facteurs de risque, métier ...
- Les différentes formes cliniques ou tableaux cliniques du RC
- La prégnance du tableau : intensité des symptômes
- Le code suivi ou plutôt la durée d'évolution d'une maladie

Plusieurs manières d'aborder la construction des conduites à tenir ont été utilisées. Une première solution consistait à partir des différents tableaux cliniques possibles d'un RC et de les pondérer en fonction de certaines variables. Une autre a été d'aborder le sujet selon les 2 axes : ou bien le tableau sémiologique du RC évoque un DiC, ou bien il n'en évoque pas. La question de l'évocation des complications du RC lui-même a été également envisagée.

Des exercices ont été menés par des binômes qui croisaient leurs regards lors des réunions plénières.

Cette réflexion a permis de déboucher sur une grille standardisée d'élaboration et de souligner la nécessité de partir de la liste des DiC de chaque RC.

Un nouveau test de faisabilité a été mené sur 3 Résultat de consultation : CEPHALEE, CERVICALGIE et DYSPNEE.

Chaque médecin devait faire une recherche bibliographique afin de retrouver si possible la fréquence (prévalence) de chaque maladie de la liste des DiC, puis de remplir la grille d'élaboration (Tableau 1)

Les rubriques retenues étaient les suivantes :

- Généralités sur les causes principales et la démarche générale

C'est la transition entre l'argumentaire du Résultat de Consultation et le tableau établissant la démarche programmée. Cette rubrique met en avant le ou les points essentiels du RC.

- Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)

Il s'agit de l'association à d'autres items du RC pouvant faire évoquer un DiC.

- Durée d'évolution anormale qui ferait évoquer un DiC

Cette rubrique comprend la notion de durée naturelle de l'épisode (du RC) et celle de la récurrence. Il amène à se poser la question suivante : à partir de faut-il évoquer un DiC ?

- Vulnérabilité

Il s'agit des facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue d'un DiC.

- Impact

Ce sont les facteurs augmentant les complications d'un DiC sur le patient.

- RC associés

Il s'agit de tenir compte des RC associés au RC en cause au cours lors de la consultation amenant à évoquer un DiC.

- Contexte épidémiologique

Y'a-t-il un contexte épidémiologique rattaché au RC qui ferait évoquer un DiC ?

- Taux de révision du RC

Il s'agit de la révision d'un RC en un autre RC au cours d'une consultation ultérieure. Par exemple, pour un enfant venant pour de la fièvre isolée on relèvera le RC ETAT FEBRILE. Si deux jours après il revient avec des lésions typiques de la varicelle on choisira le RC VARICELLE qui sera un RC révisé du RC ETAT FEBRILE.

- Complications

Il s'agit là d'évoquer des complications potentielles du RC et non des DiC.

- Conduites à tenir en première intention

Il n'est pas question d'évoquer tous les traitements et examens envisagés, mais les plus adaptés à une consultation de médecine générale.

L'essai ayant été satisfaisant il a été décidé d'étendre la méthode aux Résultats de Consultation les plus fréquents en pratique quotidienne. Cette démarche s'est établie à partir d'un tableau, d'une grille de lecture, que nous avons ensuite transposée sous forme de texte, le groupe de travail étant partagé entre les deux présentations.

Voici ce que donne la grille pour un des RC les plus courants: PLAINTÉ ABDOMINALE :

Tableau 1 : Exemple d'une démarche cindynique pour PLAINTÉ ABDOMINALE
sous forme de tableau

Généralités sur les causes principales et la démarche générale	Fréquemment retrouvé (au 14° rang dans les données de l'OMG), ce RC regroupe diverses plaintes transitoires et non chroniques au niveau de l'abdomen (pelvis et épigastre exceptés). Bien souvent, le malade consulte après disparition des troubles et tout rentre dans l'ordre.
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	Sa survenue par crises post prandiales orienterait vers une artérite mésentérique. Selon sa localisation on évoquera une appendicite (fosse iliaque droite), une diverticulite (fosse iliaque gauche), une colique hépatique (sous chondrale droite, avec irradiations postérieures). La localisation à tout l'abdomen est souvent rassurante, pouvant orienter vers une cause psychogène, mais ne doit pas faire oublier le saturnisme. Une tendance marquée à la diarrhée devra faire évoquer une éventuelle maladie inflammatoire chronique de l'intestin. L'alternance de diarrhée et de constipation est parfois retrouvée dans certains cancers coliques.
Durée d'évolution anormale qui ferait évoquer un DiC	La persistance anormale de ce RC, habituellement transitoire, pourrait faire évoquer un anévrisme ou une dissection artérielle.
Vulnérabilité Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC	Des facteurs de risque ou des antécédents cardio-vasculaires inciteront à penser à un anévrisme artériel, à un infarctus mésentérique ou à une dissection aortique. Chez un patient vivant dans un habitat vétuste, on n'omettra pas d'évoquer le saturnisme, en particulier chez l'enfant. Des pratiques sexuelles à risque ou des antécédents de MST inciteront à penser à un éventuel syndrome de Fitz Hugh Curtis.
Impact Facteurs augmentant les complications d'un DiC sur le patient	
RC associés au RC en cause amenant à évoquer un DiC	Un AMAIGRISSEMENT, une PERTE D'APPETIT, associés à une PLAINTÉ ABDOMINALE orienteront plutôt vers un cancer ou une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, Une DIFFICULTE SCOLAIRE chez un enfant pourrait orienter vers une origine psychogène.
Contexte épidémiologique	Une plainte abdominale survenant chez plusieurs enfants d'une même fratrie devra faire évoquer un saturnisme.
Taux de révision du RC	Inconnu actuellement.
Complications	
Conduite à tenir de 1ère intention.	Après un examen clinique soigneux, il importe avant tout de rassurer le patient sur le caractère bénin et non spécifique de ce type de plainte abdominale. Si certains diagnostics critiques paraissent gravissimes, ils sont tout de même rares. Il n'y a souvent aucun examen complémentaire à réaliser en première intention.

Exemple d'une démarche cindynique pour le RC PLAINTÉ ABDOMINALE, sous forme de texte

Fréquemment retrouvé (au 14^e rang dans les données de l'OMG), ce RC regroupe diverses plaintes transitoires et non chroniques au niveau de l'abdomen (pelvis et épigastre exceptés). Bien souvent, le malade consulte après disparition des troubles et tout rentre dans l'ordre.

Sa survenue par crises post prandiales orienterait vers une artérite mésentérique.

Selon sa localisation on évoquera une appendicite (fosse iliaque droite), une diverticulite (fosse iliaque gauche), une colique hépatique (sous chondrale droite, avec irradiations postérieures). La localisation à tout l'abdomen est souvent rassurante, pouvant orienter vers une cause psychogène, mais ne doit pas faire oublier le saturnisme.

Une tendance marquée à la diarrhée devra faire évoquer une éventuelle maladie inflammatoire chronique de l'intestin. L'alternance de diarrhée et de constipation est parfois retrouvée dans certains cancers coliques.

La persistance anormale de ce RC, habituellement transitoire, pourrait faire évoquer un anévrisme ou une dissection artérielle.

Des facteurs de risque ou des antécédents cardio-vasculaires inciteront à penser à un anévrisme artériel, à un infarctus mésentérique ou à une dissection aortique.

Chez un patient vivant dans un habitat vétuste, on n'omettra pas d'évoquer le saturnisme, en particulier chez l'enfant.

Des pratiques sexuelles à risque ou des antécédents de MST inciteront à penser à un éventuel syndrome de Fitz Hugh Curtis.

Un AMAIGRISSEMENT, une PERTE D'APPETIT, associés à une PLAINTÉ ABDOMINALE orienteront plutôt vers un cancer ou une maladie inflammatoire chronique de l'intestin,

Une DIFFICULTE SCOLAIRE chez un enfant pourrait orienter vers une origine psychogène.

Une plainte abdominale survenant chez plusieurs enfants d'une même fratrie devra faire évoquer un saturnisme.

Après un examen clinique soigneux, il importe avant tout de rassurer le patient sur le caractère bénin et non spécifique de ce type de plainte abdominale. Si certains diagnostics critiques paraissent gravissimes, ils sont tout de même rares. Il n'y a souvent aucun examen complémentaire à réaliser en première intention.

4.3. Finalisation d'une méthode et organisation du travail

Suite aux résultats des tests de faisabilité, nous avons précisé une méthode et organisation de travail. Le groupe de travail était constitué des 8 médecins du groupe initial et de 4 internes préparant leur thèse. Quatre sous groupes de trinômes ont été créés, chacun comprenant un interne, un directeur de thèse et un relecteur.

Vingt Résultats de consultation ont été sélectionnés pour les répartir entre les quatre internes. Nous avons retenu les 20 premiers RC parmi la liste des 50 RC les plus fréquents, en nombre d'actes pour tous les patients, à partir des données de l'OMG en 2009 (Figure 2). Ceci en veillant à exclure les RC en position Z (non pathologique), dont les démarches cindyniques sont différentes dans l'esprit et afin de rester dans une démarche clinique.

Rang	Résultat de consultation	Nombre de patients	Pourcentage
1	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	16556	24.28
2	ETAT FEBRILE	11849	17.38
3	HTA	8935	13.10
4	RHINOPHARYNGITE - RHUME	8418	12.34
5	VACCINATION	8224	12.06
6	ETAT MORBIDE AFEBRILE	7838	11.49
7	HYPERLIPIDÉMIE	5700	8.36
8	LOMBALGIE	4689	6.88
9	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	4063	5.96
10	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	3483	5.11
11	ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)	3175	4.66
12	REACTION A SITUATION EPROUVANTE	3125	4.58
13	RHINITE	2944	4.32
14	PLAINTÉ ABDOMINALE	2758	4.04
15	CONTRACEPTION	2658	3.90
16	TABAGISME	2588	3.80
17	DIARRHEE - NAUSEE - VOMISSEMENT	2512	3.68
18	TOUX	2498	3.66
19	PROCEDURE ADMINISTRATIVE	2479	3.64
20	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	2356	3.45
21	BRONCHITE AIGUË	2333	3.42
22	DIABETE DE TYPE 2	2328	3.41
23	DERMATOSE	2231	3.27
24	INSOMNIE	2191	3.21
25	OTITE MOYENNE	2113	3.10
26	ANXIETE - ANGOISSE	2093	3.07
27	ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	2011	2.95
28	ARTHROSE	1927	2.83
29	ASTHENIE - FATIGUE	1902	2.79
30	ASTHME	1872	2.75
31	CYSTITE - CYSTALGIE	1869	2.74
32	CERVICALGIE	1820	2.67
33	EPAULE (TENOSYNOVITE)	1812	2.66
34	CONTUSION	1790	2.62
35	ECZEMA	1635	2.40
36	SUITE OPERATOIRE	1619	2.37
37	CONSTIPATION	1501	2.20
38	SINUSITE	1481	2.17
39	DEPRESSION	1452	2.13
40	CEPHALEE	1431	2.10
41	SCIATIQUE	1427	2.09
42	VERTIGE - ETAT VERTIGINEUX	1404	2.06
43	EPIGASTRALGIE	1366	2.00
44	HYPOTHYROIDIE	1346	1.97
45	DORSALGIE	1334	1.96
46	CONJONCTIVITE	1329	1.95
47	HUMEUR DEPRESSIVE	1323	1.94
48	NEVRALGIE - NEVRITE	1245	1.83
49	TENOSYNOVITE	1232	1.81
50	ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	1219	1.79

Figure 2 : Classement des 50 RC les plus fréquents pour l'année 2009

Les 20 RC retenus sont les suivants :

- HTA.
- RHINOPHARYNGITE – RHUME.
- LOMBALGIE.
- ARTHROPATHIE.
- REACTION A SITUATION EPROUVANTE.
- REFLUX – PYROSIS – ŒSOPHAGITE.
- ARTHROSE.
- OTITE MOYENNE
- INSOMNIE.
- ANXIETE – ANGOISSE.
- RHINITE.
- DEPRESSION.
- PLAINTÉ ABDOMINALE.
- ANGOR – INSUFFISANCE CORONARIENNE.
- ÉPAULE (TENOSYNOVITE)
- HUMEUR DEPRESSIVE.
- ANGINE.
- ASTHME.
- HYPOTHYROIDIE.
- TOUX.

Ils ont été répartis par tirage au sort en 4 paquets de 5 RC, en choisissant alternativement un RC du début et de la fin de la liste. Quelques ajustements ont été opérés pour regrouper des RC proches conceptuellement.

Tableau 2 : Répartition des 20 RC entre les 4 trinômes de travail

Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
RHUME	HTA	ARTHROPATHIE-	REFLUX-PYROSIS-
LOMBALGIE	PLAINTÉ ABDOMINALE	PERIARTHROPATHIE	OESOPHAGITE
EPAULE (TENOSYNOVITE)	ANGOR	REACTION A SITUATION	ARTHROSE
HUMEUR DEPRESSIVE	ASTHME	EPROUVANTE	OTITE MOYENNE
ANGINE	HYPOTHYROIDIE	RHINITE	INSOMNIE
		DEPRESSION	ANXIETE-ANGOISSE
		TOUX	

Chaque trinôme était chargé de vérifier ou créer une liste de Dic pour chaque RC ainsi que de proposer une conduite à tenir.

4.4. Suivi de la création des 20 premières conduites à tenir

Les propositions et avancées du travail étaient d'abord finalisées au sein du trinôme pour être présentées lors des réunions plénières organisées en grand groupe tous les deux mois.

A la suite de chaque réunion un document par RC était rédigé afin d'être adressé aux Groupes des Sociétaires de la SFMG participant à ce projet.

4.5. Validation par les experts

Les 20 démarches cindyniques établies ont été soumises à un groupe de médecins afin d'en évaluer l'intérêt, les limites et la faisabilité.

Nous avons utilisé une liste de confrères ayant répondu à une enquête sur l'intérêt et l'utilisation du DRC, menée en 2014, par le biais du site Internet de la SFMG. Nous avons scindé cet échantillon de 785 médecins en quatre groupes :

- adhérents à la SFMG utilisant le DRC (n=216)
- adhérents à la SFMG n'utilisant pas le DRC (n=248)
- non adhérents à la SFMG et utilisant le DRC (n=88)
- non adhérents à la SFMG, n'utilisant pas le DRC (n=233)

Nous avons fait le choix d'envoyer deux RC et leurs démarches cindyniques à chaque médecin. Nous avons fait en sorte que chaque cindynique soit relue par des investigateurs des 4 groupes. Chacun des 4 groupes a été divisé par 10 sous-groupes en suivant l'ordre alphabétique, pour recevoir le binôme de RC-Cindynique attribué.

Chaque médecin a reçu par mail :

- une explication rapide de notre travail (Annexe n°2)
- la définition du RC accompagnée de sa démarche cindynique
- une grille de relecture disponible sous plusieurs formats : en ligne, PDF (Annexe n°3)

Pour les questionnaires nous avons utilisé l'échelle de LIKERT à 9 occurrences. Pour le concept global était posée la question de son intérêt et de son applicabilité. Pour les questions par RC la première évaluait la pertinence du contenu et la seconde l'utilité pratique au cours d'une consultation.

L'envoi des documents a été assuré par le secrétariat de la SFMG. Les questionnaires ont été envoyés de décembre 2015 à février 2016. Deux rappels ont été effectués.

Les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel de création de la grille de recueil (Google Forms) et retranscrits sur logiciel Excel.

4.6. Rédaction de la méthode finalisée

Une réécriture des conduites à tenir est enfin réalisée à la lumière des relectures collectives. Un historique des débats était colligé dans un unique document Word, appelé « main courante »

5. Discussion et perspectives

A l'issue du travail, une discussion globale a été menée afin de mettre en avant les points forts de la méthode utilisée et de souligner ses faiblesses et limites. Une adaptation de la méthode est alors proposée afin de généraliser la procédure à l'ensemble des RC du dictionnaire.

RESULTATS

RESULTATS

1. Création des démarches cindyniques de 5 résultats de consultation

1.1. ARTHROPATHIE – PERIARTHROPATHIE

1.1.1. Le Résultat de consultation

Définition

++1| GÊNE FONCTIONNELLE ARTICULAIRE
++1| DOULEUR ARTICULAIRE
 ++1| de type mécanique (cède aux repos)
 ++1| de type inflammatoire (douleur nocturne)
 ++1| autres (à préciser en commentaire)

++1| ÉPAULE
++1| COUDE
++1| POIGNET(S)
++1| MAIN, DOIGT (À PRÉCISER EN COMMENTAIRE)
++1| SACRO-ILIAQUE(S)
++1| HANCHE(S)
++1| GENOU(X)
++1| CHEVILLE(S)
++1| ORTEILS
++1| AUTRE (À PRÉCISER EN COMMENTAIRE)

++++ ABSENCE DE TRAUMATISME DÉCLENCHANT

+ - atteintes symétriques
+ - augmentation de volume
+ - rougeur, chaleur locale augmentée
+ - épanchement intra-articulaire
+ - déformation
+ - limitation des mouvements actifs
+ - limitation des mouvements passifs
+ - notion de traumatisme antérieur ancien

Argumentaire

Dénomination :

En cas de souffrance d'une région articulaire, il n'est pas toujours possible dans un premier temps, d'identifier une atteinte articulaire ou péri articulaire ou les deux, ni de faire par le seul examen clinique un diagnostic plus précis.

Cette définition permet de laisser le diagnostic ouvert, tout en précisant cependant les caractéristiques de la pathologie, inflammatoire ou mécanique en fonction des caractéristiques de la douleur et des signes locaux.

Ainsi elle regroupe, en attendant une éventuelle qualification plus précise, les atteintes mono ou poly articulaires, inflammatoires ou non.

Critères d'inclusion :

L'un des deux premiers critères à choix multiples permet de choisir cette dénomination : soit simple gêne, soit douleur. La ou les localisations en seront précisées par les autres critères d'inclusion.

L'absence de traumatisme récent (identifié) est également obligatoire.

Compléments sémiologiques :

Ils précisent les données de l'examen clinique.

Liste des « Voir aussi » :

ALGODYSTROPHIE : il s'agit d'une douleur articulaire, survenant à distance d'un traumatisme et entraînant des troubles vaso-moteurs

ARTHROPATHIE PSORIASIQUE (DHL 13) : les douleurs articulaires sont précédées ou accompagnées d'un psoriasis

ARTHROPATHIE PSORIASIQUE DISTALE INTERPHALANGIENNE (DHL 13) : les douleurs articulaires localisées aux doigts sont précédées ou accompagnées d'un psoriasis

DOULEUR NON CARACTERISTIQUE : la douleur n'est pas précisément localisée à une articulation

EPAULE (TENOSYNOVITE) : la douleur est localisée à l'épaule et présente les caractéristiques d'une atteinte tendineuse

EPICONDYLITE : la douleur est localisée au coude et présente les caractéristiques d'une atteinte tendineuse

GOUTTE : l'accès est le plus souvent typique par sa localisation ou dans le cas contraire on retrouve des antécédents d'accès goutteux typiques

POLYARTHRITE RHUMATOIDE : la douleur est polyarticulaire, symétrique, évoluant depuis plusieurs semaines

TARSALGIE – METATARSALGIE : la douleur est localisé au pied

TENDON (RUPTURE OU SECTION) : la douleur est localisée à un tendon et secondaire à un traumatisme

TENOSYNOVITE : la douleur présente les caractéristiques d'une atteinte

Liste des Diagnostics Critiques (DiC) :

Diagnostic Critique (DiC)	Criticité	Fréquence
Arthrite septique bactérienne	3000	+
Hémophilie Texte	840	+
Maladie de Lyme	210	++
Endocardite infectieuse	210	+
Hémochromatose	200	+
Rhumatisme inflammatoire chronique	140	+++
Lupus érythémateux	140	++
Maladie de Behçet	140	+
Periartérite noueuse	140	+
Tuberculose	90	+
Maladie de Still/ Arthrite juvénile Idiopathique	60	+
Arthropathies microcristallines	60	+++
Arthrite à piquant	1	+

1.1.2. La Démarche Cindynique

La démarche cindynique, établie à partir des Diagnostics critiques, est présentée ci-dessous, sous forme de tableau et de texte.

Tableau 3 : Démarche cindynique du RC ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE

Généralités sur les causes principales et la démarche générale.	Ce RC étant varié, il est indispensable que le praticien conserve une démarche sémiologique précise, afin de distinguer les grandes catégories : mono/polyarthropathie, Inflammatoire/mécanique, uni/bilatérale, avec ou sans épanchement. La seule véritable urgence est l'arthrite septique.
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	Une atteinte polyarticulaire inflammatoire persistante doit faire évoquer un rhumatisme inflammatoire, un lupus érythémateux disséminé, une périarthrite noueuse, une maladie de Behcet. Lorsque cette atteinte est précédée de quelques semaines par un tableau infectieux ORL, on peut penser à une maladie de Still, surtout chez un enfant. Lorsque l'atteinte inflammatoire est mono-articulaire, une arthropathie microcristalline peut être en cause. Une atteinte monoarticulaire avec épanchement, chaleur et douleur de type inflammatoire fera évoquer quant à elle une arthrite septique. Une atteinte symétrique des racines (épaule et sacro-illiaque) est évocatrice d'une pseudo-polyarthrite rhizomélisque. Une localisation aux doigts avec une déformation, peut être plus spécifique de nodule d'Osler dans le cadre d'une endocardite.
Durée d'évolution évocatrice d'un DiC	Les rhumatismes inflammatoires, le lupus, la périarthrite noueuse et l'hémochromatose entraînent le plus souvent des arthropathies persistantes, amenant le patient à consulter plusieurs fois.
Vulnérabilité Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC.	Une porte d'entrée loco-régionale doit faire éliminer une arthrite septique. En cas de balades en forêt, de professions exposées, il faudra évoquer une maladie de Lyme et s'interroger sur un ATCD d'érythème quelques semaines auparavant. Une arthropathie chez un enfant peut être un symptôme révélateur d'hémophilie.

Impact

Facteurs augmentant les complications, les dommages d'un DiC sur le patient.

RC associés au RC étudié, amenant à évoquer un DiC.

Une tuberculose peut être évoquée au retour d'une zone d'endémie, en cas d'association à un AMAIGRISSEMENT, une ASTHENIE, une TOUX.

Contexte épidémiologique évocateur d'un DiC

Une arthropathie au retour d'une zone endémique doit faire penser à une tuberculose.

Taux de révision du RC

Complications du RC étudié

Conduite à tenir de 1ère intention

Si la prise en charge est souvent la mise au repos de l'articulation, et le traitement antalgique, il conviendra de réaliser des explorations complémentaires devant un tableau clinique inflammatoire : ponction, numération, CRP, VS, radiographies.

Démarche cindynique du RC ARTHROPATHIE-PERIARTHOPATHIE sous forme de texte

Ce RC étant varié, il est indispensable que le praticien conserve une démarche sémiologique précise, afin de distinguer les grandes catégories : mono/polyarthropathie, inflammatoire/mécanique, uni/bilatérale, avec ou sans épanchement. La seule véritable urgence est l'arthrite septique.

Une atteinte polyarticulaire inflammatoire persistante doit faire évoquer un rhumatisme inflammatoire, un lupus érythémateux disséminé, une périarthrite noueuse, une maladie de Behcet. Lorsque cette atteinte est précédée de quelques semaines par un tableau infectieux ORL, on peut penser à une maladie de Still, surtout chez un enfant.

Lorsque l'atteinte inflammatoire est mono-articulaire, une arthropathie microcristalline peut être en cause. Une atteinte monoarticulaire avec épanchement, chaleur et douleur de type inflammatoire fera évoquer quant à elle une arthrite septique et rechercher une porte d'entrée cutanée loco-régionale pour conforter cette hypothèse.

Une atteinte symétrique des racines (épaule et sacro-illiaque) est évocatrice d'une pseudo-polyarthrite rhizomélisque. Une localisation aux doigts avec une déformation, peut être plus spécifique de nodule d'Osler dans le cadre d'une endocardite, il faudra alors rechercher un SOUFFLE CARDIQUE inhabituel associé.

En cas de balades en forêt, de professions exposées, il faudra évoquer une maladie de Lyme et s'interroger sur un ATCD d'érythème quelques semaines auparavant.

Une arthropathie chez un enfant peut être un symptôme révélateur d'hémophilie.

Une tuberculose peut être évoquée au retour d'une zone d'endémie, en cas d'association à un AMAIGRISSEMENT, une ASTHENIE, une TOUX.

Si la prise en charge est souvent la mise au repos de l'articulation, et le traitement antalgique, il conviendra de réaliser des explorations complémentaires devant un tableau clinique inflammatoire : ponction, numération, CRP, VS, radiographies.

1.1.3. Résumé des débats

Au cours de la construction de cette démarche, nous avons fait le choix, devant le nombre important de Diagnostics Critiques, de regrouper les démarches cindyniques communes à plusieurs DiC, pour faciliter la lecture et la compréhension.

1.2. DEPRESSION

1.2.1. Le Résultat de consultation

Définition

++++ DOULEUR MORALE ++2 auto dévaluation ++2 tristesse ++2 idée(s) suicidaire(s) ou idée(s) récurrente(s) de la mort ++++ INHIBITION (BAISSE OU DIMINUTION) ++2 de l'activité physique (asthénie, sexe, appétit) ++2 de l'activité psychique (parole, mémoire, concentration) ++2 des fonctions de relations sociales ++++ TROUBLES DU SOMMEIL ++1 insomnie ++1 somnolence, hypersomnie ++++ ABSENCE DE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ++++ ÉVOLUANT DEPUIS 15 JOURS AU MOINS + - anxiété + - prédominance matinale des symptômes

Argumentaire

Dénomination :

Il s'agit d'une définition volontairement « fermée », avec l'association de plusieurs critères obligatoires et d'une position diagnostique de tableau de maladie (C). Comme pour la définition HUMEUR DEPRESSIVE, l'intrication fréquente d'un certain degré d'angoisse (mais pas d'anxiété), qui peut être relevé grâce au complément sémiologique correspondant amènera, le cas échéant, à relever parallèlement le résultat de consultation ANXIETE - ANGOISSE.

Critères d'inclusion :

Le choix des critères résulte d'un compromis entre, d'une part, les données recueillies en temps réel par les médecins du comité de mise à jour et d'autre part, la bibliographie (EMC ; CIM10 ; DSM.IV R).

Pour le critère d'inclusion DOULEUR MORALE, il faut au moins deux des trois ressentiments habituellement reconnus comme étant des conséquences de l'humeur triste : auto dévaluation, tristesse ou idées suicidaires ou récurrentes de la mort.

A noter que les TROUBLES du SOMMEIL peuvent être variés et surtout ne pas se résumer à l'insomnie, mais pouvoir se présenter sur le versant de l'hypersomnie. Pour cette raison ce critère a été retenu comme obligatoire.

Deux critères à choix multiples représentant l'inhibition doivent aussi être présents.

Compléments sémiologiques :

L'anxiété a volontairement été séparée de l'angoisse qui, si elle existe, impose de la relever simultanément sous ANXIETE-ANGOISSE. En revanche, l'anxiété souvent retrouvée chez les patients déprimés pourra être relevée par ce complément sémiologique.

Liste des « Voir aussi » :

ANOREXIE (PSYCHOGENE)- BOULIMIE : les symptômes prédominant sont les troubles alimentaires

ANXIETE – ANGOISSE : les sensations de malaise psychiques et physiques sont prédominantes

DEMENCE : les troubles de la mémoire, anciens, ne sont pas accompagnés d'autres manifestations

HUMEUR DEPRESSIVE : les troubles de l'humeur ne sont pas aussi marqués que dans la dépression

INSOMNIE : il s'agit uniquement de troubles en rapport avec le sommeil

NERVOSISME : il s'agit d'un état nerveux habituel du patient

PSYCHIQUE (TROUBLE) : il y a la perception d'un trouble psychique autre que la dépression par le médecin

REACTION A SITUATION EPROUVANTE : les manifestations anxieuses sont au premier plan et sont secondaires à un évènement

SYNDROME MANIACO DEPRESSIF : il y a une alternance avec des troubles maniaques.

TROUBLE DE LA PERSONNALITE (DHL 05) : un trouble de la personnalité a été identifié par le médecin, pouvant être responsable de la dépression.

Liste des DiC :

Diagnostic Critique (DiC)	Criticité	Fréquence
Hypothyroïdie	60	++
Troubles bipolaires	60	++

1.2.2. La Démarche Cindynique

La démarche cindynique, établie à partir des Diagnostics critiques, est présentée ci-dessous, sous forme de tableau et de texte.

Tableau 4 : Démarche cindynique du RC DEPRESSION

Généralités sur les causes principales et la démarche générale	La dépression peut être un mode d'entrée s'intégrant dans un trouble bipolaire, qui ne pourra être confirmé qu'après un premier épisode maniaque.
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	Les critères d'inhibition physique et la somnolence ou l'hypersomnie marquée peuvent faire évoquer une hypothyroïdie.
Durée d'évolution évocatrice d'un DiC	
Vulnérabilité	
Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC	En cas de traitement par Amiodarone, il conviendra de rechercher une hypothyroïdie.
Impact	
Facteurs augmentant les complications d'un DiC sur le patient	
RC associés au RC en cause amenant à évoquer un DiC	Les RC GOITRE, AMENORRHEE ou CONSTIPATION, ANOMALIE DES ONGLES OU DES CHEVEUX doivent faire évoquer une hypothyroïdie et entraîner un dosage de la TSH.
Contexte épidémiologique évocateur d'un DiC	
Taux de révision	
Complications du RC étudié	Suicide
	Conduites addictives
Conduite à tenir en 1^{ère} intention	Il conviendra d'entamer une thérapie de soutien et de décider avec le patient de consultations régulières.
	L'orientation vers un psychiatre pourra être proposée au patient.
	Un arrêt de travail s'il s'avère nécessaire, sera négocié avec le patient.
Conduite à tenir en 1^{ère} intention	Le traitement médicamenteux peut être discuté à la première consultation ou évoqué dans un deuxième temps, en fonction de l'intensité du tableau.
	Si le traitement médicamenteux est décidé, il reste symptomatique et pourra se poursuivre plusieurs mois. Sa durée sera discutée avec le patient.

Démarche cindynique du RC DEPRESSION sous forme de texte

La dépression peut être un mode d'entrée dans un trouble bipolaire qui ne pourra être confirmé qu'après un premier épisode maniaque.

Les critères d'inhibition physique et la somnolence ou l'hypersomnie marqués, un traitement par Amiodarone, l'association aux RC GOITRE, AMENORRHEE, CONSTIPATION, CHEVEUX (CHUTE) peuvent faire évoquer une hypothyroïdie.

La tentative de suicide et les conduites addictives sont les complications de ce RC.

Il conviendra d'entamer une thérapie de soutien et de décider avec le patient de consultations régulières. L'orientation vers un psychiatre pourra être proposée. Un arrêt de travail s'il s'avère nécessaire, sera négocié avec le patient. Le traitement médicamenteux, qui ne reste que symptomatique, peut être discuté à la première consultation ou évoqué dans un deuxième temps, en fonction de l'intensité du tableau. Il devrait être prescrit pendant plusieurs mois mais sa durée sera discutée avec le patient.

1.2.3. Résumé des débats

Nous nous sommes attachés, comme convenu dans notre méthodologie, sur la gestion du risque que représentent les DiC (hypothyroïdie et troubles bipolaires), même si la discussion autour de la complication qu'est le suicide ait été initialement abordée.

Nous avons également voulu insister l'absence d'instauration systématique de traitement médicamenteux dès la première consultation.

1.3. REACTION A SITUATION EPROUVANTE

1.3.1. Le Résultat de consultation

Définition

++1| MAL ÊTRE RÉACTIONNEL
++++ stress non exceptionnel

++1| RÉACTION AIGUË À UN STRESS EXCEPTIONNEL
++++ durée brève de quelques heures à quelques jours

++1| ÉTAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE
++++ secondaire à un stress exceptionnel
++1| prolongeant la réaction aigüe
++1| survenant à distance du stress

++1| MAUVAIS SOMMEIL
++1| CAUCHEMARS
++1| MANIFESTATIONS ANXIEUSES
++1| MANIFESTATIONS DÉPRESSIVES
++1| LABILITÉ ÉMOTIONNELLE
++1| ADDICTION(S) (À PRÉCISER EN COMMENTAIRE)
++1| REVIVISCENCE DE L'ÉPREUVE DÉCLENCHANTE
++1| AGITATION OU PROSTRATION
++1| AUTRE (À PRÉCISER EN COMMENTAIRE)

++++ ÉPREUVE DÉCLENCHANTE
++1| familiale (conflit, séparation, deuil, etc. à préciser en commentaire)
++1| professionnelle (conflit, licenciement, etc. à préciser en commentaire)
++1| scolaire
++1| maladie ou accident corporel ou matériel (à préciser en commentaire)
++1| agressions diverses (viol, attentat, etc. à préciser en commentaire)
++1| catastrophe naturelle
++1| autre (à préciser en commentaire)

Argumentaire

Dénomination :

Ce résultat de consultation décrit les troubles réactionnels à un événement traumatique qu'il soit exceptionnel ou non.

Trois tableaux sont décrits :

La REACTION AIGUE A UN STRESS EXCEPTIONNEL qui correspond à des manifestations psychiques et ou physiques intenses persistantes quelques heures à quelques jours et pouvant toucher n'importe quelle personne dans ce type de situation telle agression, catastrophe naturelle etc. L'évènement est suffisamment grave pour mettre la vie en danger entraînant des sentiments d'impuissance, de peur intense et d'horreur.

L'ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE peut prolonger l'état précédent ou survenir à distance de l'évènement traumatique et persister plusieurs mois. Sa caractéristique principale est la reviviscence de l'épisode traumatisant avec évitement des liens avec celui-ci. Il s'y associe fréquemment des manifestations anxieuses, voire dépressives.

Le MAL ETRE REACTIONNEL dans lequel la vulnérabilité de la personne est primordiale et se manifeste par une inquiétude ou une anxiété pouvant être associée à une humeur dépressive voire à une dépression. Cette définition inclut la réaction de deuil, l'hospitalisme chez l'enfant, mais elle peut faire suite aussi à un chagrin d'amour, un départ à la retraite, une modification familiale etc. Elle a pour conséquence une altération marquée du fonctionnement social.

Critères d'inclusion :

Trois relevés sont nécessaires :

- Le type de réaction : REACTION AIGUE A UN STRESS EXEPTIONNEL, ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE ou MAL ETRE REACTIONNEL
- Le type de manifestation : anxieuse, dépressive etc.
- Le facteur déclenchant : familial, agression, catastrophe etc.

Liste des « Voir aussi » :

ANXIETE – ANGOISSE : les manifestations anxieuses ne sont pas dissipées par l'action

DEPRESSION : les symptômes de dévaluation sont plus intenses et n'ont pas de facteur déclenchant

HUMEUR DEPRESSIVE : il n'y a pas de facteur

INSOMNIE : les troubles du sommeil sont uniques et sans facteurs

PHOBIE : les manifestations anxieuses sont stéréotypées, associées une situation d'évitement

TRAC : les manifestations anxieuses sont de courte durée, cédant à la fin de la situation anxiogène.

Liste des DiC :

DiC	Criticité	Fréquence
Psychose	140	+
Dépression	60	+++
Troubles de la personnalité	60	+

1.3.2. La Démarche Cindynique

La démarche cindynique, établie à partir des Diagnostics critiques, est présentée ci-dessous, sous forme de tableau et de texte.

Tableau 5 : Démarche cindynique du RC REACTION A SITUATION EPROUVANTE

Généralités sur les causes principales et la démarche générale	Même si ce RC contient l'état de stress post-traumatique, ou des réactions aiguës à des stress exceptionnels, il décrit le plus souvent des mal-être réactionnels à des situations de la vie courante.
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	Si le médecin ressent une disproportion entre les manifestations cliniques et l'épreuve déclenchante, il devra évoquer un trouble de la personnalité, une dépression, une psychose.
Durée d'évolution évocatrice d'un DiC	Dans le cadre du mal être réactionnel, une évolution de plus de 6 mois doit amener à une réévaluation du RC. L'intensité ou la persistance de l'exposition à la situation déclenchante peut mener à un tableau de dépression ou à la décompensation d'une psychose.
Vulnérabilité Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC	Un sujet seul ou isolé est plus à risque de dépression.
Impact Facteurs augmentant les complications d'un DiC sur le patient	
RC associés au RC en cause amenant à évoquer un DiC	
Contexte épidémiologique évocateur d'un DiC	
Taux de révision du RC	
Complications du RC étudié	Conduites addictives Suicide
Conduite à tenir de 1ère intention	Il conviendra de proposer une thérapie de soutien avec consultations régulières et de rester vigilant à la durée d'évolution et à l'intensité des symptômes

Démarche cindynique du RC REACTION A SITUATION EPROUVANTE sous forme de texte

Même si ce RC contient l'état de stress post-traumatique, ou des réactions aiguës à des stress exceptionnels, il décrit le plus souvent des mal-être réactionnels à des situations de la vie courante.

Si le médecin ressent une disproportion entre les manifestations cliniques et l'épreuve déclenchante, il devra évoquer un trouble de la personnalité, une dépression, une psychose.

Dans le cadre du mal être réactionnel, une évolution de plus de 6 mois doit amener à une réévaluation du RC. L'intensité ou la persistance de l'exposition à la situation déclenchante peut mener à un tableau de dépression ou à la décompensation d'une psychose. Il conviendra d'être plus attentif au sujet seul ou isolé, plus à risque de dépression.

Les complications de ce RC sont le suicide et les conduites addictives.

Le médecin proposera au patient de le revoir, et restera vigilant à la durée d'évolution et à l'intensité des symptômes.

1.3.3. Résumé des débats

La discussion autour du contenu de cette démarche nous a permis de mettre en évidence l'importance pour le praticien de rester vigilant devant une durée ou une intensité anormales des critères de ce Résultat de consultation, qui peut être relevé de façon non pathologique pour bon nombre de situations de la vie courante.

1.4. RHINITE

1.4.1. Le Résultat de consultation

Définition

++1 RHINORRHÉE CLAIRE, DURABLE
++1 OBSTRUCTION NASALE DURABLE
++++ ABSENCE DE FIÈVRE OU SENSATION DE FIÈVRE
++1 SAISONNIÈRE
++1 CIRCONSTANCE DÉCLENCHANTE IDENTIFIÉE
++1 PER-ANNUELLE (TOUT AU LONG DE L'ANNÉE)
+ - éternuements
+ - prurit nasal
+ - brûlure oculaire, larmoiement
+ - toux
+ - muqueuses nasales pâles, de coloration lilas
+ - polypes nasaux
+ - test allergique positif (à préciser)

Argumentaire

Dénomination :

Cette dénomination permet de relever les rhinorrhées claires qui perdurent au-delà de la période habituelle d'un « rhume ». Elle sera choisie en particulier dans les cas suivants :

- Lorsque la durée habituelle pour un simple rhume est largement dépassée.
- Quand il existe une obstruction nasale ou une rhinorrhée permanente.
- Lorsque la périodicité saisonnière est évidente (« Rhume des foins »).

Critères d'inclusion :

Il peut s'agir d'une rhinorrhée claire ou d'une obstruction nasale, mais bien souvent on observe la succession de l'une et de l'autre selon les moments de la journée. Dans ce cas, les deux critères seront choisis.

La rhinorrhée (en particulier post-prandiale) du vieillard sera classée ici en choisissant le critère «Rhinorrhée claire » et « per-annuelle »

Les circonstances déclenchantes identifiées (poussière, fleurs, passage du froid au chaud, mais aussi saison déclenchante) seront précisées.

Le caractère saisonnier périodique est très spécifique.

L'absence de fièvre est un critère négatif important. En cas de fièvre associée, il faudrait classer le cas à ETAT FEBRILE.

Compléments sémiologiques :

L'examen au spéculum nasal est conseillé pour juger :

- de l'état de la muqueuse (dont l'aspect est parfois « lilas » ou « pâle »).
- de la présence éventuelle de polypes.

Les tests d'allergies positifs sont importants dans le suivi du patient, mais entraînent aussi une position diagnostique et une correspondance CIM-10 différente.

Liste des « Voir aussi » :

CONJONCTIVITE : les symptômes durables, que l'on imagine allergiques, ne sont qu'oculaires

SINUSITE : la rhinorrhée ou l'obstruction sont accompagnées d'une

ETAT MORBIDE AFEBRILE : le tableau d'un état morbide afebrile, associe souvent d'autres symptômes, et ne sont pas durables

RHINOPHARYNGITE – RHUME : la rhinorrhée et l'obstruction ne sont pas durables

Liste des DiC :

Diagnostic Critique (DiC)	Criticité	Fréquence
Rhinite inflammatoire à éosinophiles	2	+
Tumeur rhino-pharyngée	300	++
Brèche ostéo-méningée	210	+

1.4.2. La Démarche Cindynique

La démarche cindynique, établie à partir des Diagnostics critiques, est présentée ci-dessous, sous forme de tableau et de texte.

Tableau 6 : Démarche cindynique du RC RHINITE

Généralités sur les causes principales et la démarche générale	La rhinite reste le plus souvent allergique. On n'omettra pas l'examen au spéculum nasal à la recherche de polypes en faveur de cette origine.
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	Une rhinorrhée claire unilatérale doit faire évoquer une brèche ostéo-méningée.
Durée d'évolution anormale évocatrice d'un DiC	
Vulnérabilité	Un patient tabagique est exposé à un risque accru de néoplasie ORL
Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC	Une rhinite chez un professionnel exposé aux poussières de bois devra faire rechercher une néoplasie (maladie professionnelle) Un antécédent de traumatisme cranio-facial doit faire rechercher une brèche ostéo-méningée
Impact	
Facteurs augmentant les complications d'un DiC sur le patient	
RC associés au RC en cause amenant à évoquer un DiC	La présence des RC ASTHENIE-FATIGUE, AMAIGRISSEMENT ou encore TABAGISME doit faire évoquer une néoplasie ORL.
Contexte épidémiologique évocateur d'un DiC	
Taux de révision du RC	Non connue
Complications du RC étudié	Surconsommation de cortisone, de vasoconstricteurs locaux.
Conduite à tenir de 1ère intention	Devant une rhinite d'allure saisonnière, ou déclenchée en certaines circonstances, anti-histaminiques. Le bilan allergologique n'est pas nécessaire en 1^{ère} intention.

Démarche cindynique du RC RHINITE sous forme de texte

La rhinite reste le plus souvent allergique. On n'omettra pas l'examen au speculum nasal à la recherche de polypes en faveur de cette origine.

Une rhinorrhée claire unilatérale associée à un antécédent de traumatisme cranio-facial doit faire évoquer une brèche ostéo-méningée.

Un patient tabagique est exposé à un risque accru de néoplasie ORL. Une rhinite chez un professionnel exposé aux poussières de bois devra faire rechercher une néoplasie (maladie professionnelle).

La présence des RC ASTHENIE-FATIGUE, AMAIGRISSEMENT ou encore TABAGISME doit faire évoquer une néoplasie ORL.

La complication de la rhinite peut être une surconsommation de cortisone, de vasoconstricteurs locaux.

Devant une rhinite d'allure saisonnière, ou déclenchée en certaines circonstances, anti-histaminiques. Le bilan allergologique n'est pas nécessaire en 1^{ère} intention.

1.4.3. Résumé des débats

Nous n'avons pas abordé dans cette démarche la notion de corps étranger car ce dernier provoquerait plutôt une rhinorrhée purulente qui serait alors en désaccord avec la définition du RC.

Le terrain atopique et la rhinite allergique n'ont pas été retenus comme DiC et donc pas pris en compte dans la démarche cindynique étant donné qu'ils font partie de la définition du RC.

1.5. TOUX

1.5.1. Le Résultat de consultation

Définition

++++ TOUX
++++ SANS SYMPTÔME OU SIGNE ÉVOQUANT UN AUTRE RC

+ - toux rapportée
+ - grasse
+ - sèche
+ - rauque
+ - quinteuse
+ - d'effort
+ - émétisante

+ - diurne
+ - au décubitus
+ - au procubitus

Argumentaire

Dénomination :

Inclut uniquement la toux qui ne peut être classée dans un autre résultat de consultation, en l'absence de symptômes ou signes associés lors de la séance.

Critères d'inclusion :

Il suffit pour choisir ce résultat de consultation qu'il n'y ait aucun autre symptôme ou signe associé à la toux permettant d'en choisir un autre.

Il peut y avoir néanmoins, lors de la même consultation, d'autres RC dont le médecin estime qu'ils n'expliquent pas la toux « hic et nunc » (polypes du nez, asthme, reflux gastro-oesophagien, insuffisance cardiaque etc.)

Compléments sémiologiques :

Ils n'ont qu'un but de documentation du dossier pour préciser le caractère de la toux, les circonstances de survenue et la suspicion d'une origine iatrogène.

Liste des « Voir aussi » :

ASTHME : la toux sera accompagnée d'une dyspnée sifflante ou surviendra chez un patient dont les EFR sont pathologiques

BRONCHITE AIGUË : la toux sera accompagnée de râles ronflants à l'auscultation

BRONCHITE CHRONIQUE – BPCO : la toux, accompagnée de ronchis à l'auscultation, surviendra chez un patient ayant déjà eu des épisodes de bronchite

BRONCHIOLITE : la toux, chez l'enfant de moins de 2 ans, sera accompagnée de ronchis et/ou de sibilants

CORPS ETRANGER DANS CAVITE NATURELLE : la toux est due à un corps étranger visualisé à l'examen

ETAT FEBRILE : la toux est accompagnée d'une fièvre, qui est le symptôme majeur

ETAT MORBIDE AFEBRILE : la toux fait partie d'une association de symptômes, sans être prédominante

PNEUMOPATHIE : la toux est accompagnée de fièvre et de râles crépitants localisés

Liste des DiC :

DiC	Criticité	Fréquence
Corps étranger inhalé	3000	+
Hémopathie chronique	600	++
Syndrome para-néoplasique	300	++
Cancer	300	+++
Pneumopathie	270	+++
Parasitose digestive	90	+
Tuberculose pulmonaire	90	+
Coqueluche	90	+
Pneumoconiose	70	+
Asthme	60	+++
Sarcoïdose	60	+
RGO	2	+++

1.5.2. La Démarche Cindynique

La démarche cindynique, établie à partir des Diagnostics critiques, est présentée ci-dessous, sous forme de tableau et de texte.

Tableau 7 : Démarche cindynique du RC TOUX

Généralités sur les causes principales et la démarche générale	La toux est un symptôme le plus souvent spontanément résolutif. Seul le caractère durable ou isolé devrait conduire à la réalisation d'examens complémentaires.
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	Une toux à l'effort doit faire évoquer un asthme. Une toux quinteuse ou émétisante est en faveur d'une coqueluche. Une toux de décubitus doit faire évoquer un reflux gastro-œsophagien.
Durée d'évolution anormale évocatrice d'un DiC	Le caractère persistant de la toux doit faire évoquer une pathologie chronique (tumorale, tuberculose) ou un reflux gastro-œsophagien.
Vulnérabilité Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC	Chez un enfant, l'inhalation d'un corps étranger doit systématiquement être évoquée. En présence d'une intoxication alcoolotabagique, il est nécessaire de rechercher une pathologie tumorale. En cas de vaccination absente ou distante, il faut éliminer une coqueluche. La présence d'un terrain atopique est en faveur d'un asthme. Si le patient est en contact régulier avec des oiseaux, il conviendra de rechercher une pneumoconiose.
Impact Facteurs augmentant les complications d'un DiC sur le patient	Le patient immunodéprimé est plus à risque de complications en cas de pathologie infectieuse (pneumopathie, infection parasitaire ou tuberculose).
RC associés au RC en cause amenant à évoquer un DiC	Devant une EPIGASTRALGIE associée, le diagnostic de RGO doit être évoqué. Les RC ADENOPATHIE, ERYTHEME NOUEUX ou AMAIGRISSEMENT associés à ce RC peut orienter vers un tableau de sarcoïdose. Associé aux RC AMAIGRISSEMENT ou ASTHENIE, il doit faire suspecter une pathologie tumorale Si ce RC est relevé en même temps qu'ADENOPATHIE, le praticien devra rechercher une hémopathie chronique ou une tuberculose
Contexte épidémiologique évocateur d'un DiC	Dans un contexte de retour de zone à risque, le praticien devra envisager une tuberculose ou une infection parasitaire.

	Il faudra penser à rechercher une exposition aux métaux lourds (plomb, amiante...) pouvant être à l'origine d'une pathologie tumorale. Chez les professionnels de santé, il conviendra d'éliminer une tuberculose ou une coqueluche.
Taux de révision	
Complications du RC étudié	Toux émetisante et asphyxiante chez le nourrisson. Incontinence urinaire d'effort. Pneumothorax.
Conduite à tenir en 1^{ère} intention	Le RC TOUX est le plus souvent un RC d'attente et ne nécessite pas de traitement en 1^{ère} intention. Cependant, certains tableaux évocateurs peuvent amener à proposer des thérapeutiques d'épreuve : - Devant une symptomatologie faisant évoquer un reflux gastro-œsophagien, un traitement symptomatique d'épreuve peut être prescrit. - Devant un tableau orientant vers un asthme, un bronchodilatateur peut être prescrit en cas de crise. - Si le patient est traité par IEC, une modification de traitement peut être proposée. Devant une répétition de ce RC, ou devant une durée d'évolution inhabituelle, des examens complémentaires seront demandées, en 1^{ère} intention une numération et une RP

Démarche cindynique du RC TOUX sous forme de texte

La toux est un symptôme le plus souvent spontanément résolutif. Seul le caractère durable ou isolé devrait conduire à la réalisation d'examens complémentaires.

Une toux à l'effort, surtout en cas de terrain atopique doit faire évoquer un asthme, si elle est quinteuse ou émétisante elle est alors en faveur d'une coqueluche, surtout si la vaccination est absente ou distante et s'il s'agit d'une toux de décubitus persistante, il faudra alors rechercher un reflux gastro-œsophagien.

Le caractère persistant de la toux doit faire évoquer une pathologie chronique (tumorale, tuberculose).

Chez un enfant, l'inhalation d'un corps étranger doit systématiquement être évoquée. En présence d'une intoxication alcool-tabagique, il est nécessaire de rechercher une pathologie tumorale.

Si le patient est en contact régulier avec des oiseaux, il faudra évoquer une pneumoconiose.

Le patient immunodéprimé est plus à risque de complications en cas de pathologie infectieuse (pneumopathie, infection parasitaire ou-tuberculose).

Devant une EPIGASTRALGIE associée, le diagnostic de reflux gastro-œsophagien doit être évoqué.

Les RC ADENOPATHIE, ERYTHEME NOUEUX ou AMAIGRISSEMENT associés à la toux peuvent orienter vers un tableau de sarcoïdose.

Associé aux RC AMAIGRISSEMENT ou ASTHENIE, il doit faire suspecter une pathologie tumorale ou une tuberculose, et relevé en même temps qu'ADENOPATHIE, le praticien évoquera une hémopathie.

Dans un contexte de retour de zone à risque, le praticien pensera à une tuberculose ou une infection parasitaire.

Il faudra penser à rechercher une exposition aux métaux lourds (plomb, amiante...) pouvant être à l'origine d'une pathologie tumorale.

Les complications de ce RC sont : la toux émétisante ou asphyxiante chez le nourrisson, l'incontinence urinaire d'effort et le pneumothorax.

Le RC TOUX est le plus souvent un RC d'attente en ne nécessite pas de traitement en 1^{ère} intention.

Cependant, certains tableaux évocateurs peuvent amener à proposer des thérapeutiques d'épreuve :

- Devant une symptomatologie faisant évoquer un reflux gastro-œsophagien, un traitement symptomatique d'épreuve peut être prescrit.
 - Devant un tableau orientant vers un asthme, un bronchodilatateur peut être prescrit en cas de crise.
 - Si le patient est traité par IEC, une modification de traitement peut être proposée.
- Devant une répétition de ce RC, ou devant une durée d'évolution inhabituelle, des examens complémentaires seront demandées, en 1^{ère} intention une numération et une radiographie pulmonaire.

1.5.3. Résumé des débats

Nous avons, devant le nombre important de DiC, pris le parti de réfléchir à la conduite à tenir devant chacun d'entre eux puis de regrouper les démarches pour mettre en évidence des tableaux cliniques évocateurs.

2. Résultats de l'évaluation des démarches cindyniques

Une fois les démarches cindyniques créées pour ces 5 Résultats de consultation, un questionnaire a été envoyé afin d'évaluer la pertinence et l'utilité de ces démarches.

2.1. Description de l'échantillon

Le questionnaire d'évaluation a été envoyé à 785 médecins généralistes, répartis comme suit :

- 464 adhérents à la SFMG dont 216 utilisant le Dictionnaire des Résultats de consultation® (DRC)
- 321 non adhérents à la SFMG dont 88 utilisant le DRC

Le taux de réponse au questionnaire était de 11,9% (n=93).

Sur l'ensemble des 93 médecins répondants, une personne n'a pas précisé son âge et 72% (n=66) étaient âgés de plus de 50 ans. (Figure 3)

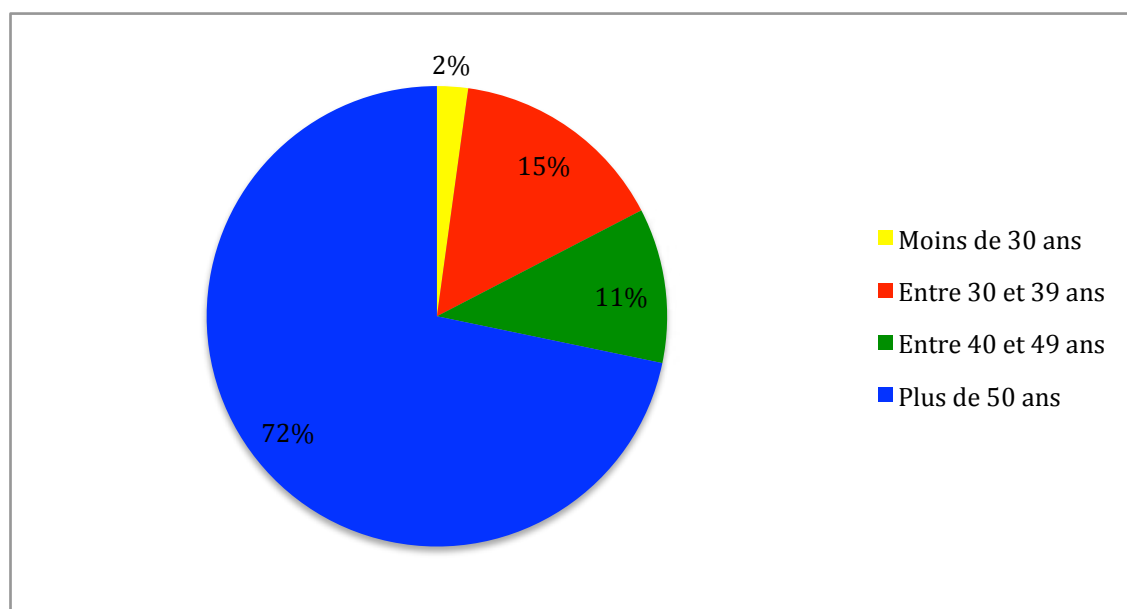


Figure 3 : Répartition de l'âge des médecins qui ont répondu à notre enquête

Trois quarts des répondants (n=71) utilisaient le DRC dans leur pratique. (Figure 4)

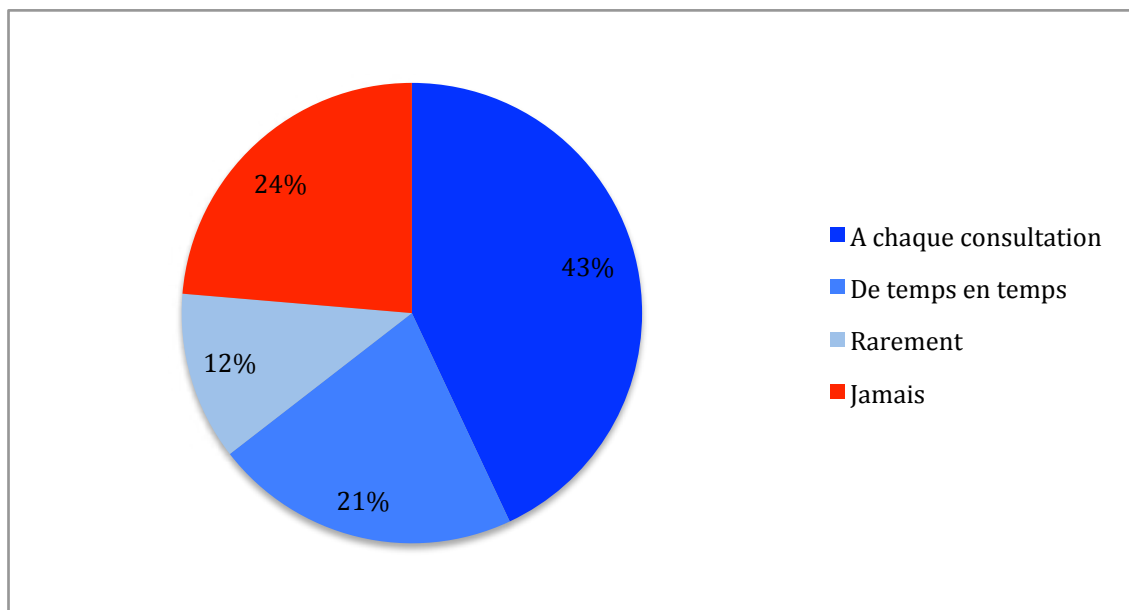


Figure 4 : Utilisation du DRC par les médecins qui ont répondu à notre enquête

2.2. Evaluation du concept de démarche cindynique

2.2.1 Préférence au niveau de la forme des démarches cindyniques

Concernant la présentation des démarches cindyniques, 91 des répondants se sont exprimés avec une majorité pour la forme tableau (n=70) par rapport au texte (n=21)

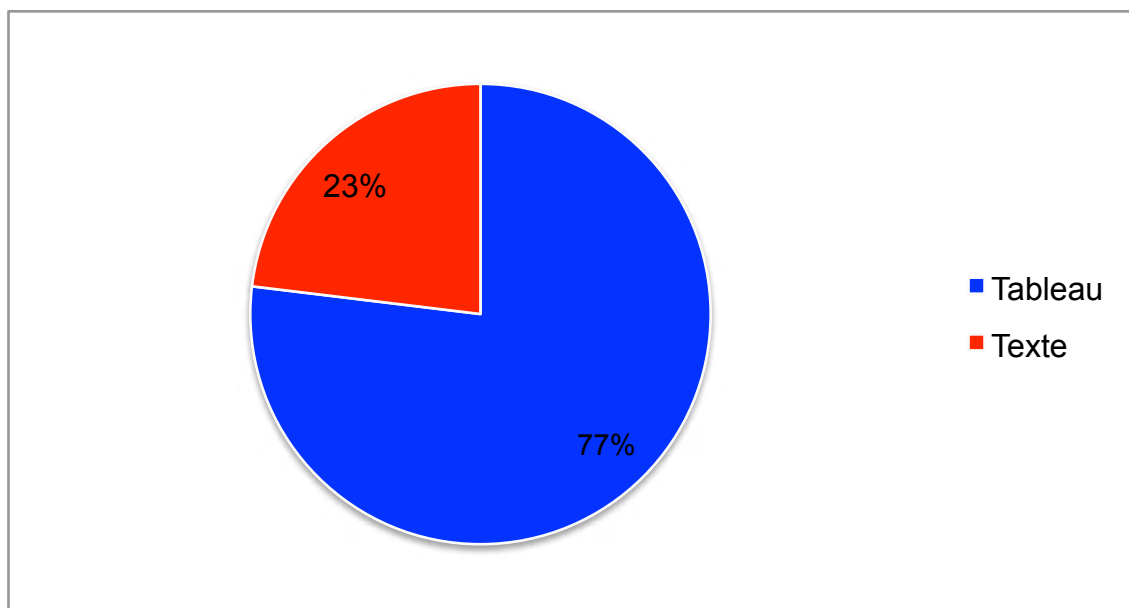


Figure 5 : Préférence de forme de présentation des démarches cindyniques

2.2.2 Etude de l'intérêt et de l'utilité des démarches cindyniques

Parmi les 93 répondants 92 ont évalué l'intérêt et l'utilité de la démarche cindynique après avoir lu le document expliquant le principe de cette démarche. Les notes attribuées s'étendaient de 1 à 9.

A la question « Trouvez-vous qu'un travail sur les démarches cindyniques en médecine générale soit intéressant et utile ? », 74% des médecins interrogés (n=68) ont répondu très favorablement avec une note supérieure ou égale à 7. (Figure 6)

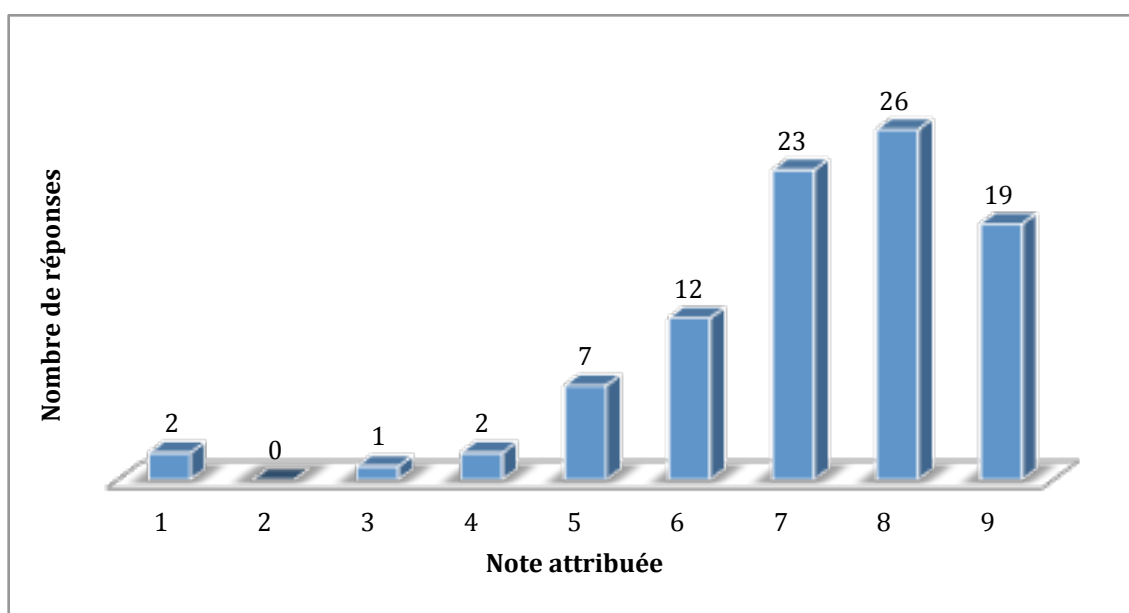


Figure 6 : Evaluation de l'intérêt et de l'utilité du concept de démarche cindynique

Nous avons constaté que la répartition des notes attribuées à l'évaluation de l'intérêt des démarches cindyniques reste la même selon que les médecins ont plus ou moins de 50 ans. (Figure 7)

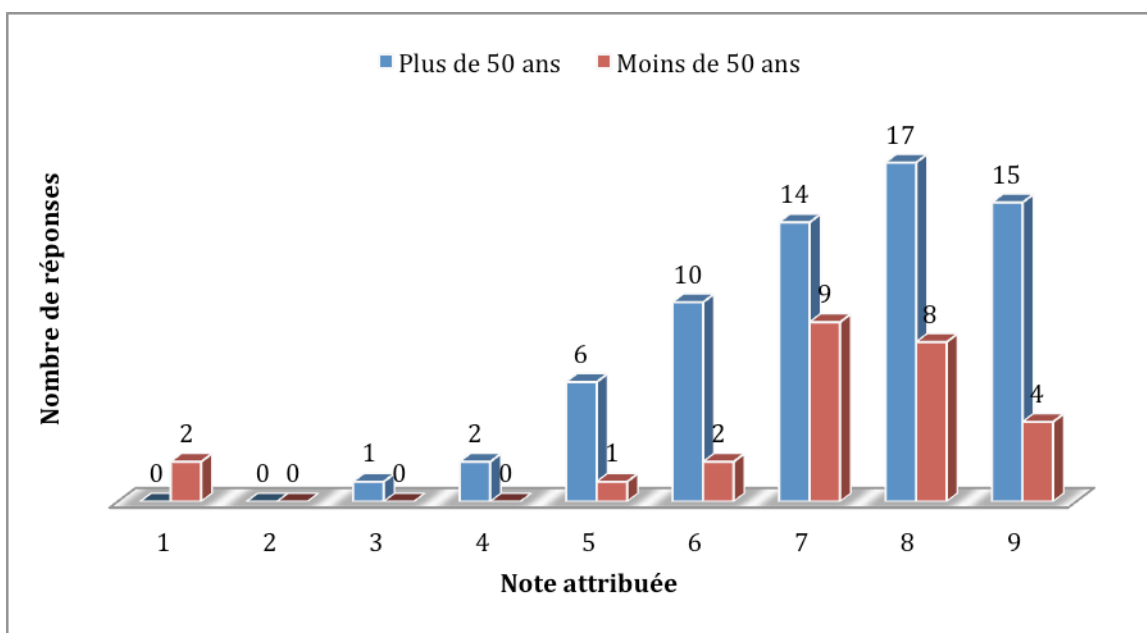


Figure 7 : Influence de l'âge des répondants sur l'évaluation de l'intérêt et de l'utilité du concept de démarche cindynique

Les médecins utilisant le DRC avaient mieux noté l'intérêt et l'utilité des démarches cindyniques avec une moyenne de 7,4 (contre 5,8) et une médiane identique à 7. (Figure 8)

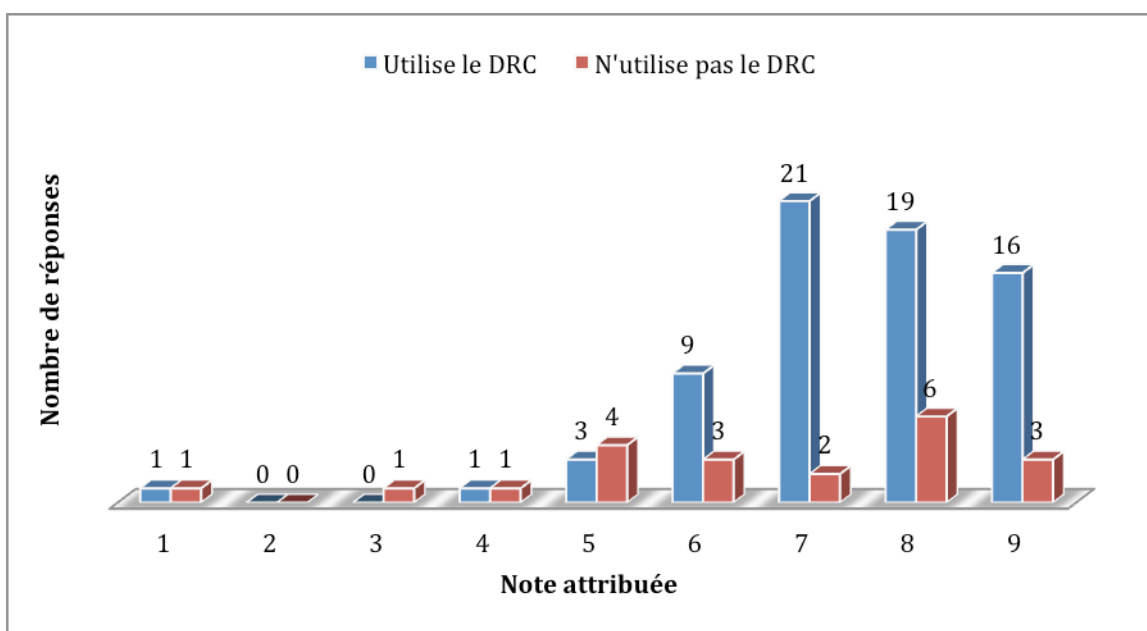


Figure 8 : Influence de l'utilisation du DRC sur l'évaluation de l'intérêt et l'utilité du concept de démarche cindynique

2.2.2 Etude de l'applicabilité des démarches cindyniques

Parmi les 93 médecins qui ont répondu, 91 ont évalué l'applicabilité de la démarche cindynique, après avoir lu le document expliquant le principe de cette démarche. Les notes allaient de 1 à 9.

A la question « L'outil proposé (aide au clinicien) vous paraît-il applicable dans votre pratique courante ? », 84% d'entre eux (n=77) ont répondu avec une note supérieure ou égale à 7, comme le montre la figure 9.

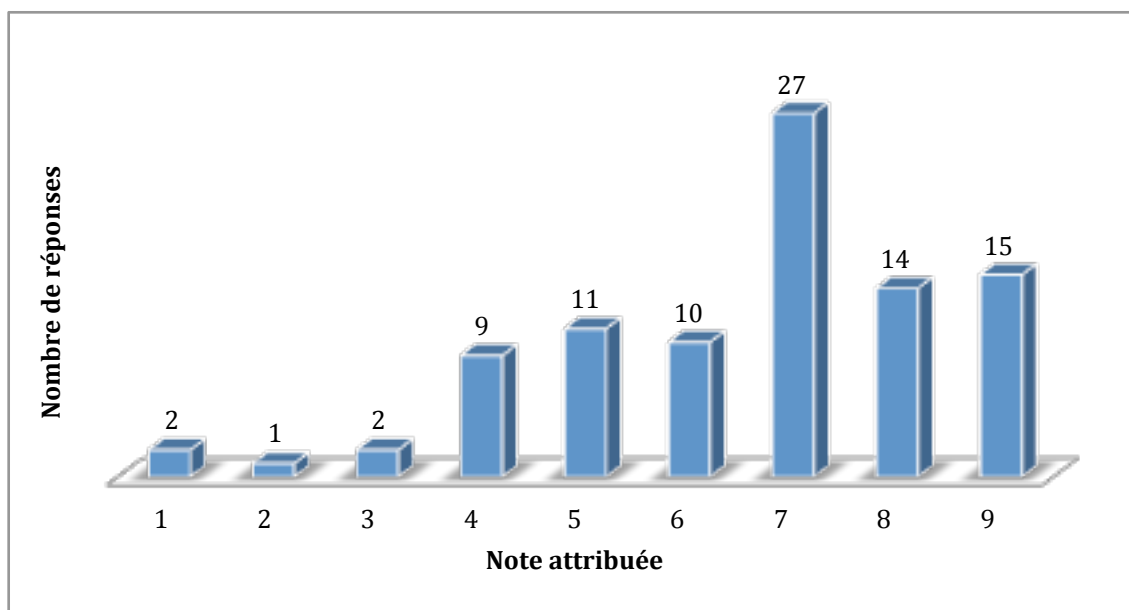


Figure 9 : Evaluation de l'applicabilité du concept de démarche cindynique

L'évaluation de l'applicabilité de nos démarches était positive (note attribuée supérieure à 5), quelque soit l'âge des médecins. (Figure 10)

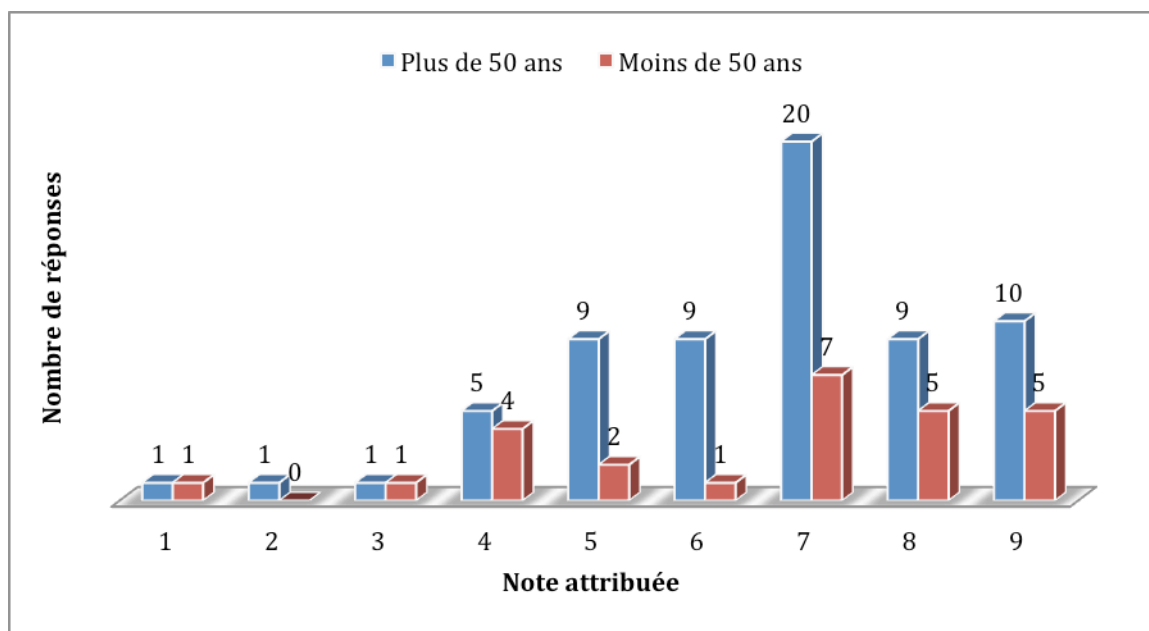


Figure 10 : Influence de l'âge sur l'évaluation de l'applicabilité du concept de démarche cindynique

Les médecins utilisant le DRC avaient mieux noté l'applicabilité des démarches cindyniques avec une moyenne de 6,9 (contre 5,2) et une médiane de 7 (contre 5,5). (Figure 11)

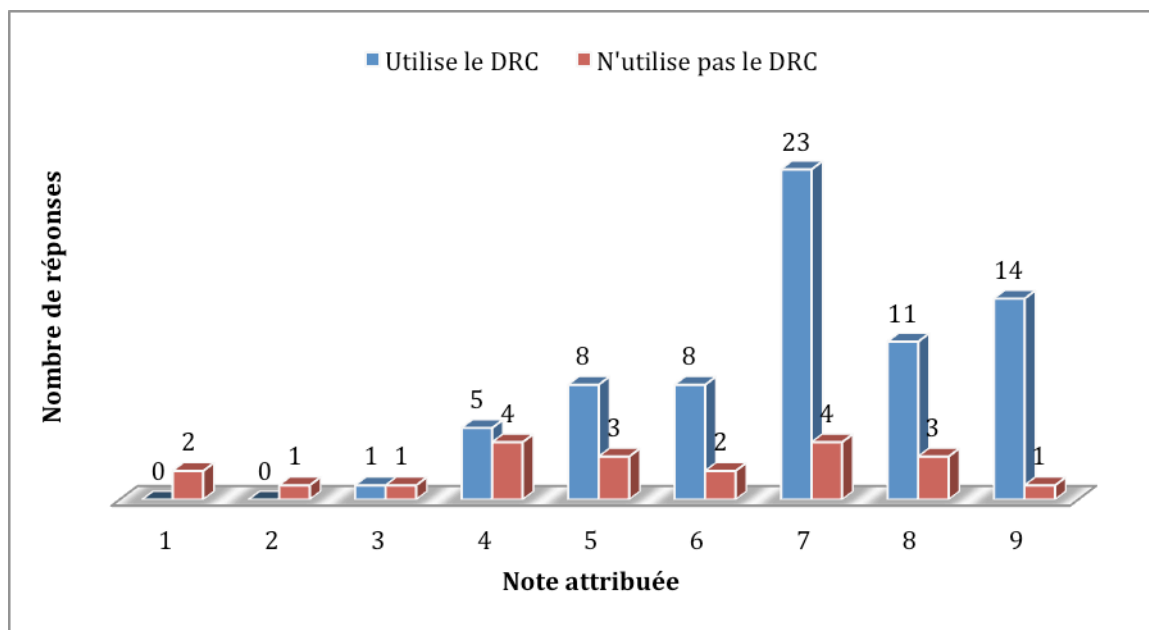


Figure 11 : Influence de l'utilisation du DRC sur l'évaluation de l'applicabilité du concept de démarche cindynique

2.3. Evaluation des démarches cindyniques de chaque RC

2.3.1. Evaluation du RC ARTHROPATHIE – PERIARTHROPATHIE

Nous avons obtenu 10 évaluations sur les 79 questionnaires envoyés pour ce Résultat de consultation, soit un taux de réponse de 12,6%. (Tableau 8)

**Tableau 8 : Vue d'ensemble des réponses à l'évaluation
de la démarche cindynique du RC ARTHROPATHIE – PERIARTHROPATHIE**

Age	Utilisation du DRC	Evaluation de la pertinence ? (notes de 1 à 9)	Evaluation de l'utilité ? (notes de 1 à 9)
30 à 39 ans	Non	9	7
30 à 39 ans	A chaque consultation	8	8
30 à 39 ans	Rarement	6	2
30 à 39 ans	De temps en temps	9	9
50 ans et plus	A chaque consultation	9	7
50 ans et plus	Non	5	2
50 ans et plus	De temps en temps	8	8
50 ans et plus	Non	6	6
50 ans et plus	A chaque consultation	8	9
50 ans et plus	De temps en temps	7	3

Parmi les 10 médecins ayant répondu, 4 ont entre 30 et 39 ans et 6 ont 50 ans ou plus. La grande majorité d'entre eux utilisent le DRC (70%).

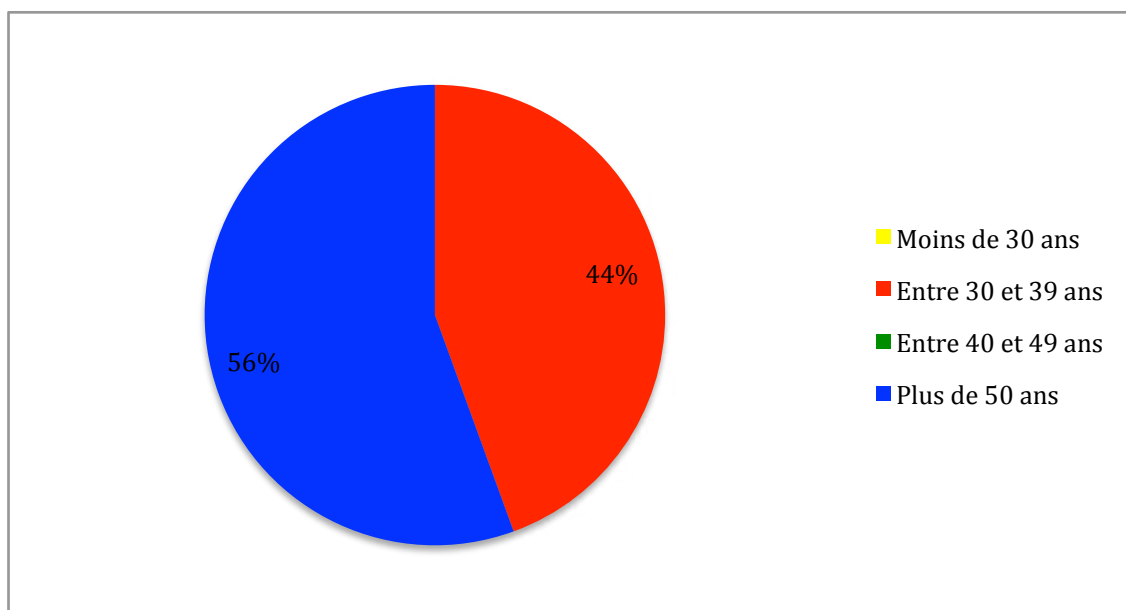


Figure 12 : Age des médecins évaluant la démarche cindynique d'ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE

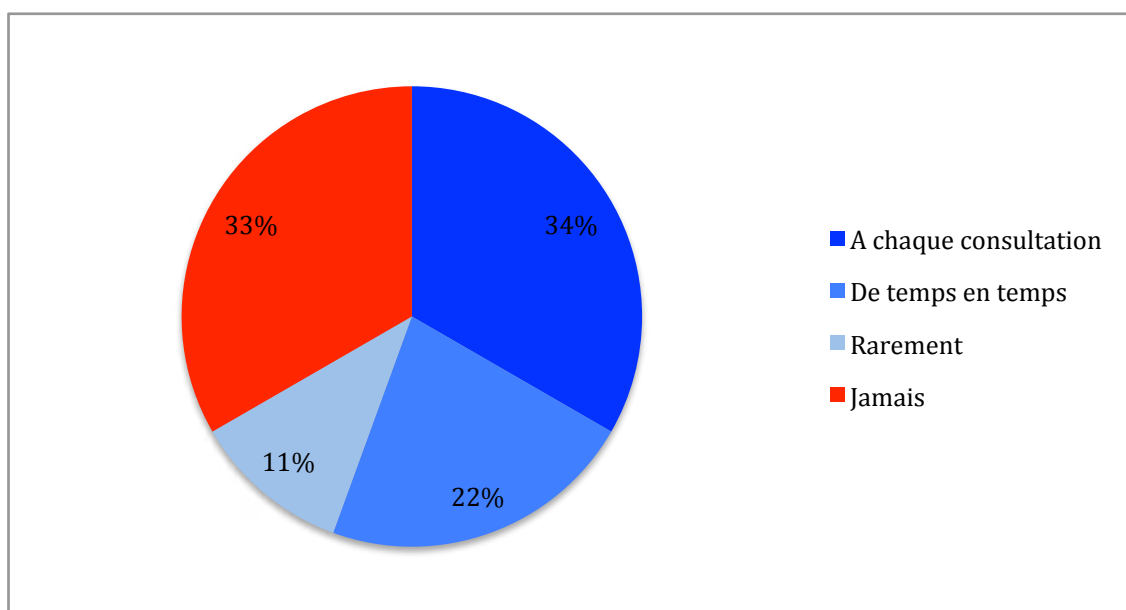


Figure 13 : Utilisation du DRC par les médecins évaluant la démarche cindynique d'ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE

Les médecins devaient ensuite évaluer la pertinence et l'utilité de cette démarche.

Pertinence :

Tous les médecins interrogés ont répondu avec une note supérieure ou égale à 5.

La moyenne était de 7,5 et la médiane à 8.

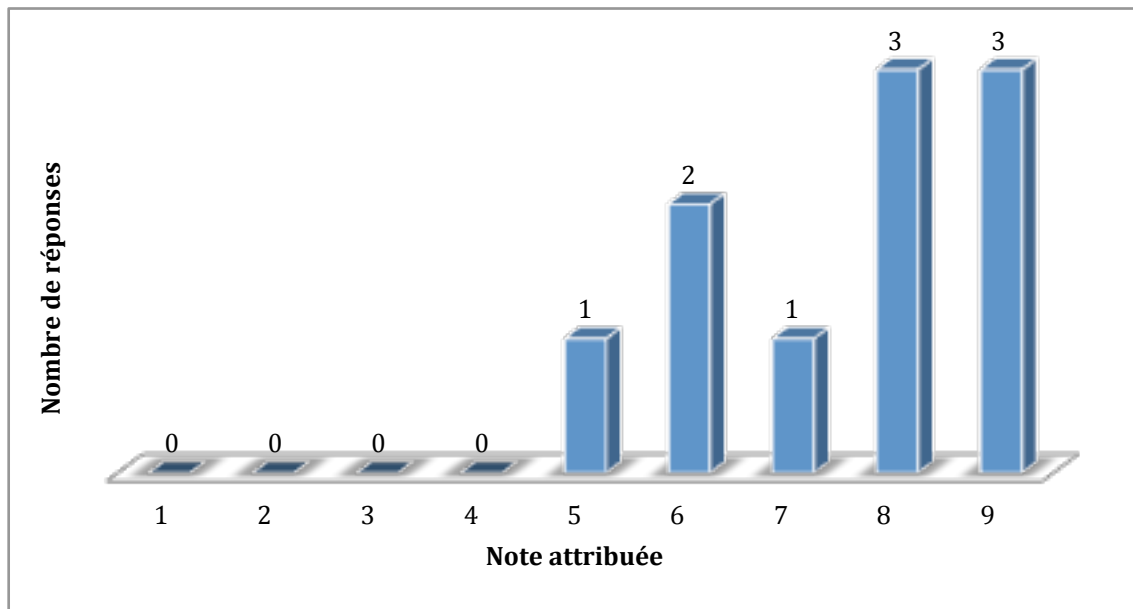


Figure 14 : Evaluation de la pertinence de la démarche cindynique d'ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE

Utilité :

Nous avons constaté que 6 médecins interrogés sur cette démarche ont attribué une note supérieure ou égale à 7, et 3 d'entre eux ont été plus mitigés avec une note entre 2 et 3. La moyenne était de 6,1 et la médiane à 7.

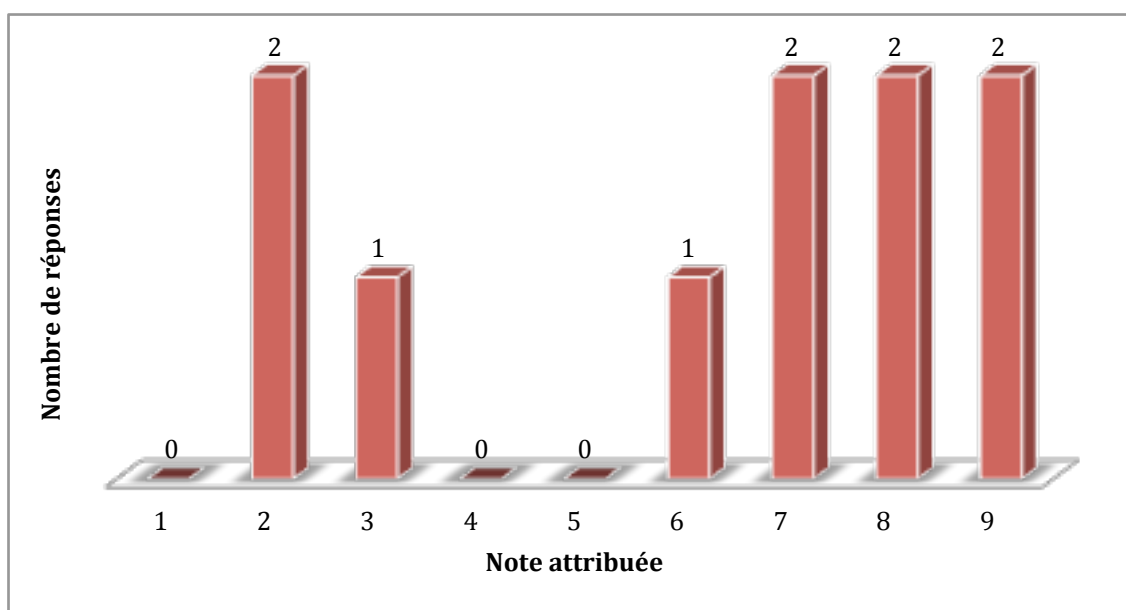


Figure 15 : Evaluation de l'utilité de la démarche cindynique d'ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE

Les différents commentaires rédigés par les médecins interrogés pour compléter l'évaluation soulignaient leur intérêt en argumentant qu'ils « *trouvent très bien cette nouvelle fiche* », d'autres demandant notamment « *d'intégrer dans le logiciel métier* » cette démarche.

2.3.2. Evaluation du RC DEPRESSION

Sur les 79 questionnaires envoyés pour ce Résultat de consultation, nous avons obtenu 12 évaluations, soit un taux de réponse de 12,6%. (Tableau 9)

**Tableau 9 : Vue d'ensemble des réponses à l'évaluation
de la démarche cindynique du RC DEPRESSION**

Age	Utilisation du DRC	Evaluation de la pertinence (notes de 1 à 9)	Evaluation de l'utilité (notes de 1 à 9)
30 à 39 ans	A chaque consultation	7	7
40 à 49 ans	De temps en temps	7	7
40 à 49 ans	A chaque consultation	9	7
40 à 49 ans	De temps en temps	7	7
50 ans et plus	A chaque consultation	6	6
50 ans et plus	Non	2	3
50 ans et plus	A chaque consultation	6	6
50 ans et plus	A chaque consultation	9	9
50 ans et plus	Non	4	4
50 ans et plus	A chaque consultation	8	6
50 ans et plus	A chaque consultation	8	6
50 ans et plus	A chaque consultation	8	8

La majorité des médecins ayant répondu avaient plus de 50 ans (n=8) et un seul avait moins de 39 ans. Le DRC était utilisé par 83 % des médecins (n=10).

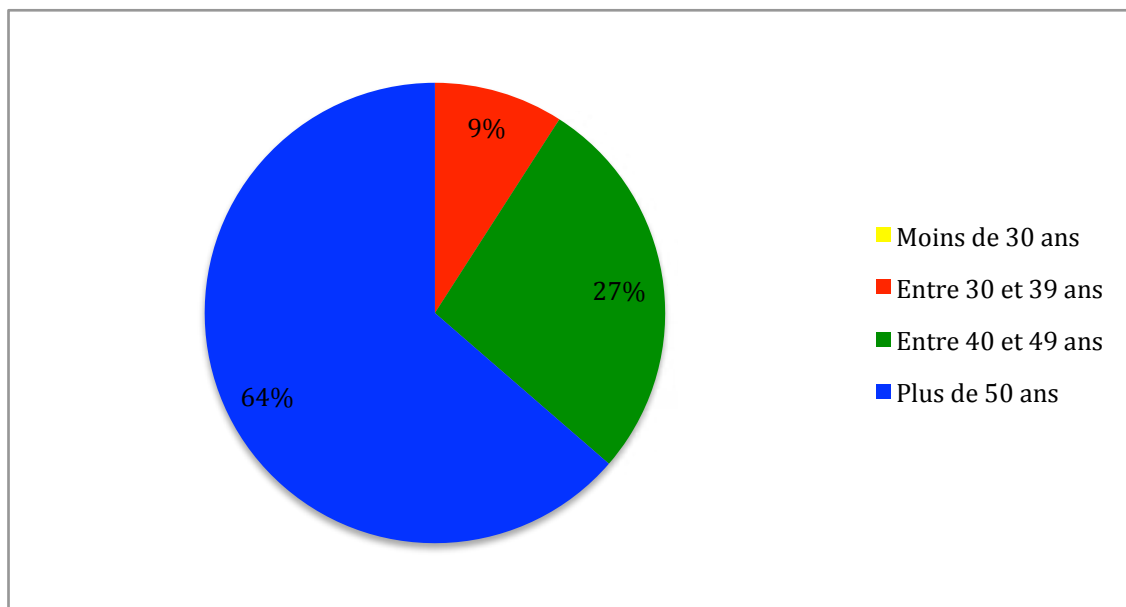


Figure 16 : Age des médecins évaluant la démarche cindynique de DEPRESSION

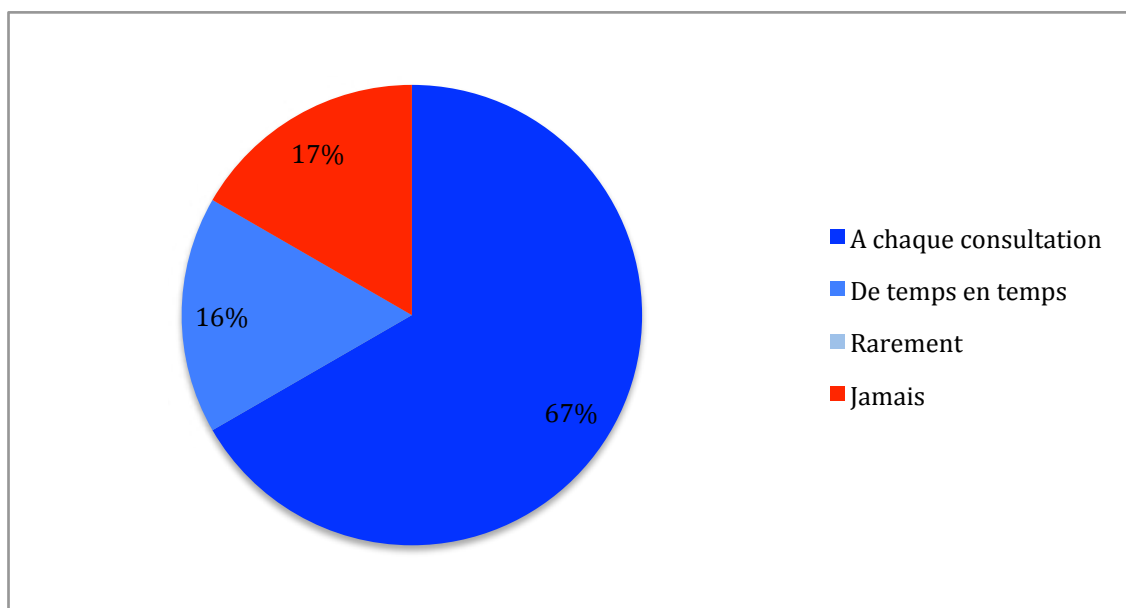


Figure 17 : Utilisation du DRC par les médecins évaluant la démarche cindynique de DEPRESSION

Pertinence :

La grande majorité des médecins (83%) ont attribué une note supérieure ou égale à 6. Les 2 médecins ayant répondu de manière plus négative n'étaient pas des utilisateurs du DRC.

La moyenne était de 6,8 et la médiane à 7.

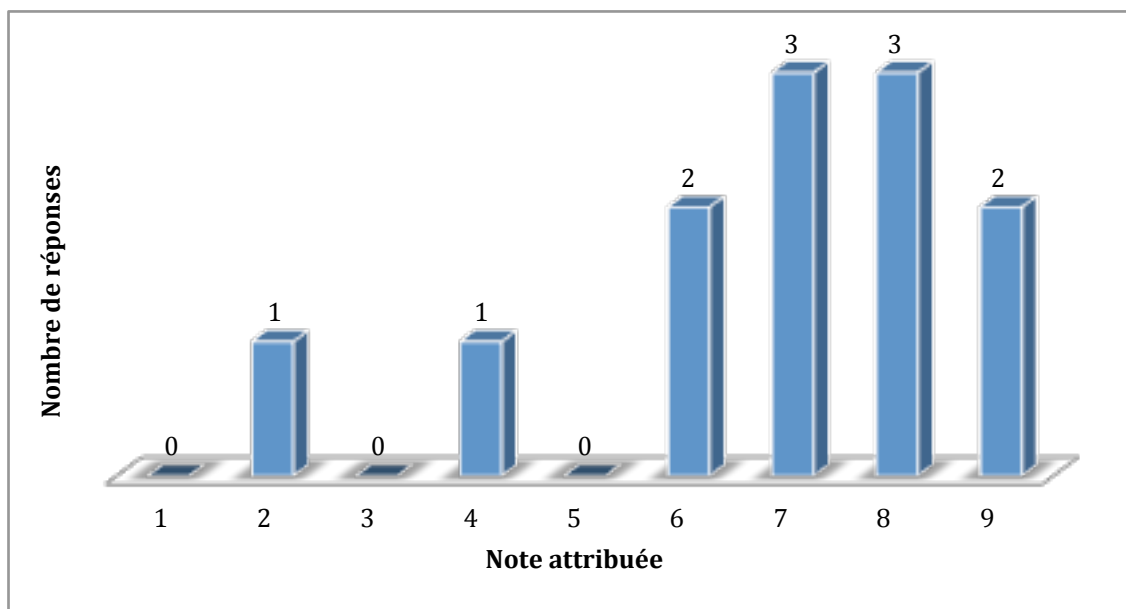


Figure 18 : Evaluation de la pertinence de la démarche cindynique de DEPRESSION

Utilité :

Dix médecins (83%) ont trouvé cette démarche utile en attribuant une note supérieure à 6. Les 2 médecins ne trouvant pas cette démarche utile étaient les 2 médecins n'utilisant pas le DRC.

La moyenne était de 6,3 et la médiane à 6,5.

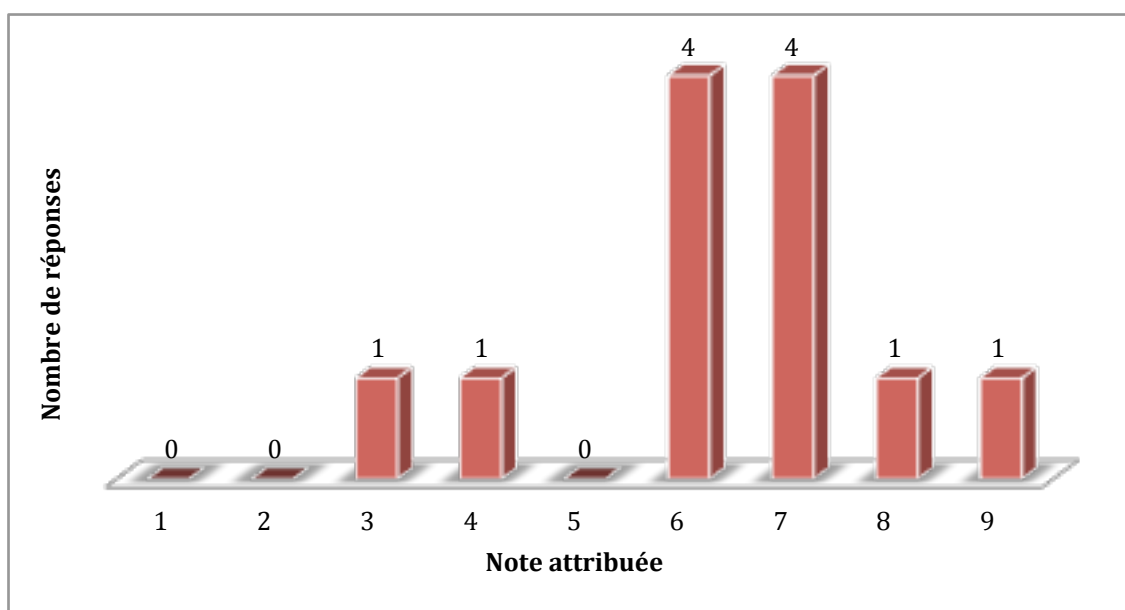


Figure 19 : Evaluation de l'utilité de la démarche cindynique de DEPRESSION

Les différents commentaires rédigés par les médecins interrogés pour compléter leur évaluation mettaient l'accent sur plusieurs points :

- Certains trouvaient la démarche « *parfaite à tout point de vue* » alors que d'autres la trouvaient incomplète, « *trop succincte* » ou avec des « *critères utilisés paraissant limités* ».
- Sur le contenu, plusieurs commentaires insistaient sur le regret que « *l'accent sur l'hypothyroïdie soit trop mis en avant* » ou encore sur « *l'insistance sur le trouble du sommeil qui paraît inadaptée* ».
- Plusieurs d'entre eux auraient souhaité voir apparaître d'autres éléments comme « *l'évocation de la difficulté essentielle* », « *l'évaluation du risque suicidaire qui ne semble pas assez visible* », « *les enjeux de santé publique* », des « *diagnostics différentiels* » ou encore « *l'échelle de Hamilton ou équivalent* »
- Un répondant a notamment suggéré l'éventualité que « *la démarche peut se faire sur plusieurs consultations* »

2.3.3. Evaluation du RC REACTION A SITUATION EPROUVANTE

Nous avons obtenus 9 évaluations sur les 79 questionnaires envoyés pour ce Résultat de consultation, soit un taux de réponse de 11,4%. (Tableau 10)

**Tableau 10 : Vue d'ensemble des réponses à l'évaluation
de la démarche cindynique du RC REACTION A SITUATION EPROUVANTE**

Age	Utilisation du DRC	Evaluation de la pertinence (notes de 1 à 9)	Evaluation de l'utilité (notes de 1 à 9)
40 à 49 ans	A chaque consultation	7	7
50 ans et plus	A chaque consultation	9	9
50 ans et plus	A chaque consultation	8	8
50 ans et plus	A chaque consultation	9	9
50 ans et plus	A chaque consultation	8	7
50 ans et plus	Non	8	8
50 ans et plus	Non	3	4
50 ans et plus	A chaque consultation	7	8
50 ans et plus	A chaque consultation	8	8

Parmi les 9 médecins, 8 avaient plus de 50 ans, et 7 utilisaient le DRC.

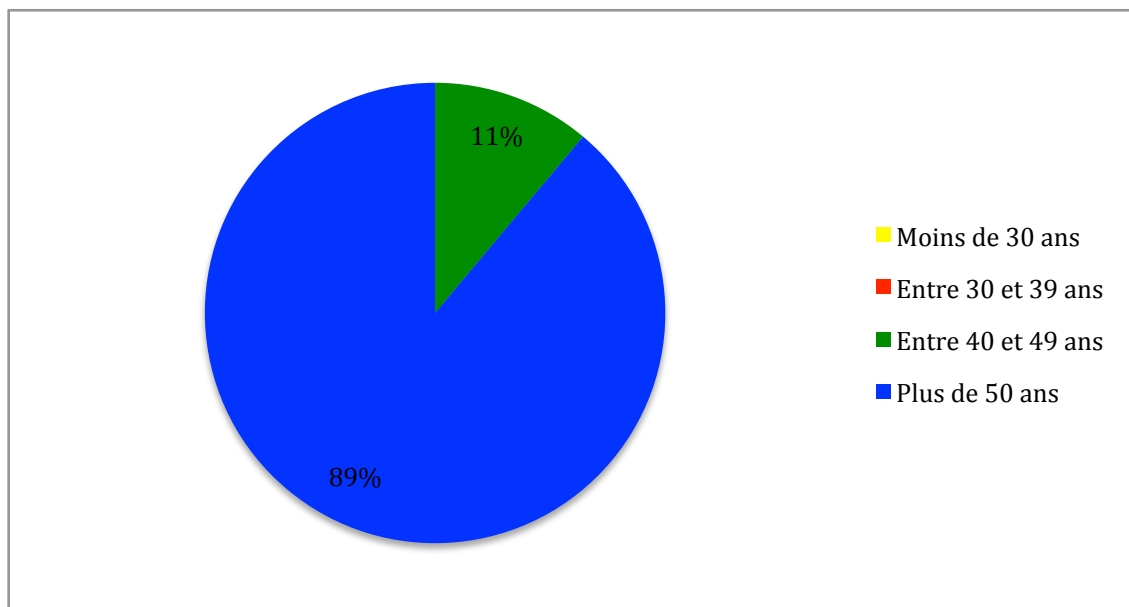


Figure 20 : Age des médecins évaluant la démarche cindynique de REACTION A SITUATION EPROUVANTE

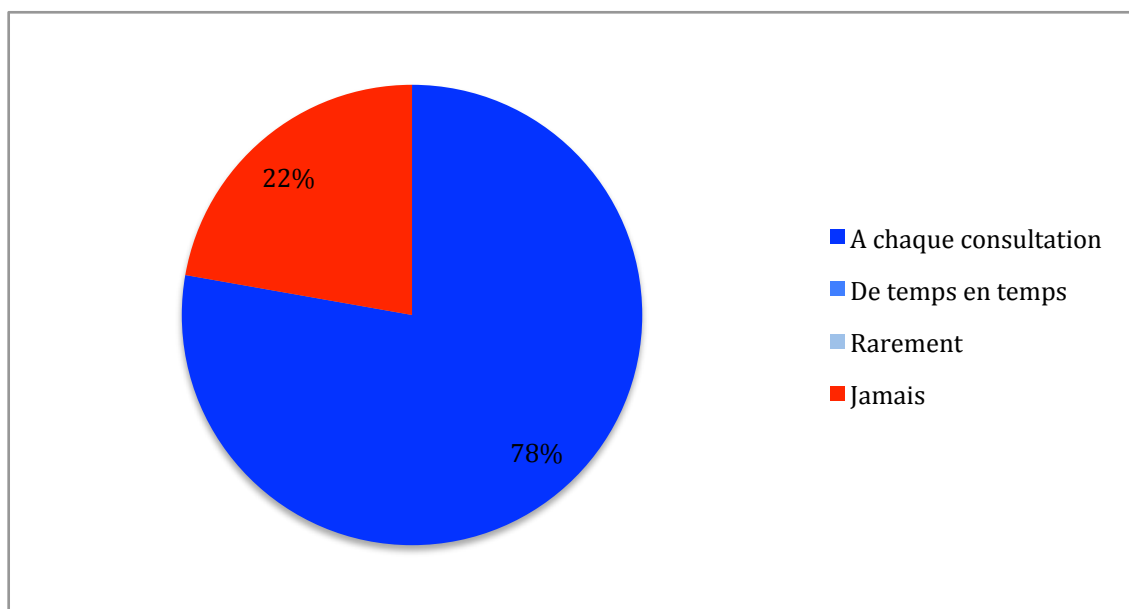


Figure 21 : Utilisation du DRC par les médecins évaluant la démarche cindynique de REACTION A SITUATION EPROUVANTE

Pertinence :

Huit médecins ont trouvé cette démarche pertinente en attribuant des notes supérieures à 7. Le seul médecin donnant une note inférieure n'utilisait pas le DRC. La moyenne était de 7,4 et la médiane à 8.

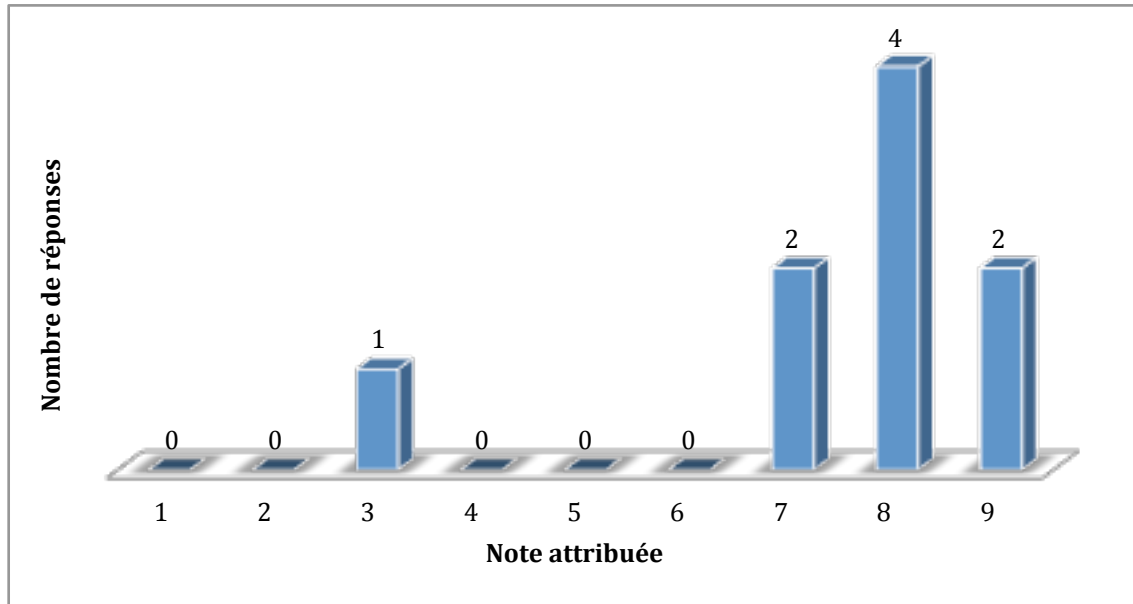
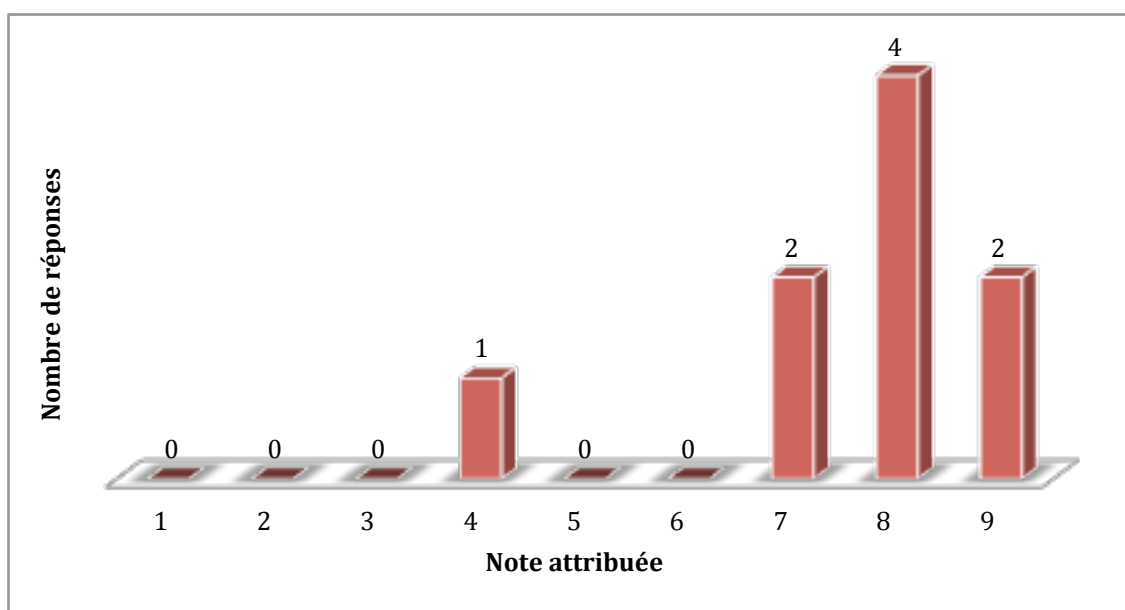


Figure 22 : Evaluation de la pertinence de la démarche cindynique de REACTION A SITUATION EPROUVANTE

Utilité :

L'évaluation de l'utilité de cette démarche est superposable à celle de sa pertinence. Le seul médecin octroyant une note inférieure à 7 n'utilisait pas le DRC. Les huit autres médecins donnaient des notes supérieures à 7. La moyenne était de 7,6 et la médiane à 8.



**Figure 23 : Evaluation de l'utilité de la démarche cindynique
de REACTION A SITUATION EPROUVANTE**

Parmi les commentaires des répondants, il était proposé « *d'adjoindre à la vulnérabilité la situation professionnelle (Ex une première situation éprouvante telle le chômage va s'aggraver si elle se complique d'un problème familial)* » ou encore de « *faire figurer l'âge (une situation éprouvante aura encore plus d'impact chez un ado où une personne âgée ?) dans l'impact* » et de noter dans le contexte épidémiologique « *les milieux professionnels à risque de "souffrance au travail" »*

2.3.4. Evaluation du RC RHINITE

Sur les 79 questionnaires envoyés pour ce Résultat de consultation, nous avons obtenu 9 évaluations, soit un taux de réponse de 11,4%. (Tableau 11)

Tableau 11 : Vue d'ensemble des réponses à l'évaluation de la démarche cindynique du RC RHINITE

Age	Utilisation du DRC	Evaluation de la pertinence (notes de 1 à 9)	Evaluation de l'utilité (notes de 1 à 9)
30 à 39 ans	Non	2	2
30 à 39 ans	A chaque consultation	7	5
30 à 39 ans	De temps en temps	9	9
30 à 39 ans	De temps en temps	6	5
40 à 49 ans	Rarement	6	6
50 ans et plus	Non	9	9
50 ans et plus	Non	8	8
50 ans et plus	A chaque consultation	5	6
50 ans et plus	De temps en temps	6	4

Parmi les 9 médecins répondants, 4 avaient moins de 39 ans et 4 avaient plus de ans. Six d'entre eux utilisaient le DRC.

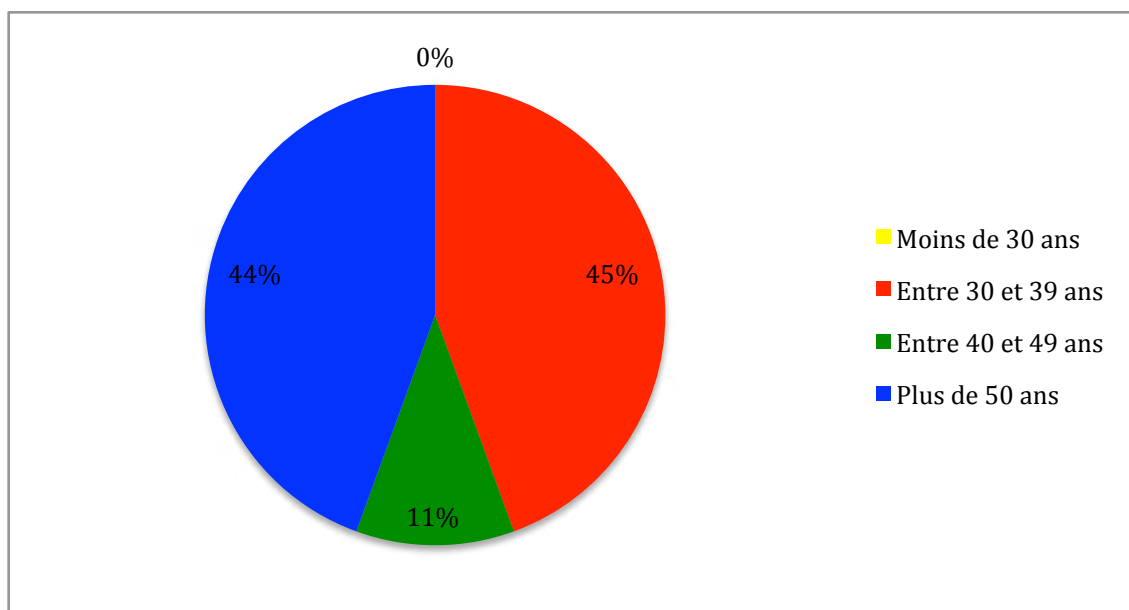


Figure 24 : Age des médecins évaluant la démarche cindynique du RC RHINITE

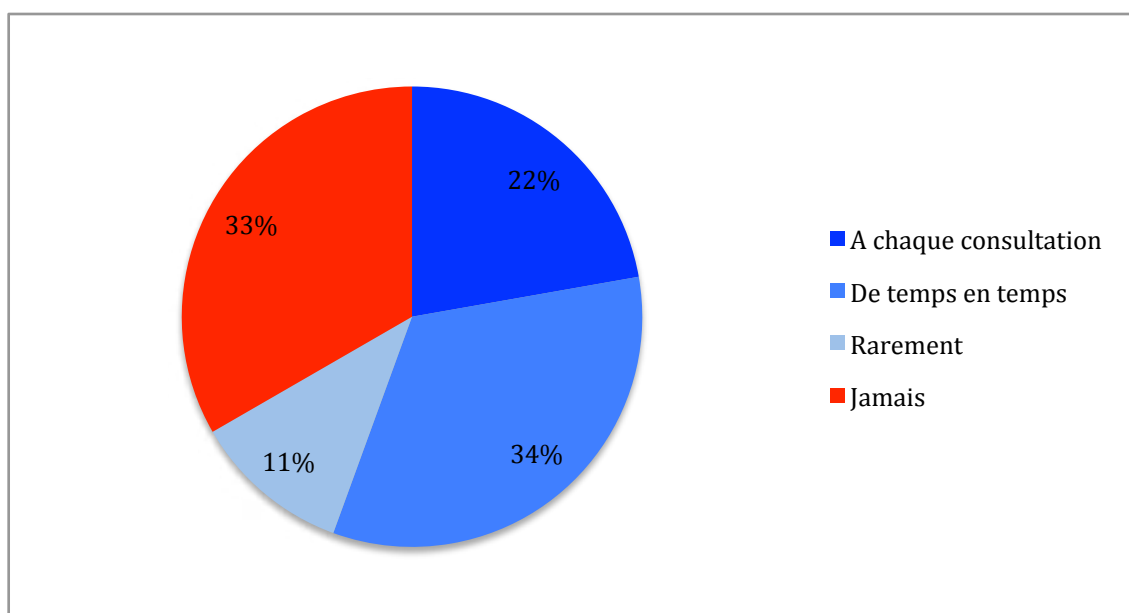


Figure 25 : Utilisation du DRC par les médecins évaluant la démarche cindynique du RC RHINITE

Pertinence :

Huit médecins ont attribué une note supérieure à 5. Le médecin donnant une note de 2 n'utilisait pas le DRC.

La moyenne était de 6,4 et la médiane à 6.

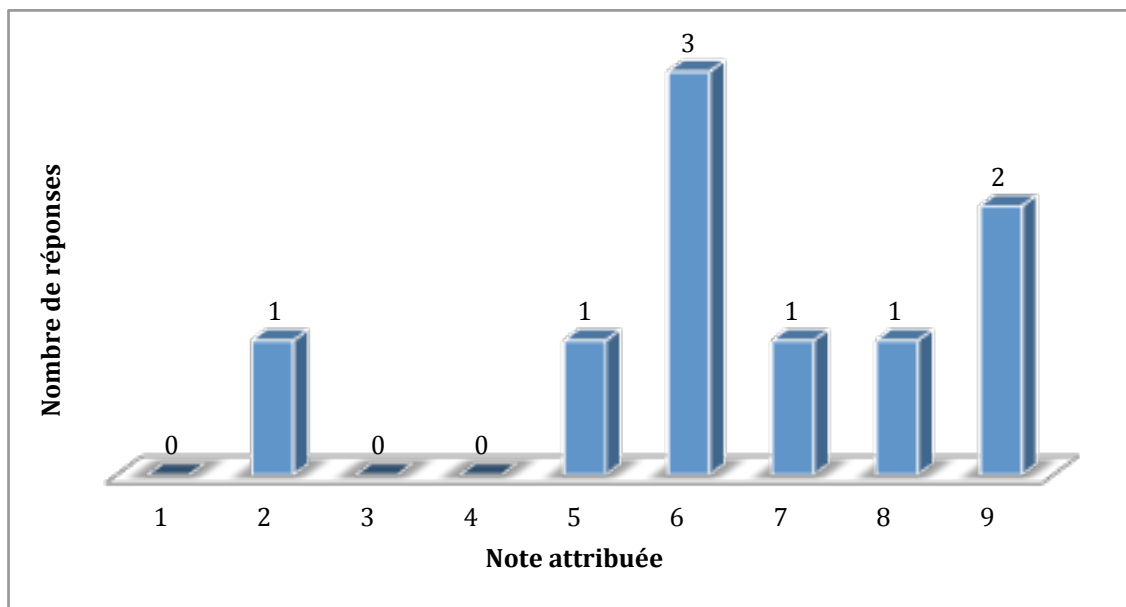


Figure 26 : Evaluation de la pertinence de la démarche cindynique de RHINITE

Utilité :

Les résultats de l'évaluation de l'utilité ont montré une répartition des notes entre 5 et 9 pour 7 d'entre eux. Le médecin ayant noté l'utilité à 2 n'utilisait pas le DRC.

La moyenne était de 6 et la médiane à 6.

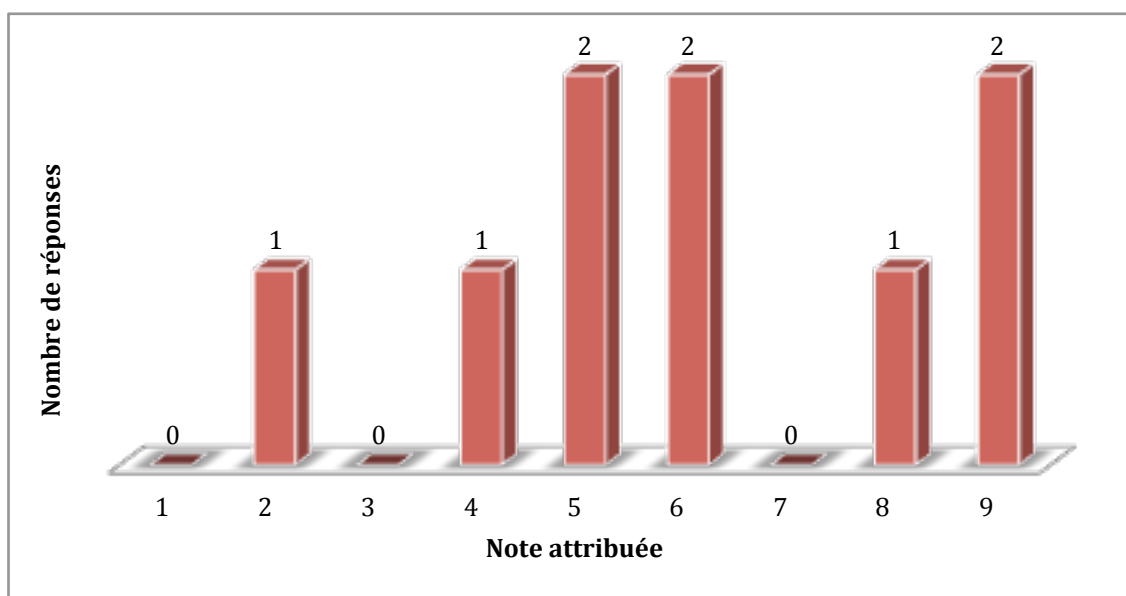


Figure 27 : Evaluation de l'utilité de la démarche cindynique de RHINITE

2.3.5. Evaluation du RC TOUX

Nous avons obtenus 12 évaluations sur les 79 questionnaires envoyés pour ce Résultat de consultation, soit un taux de réponse de 16,4%. (Tableau 12)

**Tableau 12 : Vue d'ensemble des réponses à l'évaluation
de la démarche cindynique du RC TOUX**

Age	Utilisation du DRC	Evaluation de la pertinence (notes de 1 à 9)	Evaluation de l'utilité (notes de 1 à 9)
30 à 39 ans	A chaque consultation	9	9
30 à 39 ans	Non	9	8
50 ans et plus	A chaque consultation	9	8
50 ans et plus	A chaque consultation	7	6
50 ans et plus	A chaque consultation	8	6
50 ans et plus	Non	9	9
50 ans et plus	Rarement	7	7
50 ans et plus	A chaque consultation	6	4
50 ans et plus	A chaque consultation	9	9
50 ans et plus	De temps en temps	7	8
50 ans et plus	De temps en temps	9	8
50 ans et plus	A chaque consultation	8	7

Parmi les 12 répondants, 10 avaient plus de 50 ans et 10 utilisaient régulièrement le DRC.

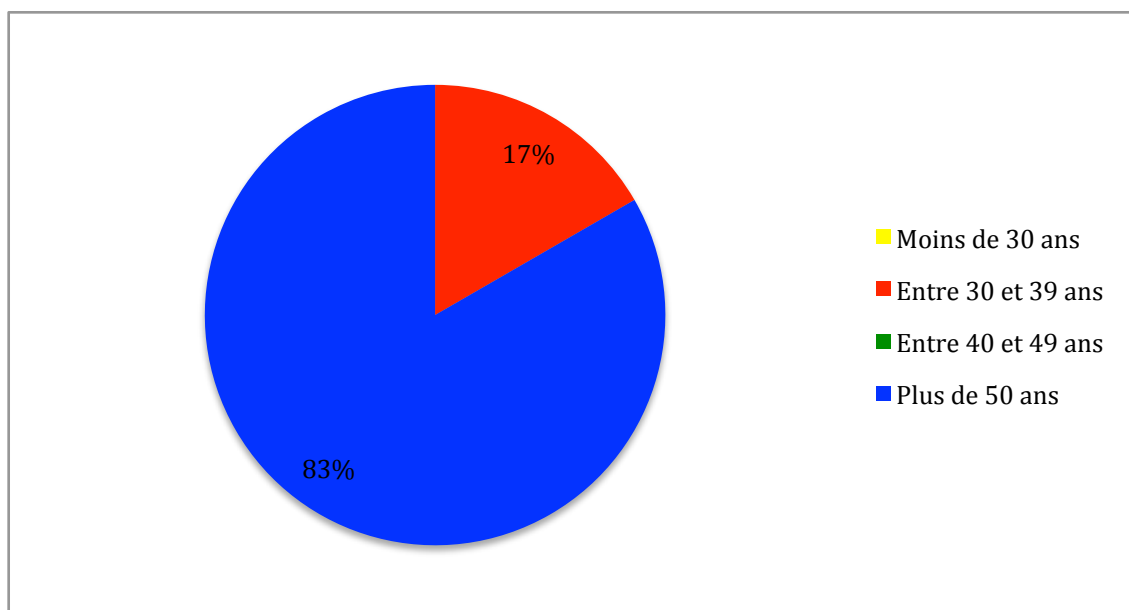


Figure 28 : Age des médecins évaluant la démarche cindynique TOUX

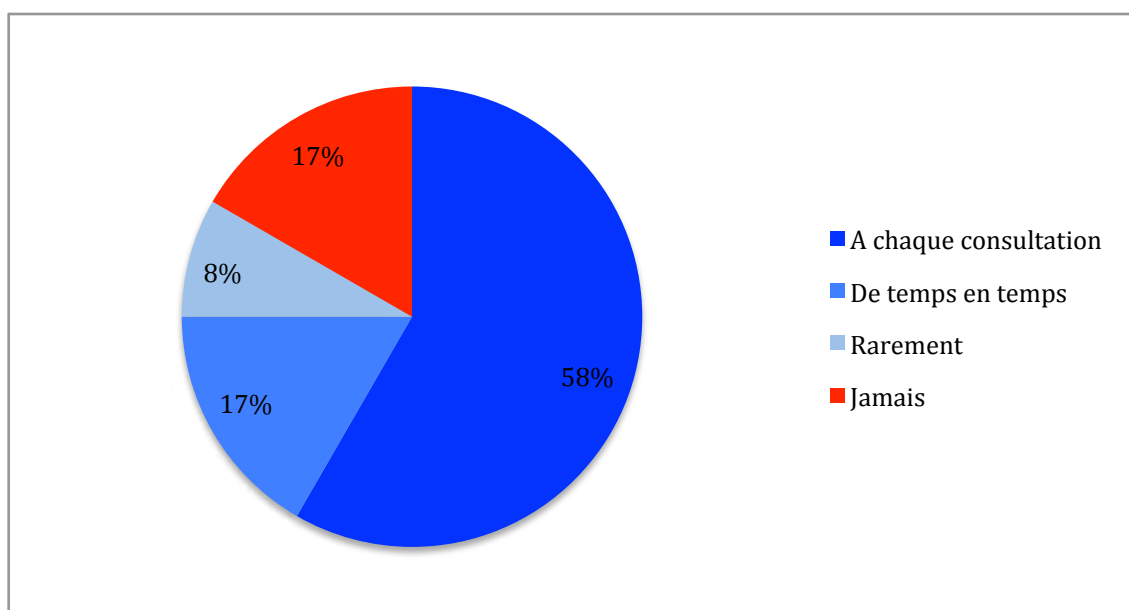


Figure 29 : Utilisation du DRC par les médecins évaluant la démarche cindynique du RC TOUX

Pertinence :

Tous les médecins ont trouvé cette démarche pertinente en attribuant des notes supérieures à 6.

La moyenne était de 8 et la médiane à 8,5.

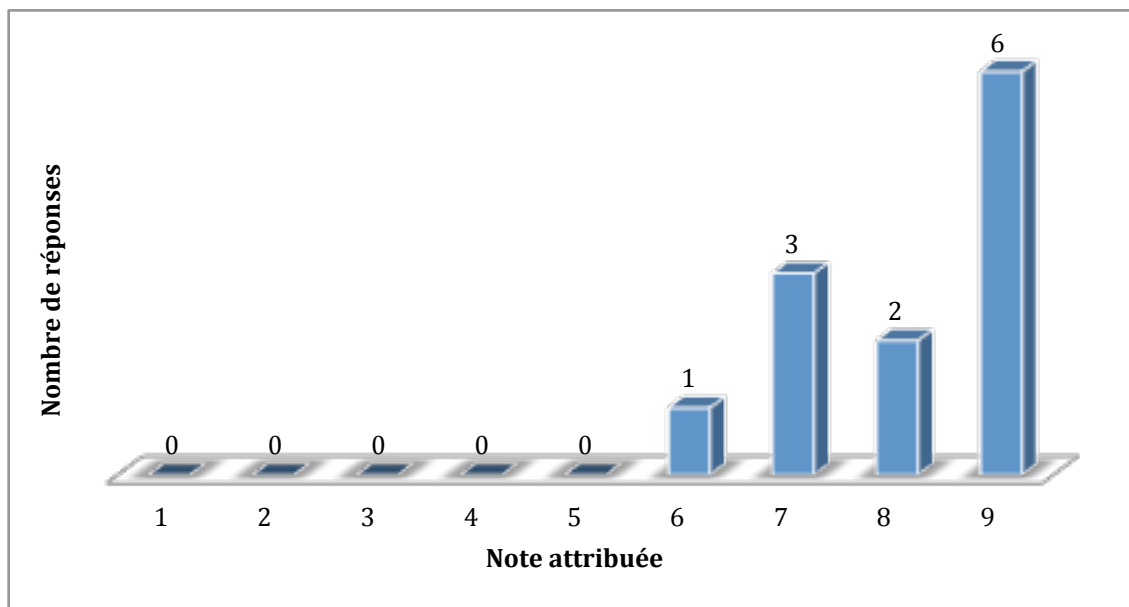


Figure 30 : Evaluation de la pertinence de la démarche cindynique de TOUX

Utilité :

Un seul médecin n'avait pas trouvé cette démarche utile, les 11 autres ont donné des notes supérieures à 6.

La moyenne était de 7,4 et la médiane à 8.

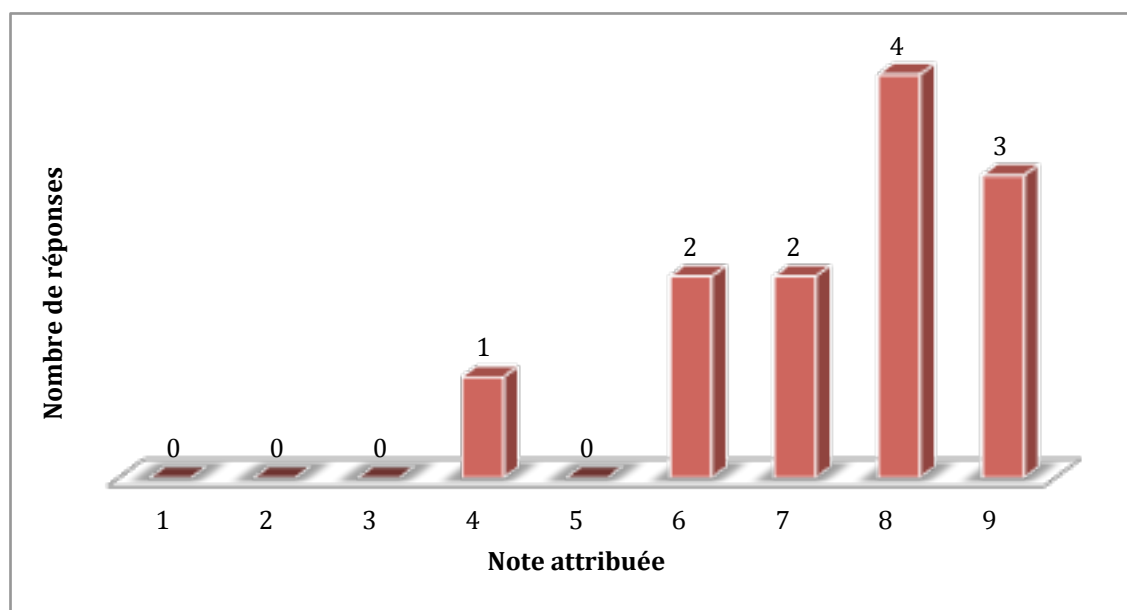


Figure 31 : Evaluation de l'utilité de la démarche cindynique de TOUX

Certains médecins signalaient dans leurs commentaires le sentiment d'une démarche « *trop poussée pour tous les cas surtout si le diagnostic s'impose de façon évidente* » avec « *trop d'items* ».

Un autre médecin précisait son évaluation en expliquant que « *le raisonnement est logique, mais un peu scolaire. En fait, il décrit "autrement" une démarche que l'on fait +/- inconsciemment et de façon automatique, en cherchant ce que l'on appelait les diagnostics différentiels, les facteurs de gravité.... pour aboutir à un faisceau d'arguments permettant de ne pas méconnaître une pathologie plus grave* »

DISCUSSION

DISCUSSION

1. Un concept novateur

L'incertitude diagnostique, qui représente plus de 70% des consultations de médecine générale, est une source potentielle d'erreur médicale, le médecin s'exposant à deux écueils : celui de réduire le diagnostic au seul motif de consultation, et celui de poser un diagnostic sans preuve.

La SFMG, devant ce constat, tente depuis plusieurs années de théoriser l'exercice médical de premier recours à travers une démarche, basée sur les travaux du Dr R.N. Braun.

A l'aide du DRC, nous avons pu individualiser des étapes dans la gestion du risque d'incertitude diagnostique :

- Nommer précisément le tableau clinique présenté par le patient, par un Résultat de consultation.
- S'assurer de ne pas s'être trompé de dénomination clinique en vérifiant si un autre Résultat de consultation correspondrait mieux à la situation clinique : éliminer le 1^{er} risque d'erreur diagnostique.
- A partir du bon Résultat de consultation, il faut alors envisager le 2^{ème} risque d'erreur diagnostique, celui de ne pas évoquer les maladies graves dont le tableau clinique pourrait, au cours de son évolution, ressembler au RC choisi : les Diagnostics Critiques (DiC). Ce concept fait suite au travail de thèse de Damien JOUTEAU (10) dans laquelle ce dernier a défini la notion de risque et proposé une méthode permettant de créer une liste d'évènements à redouter (DiC)

La quatrième étape que nous avons décidé d'évaluer dans cette étude, est celle des « **démarches cindyniques** ». Une fois identifié ces risques et clarifié les étapes permettant de les circonscrire, l'étape suivante était alors d'intégrer à notre démarche professionnelle la gestion du risque que représente ces Diagnostics Critiques.

Braun déjà soulignait que le médecin « *a déjà son expérience lui-même "programmée", mais les programmes intuitifs dans son cerveau sont évidemment*

bien trop nombreux pour qu'il puisse, dans les quelques minutes dont il dispose, produire pour chaque cas plus de la moitié de toutes les questions importantes... Il s'ensuit que la consultation programmée, accompagnée d'instructions relatives à la conduite de l'action, non seulement facilite le travail, mais l'améliore » (28).

Notre travail poursuit bien cette réflexion, en tentant d'élaborer pour chaque Résultat de consultation une conduite à tenir adaptée à notre exercice quotidien.

2. A propos de la différence de démarches entre médecine générale et médecine de deuxième recours

La médecine générale est reconnue comme une discipline scientifique universitaire à part entière depuis la création d'une option médecine générale dans la sous-section 53-01 du Conseil National des Universités (29). Elle était jusque-là définie en creux, par tout ce qui n'était pas une spécialité, et ce d'autant plus après la création des CHU en 1957, renforçant l'hospitalocentrisme.

Le médecin généraliste étant celui qui n'avait pas de diplôme, il n'y avait naturellement pas de formation spécifique à l'internat. On comprend bien comment nos études médicales, hospitalières, ne nous forme finalement qu'à la médecine de 2^{ème} et 3^{ème} recours, et à sa démarche de recherche, de quête étiologique. La formalisation de la médecine générale comme une discipline universitaire nous conduit donc à concevoir une formation théorique et pratique entièrement différente, comme nous avons pu le voir. Nos démarches sont légitimement opposées, mais nécessairement complémentaires. La généralisation des stages en médecine générale pour les externes ramènera peut-être un lien entre le CHU et la médecine générale ambulatoire, chacun comprenant le travail de l'autre. Nous n'en sommes qu'aux prémices.

3. Construction et évaluation des démarches cindyniques

3.1. Constitution du groupe de travail

Constitué à l'origine de 8 médecins généralistes membres titulaires de la SFMG, il a été complété par 4 internes en fin de cursus afin de développer plusieurs travaux de recherche.

Ce groupe de travail a eu pour intérêt de croiser les savoirs, les exercices et les expériences. Varié, il était composé de 4 femmes et 8 hommes de 26 à 67 ans, travaillant en cabinet de groupe urbain et rural et d'internes en fin de cursus ayant une expérience d'au moins 6 mois en médecine générale.

Cette diversité du groupe a eu pour but d'augmenter la pertinence du travail proposé avec une collégialité des propositions et une expertise diversifiée apportant d'autant plus de poids au consensus des résultats obtenus.

3.2. Construction des démarches cindyniques

La création de la grille standardisée utilisée pour construire les démarches cindyniques, elle reprend tous les éléments que nos échanges théoriques et de nos tests pratiqués sur plusieurs Résultats de consultation. Après plusieurs modifications et réécriture, nous nous sommes accordés sur 3 grands axes :

- Les caractéristiques du patient (vulnérabilité et impact)
- Les caractéristiques du RC (présentation clinique, durée d'évolution, complications)
- Les caractéristiques contextuelles (épidémiologie et RC associés)

Dans un souci de lisibilité et de reproductibilité cette grille a été pensée initialement sous forme de tableau.

Nous n'avons pas retenu les présentations sous forme d'algorithme ou d'arbre décisionnel qui s'avèrerait trop réductrices et inadaptées à des situations cliniques ouvertes. Les démarches cindyniques construites à partir de cette grille ne sont en effet pas des conduites à tenir strictes mais plutôt une aide décisionnelle proposée au médecin à travers la mise en avant d'éléments devant le maintenir en alerte face à la situation clinique qui se présente à lui.

C'est dans cet esprit-là que nous avons décidé de présenter ces démarches sous la

forme d'un texte, littéraire, moins habituel mais aussi peut-être moins directif.

Dans nos discussions, la question d'intégrer la notion du 1^{er} risque, celui de se tromper de diagnostic est naturellement apparue. Nous avons décidé de manière consensuelle d'occulter ce premier risque dans la construction de nos démarches cindyniques, en partant du postulat que le praticien, dans la règle de l'art, ne s'est pas trompé de Résultat de consultation. En effet, la notion de premier risque fait partie d'une démarche préalable du praticien. Elle intervient avant le choix du Résultat de consultation, assurée par la notion des « Voir aussi ».

Notre travail se situe lui en aval de cette étape, il doit permettre de gérer le risque d'évolution défavorable du bon Résultat de consultation choisi, en partant notamment de la liste de diagnostics critiques.

Il nous a ensuite fallu choisir un mode d'évaluation de nos démarches cindyniques. Nous avons fait le choix d'une enquête, adressée par mail. Nous aurions pu choisir de réaliser des entretiens, mais nous l'avons exclu du fait de multiples contraintes (temps, risque de biais par interaction avec le répondant, résultats difficilement comparables entre les différents travaux de nos 4 thèses).

Nous avons choisi d'utiliser un modèle standardisé et reconnu de questionnaire d'évaluation : l'échelle de Likert (30) qui permet d'évaluer l'attitude d'un individu en mesurant l'intensité de son approbation. Nous avons choisi de proposer 9 échelons sur cette échelle au lieu des 5 habituels, permettant ainsi une plus grande liberté de jugement pour les répondants. De plus, le choix d'un chiffre impair d'échelons évitait une échelle dite à "choix forcé" et nous a permis de faire des regroupements en distinguant 3 niveau : rejet de la proposition entre 1/9 et 3/9, indécision entre 4/9 et 6/9 et adhésion à la proposition entre 7/9 et 9/9.

3.3 Evaluation de la démarche cindynique en général

L'évaluation du concept de la démarche cindynique portait sur deux notions : l'intérêt et l'applicabilité.

Les médecins ont été très favorables puisque que 74% d'entre eux notent l'utilité à plus de 7/9 et 84% les trouvent applicables au quotidien avec des notes supérieures à 7/9.

On ne note pas de variation de réponses en fonction des âges des médecins, mais par contre les utilisateurs du DRC sont globalement plus favorables. Plusieurs explications possibles à cela : sensibilisés aux travaux de réflexion théorique de la SFMG, lecture plus facile des documents lorsqu'on utilise régulièrement le DRC ? Mais ces résultats ne sont tout de même pas très significatifs, car même si la moyenne des notes est plus basse, la médiane reste identique.

En ce qui concerne l'évaluation de la présentation des démarches, 77% des médecins préfèrent le tableau au texte, sans différence entre les âges et les utilisateurs du DRC.

4. Evaluation de l'application de la démarche aux RC

4.1 ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE

Si tous les médecins se sont accordés sur la pertinence du contenu, on remarque l'influence positive de l'utilisation du DRC en ce qui concerne l'applicabilité de cette démarche. Ce RC étant en position très ouverte (A : symptôme ou B : syndrome), le nombre de Diagnostics critiques est important (13), et la démarche cindynique en découlant n'apparaît pas concise, pouvant expliquer une note plus réservée pour les non-initiés.

4.2 RC DEPRESSION

Les réponses ont montré l'adhésion des médecins interrogés que se soit pour la pertinence du contenu ou son applicabilité. Ce RC est en position diagnostique C, Tableau de maladie, la liste des DiC est donc restreinte et 2 médecins ont regretté l'importance accordée à l'hypothyroïdie et le manque visibilité du risque suicidaire.

Effectivement, les démarches sont construites autour de la liste des DiC et même si l'hypothyroïdie peut se manifester à un moment donné de son évolution par un syndrome dépressif, notre expérience au quotidien ne le reflète pas. Mais c'est tout l'intérêt de ces démarches : ne pas imposer au médecin mais donner des grandes lignes pour ne pas passer à côté d'autre chose.

4.3 REACTION A SITUATION EPROUVANTE

Ce Résultat de consultation en position B (syndrome), est extrêmement courant et nous permet de relever des stress réactionnel à des situations de la vie courante jusqu'aux états de stress post traumatiques. Il était donc extrêmement complexe d'une part de créer une liste de DiC et d'autre part de formuler une démarche cindynique concise et reproductible. Nous avons fait le choix de décrire les situations dans lesquelles le médecin doit rester en alerte, et l'adhésion des médecins tant sur le plan de la pertinence que de l'applicabilité est unanime, hormis un médecin, une fois de plus non utilisateur du DRC.

4.4 RHINITE

Les réponses des médecins sont plutôt mitigées tant pour la pertinence que pour l'utilité de cette démarche. On peut supposer que pour ce RC en position très fermée 5 : Tableau de maladie ou D : diagnostic certifié), avec un nombre de DiC limité, les médecins ne ressentent pas la nécessité d'avoir une démarche de gestion du risque qui est faible dans ce RC.

4.5 TOUX

Tous les médecins ont trouvé cette démarche pertinente et un seul ne l'a trouvée que moyennement utile.

Tout comme ARTHROPATHIE-PERIARTHORPATHIE, le RC TOUX est en position très ouverte A (symptôme) et sa liste de DiC importante. Même si les médecins ont parfois trouvé cette démarche trop exhaustive et scolaire, les bonnes notes attribuées renforcent ici l'utilité de notre démarche.

4.6 Elargissement et comparaison de ces résultats avec les autres thèses

La mutualisation et le suivi en commun de ces 4 thèses a permis de mettre en évidence des résultats comparables quant à l'évaluation des démarches cindyniques appliquées aux RC étudiés.

Cela renforce d'une part la pertinence de ce travail et d'autre part la faisabilité d'étendre les démarches cindyniques à l'ensemble du DRC.

5. Comparaison avec la littérature existante

Si la notion d'incertitude diagnostique est clairement reconnue dans la littérature, nous n'y trouvons aucune procédure pratique permettant réellement de gérer le risque qu'elle représente, comme le souligne Géraldine Bloy, sociologue spécialiste de la santé "*Savoir de quelles manières l'incertitude est présente dans l'exercice de la médecine générale ne nous dit pas comment s'en débrouillent les généralistes*" (31).

Les éléments que nous retrouvons dans la littérature, se rapprochent plus des recommandations ou des cours, que nous avons l'habitude d'apprendre pour les Epreuves Nationales Classantes :

Les recommandations des sociétés savantes de spécialités

Les collèges d'enseignants de spécialités et les sociétés savantes proposent tous des conduites à tenir et des recommandations pour chaque pathologie traitée par leur spécialité, mais celles-ci ne sont souvent pas adaptées à une prise en charge de premier recours. .

En cherchant parmi les référentiels de pratique clinique francophones pour les médecins généralistes on retrouve :

Deux sources françaises : l'HAS et l'ANSM (32,33)

L'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) et l'HAS (Haute Autorité de Santé) propose plusieurs prises en charge ambulatoires pour certaines maladies

mais celles-ci, bien que pertinentes, sont souvent l'adaptation à la pratique ambulatoire de conduites à tenir hospitalières.

Une majorité des conduites à tenir retrouvées dans ces recommandations sont adaptées à la prise en charge d'une pathologie diagnostiquée qu'elle soit aigue ou chronique. Or, le médecin généraliste évolue dans 2/3 des cas en situation d'incertitude diagnostique, situation dans laquelle il ne peut pas se référer aux recommandations de bonnes pratiques puisqu'elles se rattachent le plus souvent à un diagnostic qu'il n'a pas encore au moment de la consultation.

Une source luxembourgeoise : Conseil scientifique dans le domaine de la santé (34)

Le Conseil scientifique est un organisme indépendant, composé de professionnels du domaine de la médecine, dont la mission consiste à élaborer et diffuser des recommandations de bonne pratique médicale.

Là encore, des algorithmes et des recommandations sont proposés. Ils ont été le plus souvent adaptés à la pratique ambulatoire sur le plan logistique mais suivent une logique et un processus EBM (Evidence Based Medicine) n'évoquant pas les particularités du patient.

Une source belge : La Société Scientifique de Médecine Générale (35)

Son premier objectif était une meilleure adaptation dans la forme et dans le fond de l'enseignement post-universitaire destiné au médecin généraliste grâce à une formation continue spécifique.

On y trouve des recommandations de bonnes pratiques rédigées par des médecins généralistes et adaptées à la médecine générale en ambulatoire pour une vingtaine de pathologies et une dizaine de situations de premier recours.

On retrouve aussi dans la littérature différentes approches de raisonnement, expliquant et aidant le médecin à affronter l'incertitude diagnostique :

- Les processus de raisonnement "non analytiques" ou "intuitifs" (23) : Ce type de fonctionnement, par analogie, plus fréquent avec l'expérience, s'applique à des cas simples et typiques.

- Le raisonnement hypothético-déductif (24) : Il s'agit d'une démarche analytique de vérification systématique des hypothèses.

- Le raisonnement en chaînage avant (23) : Egalement une démarche de type analytique, elle est mise en œuvre quand le médecin ne parvient pas à identifier un cas connu. Il collige alors consciemment les données cliniques et paracliniques.

- L'approche de type interniste par réalisation d'un dossier d'évaluation exhaustif (24) : Cette approche, consiste à faire l'inventaire de tous les éléments permettant une exploration exhaustive de toutes les hypothèses possibles, même les plus rares.

- L'utilisation d'arbres décisionnels ou d'algorithmes (23) : Le cheminement binaire amène le médecin à poser un diagnostic par éliminations successives.

- La démarche probabiliste (22) : Cette démarche est basée sur les prévalences connues ou estimées et les valeurs prédictives positives ou négatives des signes et tests pour permettre d'envisager la probabilité d'un diagnostic à partir des informations recueillies.

Le raisonnement clinique repose sur l'association de processus analytiques et non analytiques, variant avec l'expérience du médecin, mais aussi au cours de la journée.

Nous avons fait le choix d'orienter la construction de nos démarches cindyniques selon les approches probabiliste ou hypothético-déductive, plus adaptées aux soins de premiers recours, évoluant en incertitude diagnostique. On peut donc concevoir que nos démarches cindyniques ne peuvent pas convenir à l'ensemble des médecins, à chaque consultation et à chaque moment de leur carrière, mais qu'elles sont adaptées à nos démarches les plus fréquentes.

Nous avons utilisé pour cette étude un des modes de recueil des consultations en médecine générale, le Dictionnaire des Résultats de consultation[®]. Il en existe d'autres, comme le texte libre, la Classification Internationale des Maladies (CIM10)

(36) et la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP) (37). La CIM 10 comporte plus de 30 000 termes et la CISP environ 6 000. Le DRC comporte moins de 300 définitions, regroupant 95 % de notre pratique quotidienne et chaque RC est encodé automatiquement en CIM 10 et en CISP. On comprend bien qu'il pourrait être facile d'extrapoler notre travail à ses 2 modes de classification, et que ce projet étant initié par la SFMG, c'est tout naturellement que nous avons choisi d'utiliser le DRC comme point de départ à notre réflexion. Quant au texte libre, cette étude est une preuve supplémentaire de son inefficience dans le suivi de nos patients (38).

6. Limites et biais

6.1. De l'échantillon

Pour valider notre méthodologie de travail, nous avons soumis à l'évaluation nos démarches auprès de médecins généralistes.

L'échantillon a été choisi parmi un panel de médecins français ayant répondu en 2014 à une enquête menée par la SFMG, sur l'intérêt et l'utilisation du DRC. Notre échantillon n'est donc pas représentatif de la population de médecins généralistes en France car il s'adresse à des personnes sensibilisées au DRC. Il faut cependant préciser que l'utilisation du DRC n'est pas nécessaire pour répondre à cette enquête et que nous avons choisi de nous adresser à des médecins qui en connaissent l'existence puisque notre travail s'inscrit dans la continuité de la démarche intellectuelle sous-tendue par ce dernier.

6.2 De la méthode :

6.2.1 Le taux de révision des RC

Le taux de révision est envisageable grâce aux données issues de l'Observatoire de la Médecine Générale, qui a recueilli pendant 15 ans dans une base de données, l'activité d'une centaine de médecins généralistes utilisateurs du DRC. Il s'agit de l'évolution du relevé du RC en fonction de l'évolution du tableau clinique. Par exemple, un ETAT FEBRILE pourra être secondairement révisé en PNEUMOPATHIE ou en PYELONEPHRITE ou une CEPHALEE en MIGRAINE.

L'analyse de ces révisions nous paraissait intéressante lors de la construction de la grille, pour adapter nos démarches en fonction de la fréquence des révisions, mais cette donnée est en cours d'analyse par un groupe de travail de la SFMG, et encore indisponible. Nous adapterons dans un deuxième temps notre travail.

6.2.2 La validation par le Comité de mise à jour du DRC

Le Comité se réunit annuellement pour discuter et valider les propositions de mises à jour et d'amélioration du DRC. Son absence d'approbation définitive de ce travail de démarches cindyniques représente donc en effet un biais à notre étude. Ce dernier devrait cependant être corrigé prochainement puisque le Comité de mise à jour se réunira en septembre 2016 et pourra alors statuer sur une validation définitive de ces démarches. Mais comme nous l'avons déjà évoqué, nous avons eu l'occasion de présenter ce travail en séance plénière dans le cadre du Projet Triennal, et aucun frein majeur n'a été identifié.

6.2.3 La démarche polypathologique

Notre démarche cindynique ne s'applique qu'à un RC donné. Or, nous savons bien que le médecin généraliste prend en charge en moyenne 2,6 problèmes différents à chaque consultation. (9) Nous avons tenté de pallier ce défaut de manière indirecte et incomplète en intégrant à notre démarche la notion de « RC associés » désignant l'influence, sur la démarche cindynique, d'autres RC au cours de la même consultation.

L'objectif étant évidemment après avoir établi une démarche spécifique à chaque Résultat de consultation de permettre de recouper ces démarches pour prendre en charge des tableaux de polypathologies. Nous avons déjà entamé cette discussion avec un groupe du Projet triennal travaillant sur la polypathologie sous forme de typologie de patients et des pistes de réflexions ultérieures sont amorcées.

6.2.4 La vision diachronique et synchronique, ou la notion d'épisode de soins

Tout comme nous sommes conscients du relevé de 2,6 RC en moyenne dans une consultation de médecin généraliste, nous savons également que son exercice comporte au-delà de la synchronie de la consultation, une vision diachronique de l'histoire du patient. Nous avons évoqué partiellement cela dans le cadre de la

vulnérabilité et de l'impact, mais en effet, il serait idéal de tenir compte dans ces démarches des épisodes de soins ouverts (diabète, HTA) et des épisodes de soins fermés (grossesse, appendicite) pour avoir une vision exhaustive.

Mais nous sommes aussi confrontés à l'espace de liberté décisionnelle du médecin (39), subjective, variable dans le temps, et à laquelle nous ne pouvons accéder. C'est la part de l'art de notre métier.

CONCLUSION

CONCLUSION

Ce travail est né du constat que le médecin généraliste ne peut identifier de façon certaine une maladie nosologiquement définie à la fin d'une consultation que dans 1/3 des cas. On nomme cela l'incertitude diagnostique.

La gestion de cette incertitude se déroule en plusieurs étapes, au cours d'une consultation de médecine générale : la première est de caractériser la situation clinique de manière précise, par un Résultat de consultation. La deuxième est de s'assurer de ne pas se tromper de dénomination, et la troisième est d'évoquer les maladies graves, qui, au cours de leur évolution, peuvent ressembler au tableau clinique identifié.

Le médecin généraliste fonctionne légitimement sur un mode probabiliste : éviction des maladies graves et évocation des maladies fréquentes. La démarche diagnostique de l'hospitalier, à l'inverse, va consister à la recherche systématique d'une étiologie.

Notre cursus universitaire est essentiellement hospitalier, alors que nous saisissons bien qu'il existe deux démarches diagnostiques, une pour le praticien du soin primaire et une seconde pour les médecins de second recours. Celles-ci sont même quasiment inversées dans leurs constructions intellectuelles et complémentaires.

A partir de ces différents constats, nous nous sommes demandé s'il était possible de rédiger des conduites à tenir adaptées aux situations cliniques les plus fréquentes en médecine générale ?

Notre travail comportait trois étapes : la création d'une méthode structurée d'analyse du risque pour chaque Résultat de consultation, adaptée notre pratique quotidienne, son application à 20 Résultats de consultation et son évaluation.

Le travail a été mené de novembre 2013 et mars 2016, par un groupe de huit médecins généralistes et de quatre étudiants faisant leurs thèses.

Vingt conduites à tenir adaptées à la gestion du risque, que nous avons appelées Démarches cindyniques ont été créées, dont cinq présentées dans cette thèse.

Les démarches cindyniques ont été débattues et affinées en séances plénières à la Société Française de Médecine Générale puis été évaluées auprès d'un échantillon de médecins généralistes.

Les résultats de cette enquête sont en faveur d'une adhésion à ces démarches cindyniques, tant sur le plan de la pertinence que de l'utilité dans la pratique quotidienne.

L'étape suivante est donc logiquement d'étendre cette réflexion en créant une démarche cindynique pour chacun des 278 RC du Dictionnaire des Résultats de consultation[®].

L'objectif final pourrait être le développement d'une méthode découlant de ce travail permettant d'associer ces démarches afin que le praticien puisse gérer la prise en charge de patients polypathologiques qui est un des axes principaux de son exercice.

Enfin, l'intégration aux logiciels médicaux de manière simple et intuitive serait un des moyens de rendre accessible cette aide décisionnelle au praticien de manière à l'appuyer dans son exercice quotidien. Cet aspect a d'ailleurs été plébiscité à plusieurs reprises lors de l'évaluation de ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Kandel O. Bousquet MA. Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale. Paris. GMSanté ; 2015
2. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961 ; 265 : 885-92.
3. Allen J, Gay B, Crebolder H et al. La définition européenne de la médecine générale. Médecine de famille. WONCA Europe 2002.
4. Katon WJ, Walker EA. Medically unexplained symptoms in primary care. J Clin Psychiatry 1998 ; 59 (suppl 20) : 15-21.
5. CNGE, CNOSF et al. Référentiels métiers et compétences : médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris : Berger-Levrault, 2010 : 155 p. (Chapitre 1 : Référentiel métiers et compétences des médecins généralistes p. 21-78).
6. Biehn J. Managing uncertainty in family practice. Can Med Assoc J 1982 ; 126 : 915-7.
7. Galam E. Ed. Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain. Paris : Editions Autrement, 1996 : 202 p.
8. Skrabanek P, McCormick J. Diagnostics et étiquettes. In Idées folles, idées fausses en médecine. Paris : Odile Jacob, 2002 : 206 p. (p. 81-116).
9. Braun RN. Pratique, Critique et Enseignement de la médecine générale. Paris : Payot, 1979 : 512 p.
10. Jouteau D. La notion de risque lié à l'incertitude diagnostique en médecine de premier recours. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Poitiers, Université de Poitiers, 2011, 216 p.
11. Lesbats M., Dos Santos J., Perilhon P., « Contribution à l'élaboration d'une science du danger. Ecole d'été « Gestion scientifique du risque ». Albi. Septembre 1999
12. Jousse G., « Traité de riscologie – La science du danger ». Editions Imestra. 2009

13. Le Monde du 10.12.1987. Naissance de la cindynique, Une science du risque. [En ligne]. Consulté le 16 avril 2016. Disponible sur http://www.lemonde.fr/archives/article/1987/12/10/naissance-de-la-cindynique-une-science-du-risque_4076376_1819218.html#s1i1MGKzA02HtOCY.99
14. Société Française de Médecine Générale, « Le Dictionnaire des Résultats de Consultations : à quoi ça sert ? Comment ça marche ? ». eDocuments de Recherche en Médecine Générale n°4, septembre 2003.
15. Clerc P et al. Etude Polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la polyprescription. Pratiques et Organisation des Soins, 2008. [En ligne]. Consulté le 11 février 2016.
16. Green L, Fryer G, Yawn B, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. N Engl J Med, 2001 ; 344 : 2021-25.
17. Société Française de Médecine Générale : Dictionnaire des Résultats de consultation®.
Disponible sur :
http://www.sfmng.org/demarche_medicale/demarche_diagnostique/dictionnaire_des_resultats_de_consultation/.
18. Pierre Ferru. Le Dictionnaire des Résultats de Consultations à quoi ça sert ? Comment ça marche? La theorie professionnelle. . eDRMG. 2003; Disponible sur :
http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_categorie/239/fichier_fichier_theorie-professionnelle0d81fc7efd.pdf.
19. Girardier M. La classification Internationale des Maladies est-elle praticable en médecine générale» Rev Prat Med Gen 1991 ; 138 : 1241-6.
20. Gallais J-L., 2001, « Illustration de quelques déterminants de la durée de consultation en médecine générale en France », Journée de Communication SFMG, Paris.
21. Signoret J. Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Paris-Ile-de-France-Ouest, Université de Versailles, 2012, 96 p.
22. Druais PL, Gay B, Le Goaziou MF et al. Médecine générale. Paris : Masson (2e édition), 2009 : 454 p.

23. Pelaccia T, Tardif J, Triby E et al. Comment les médecins raisonnent-ils pour poser des diagnostics et prendre des décisions thérapeutiques» Les enjeux en médecine d'urgence. Ann Fr Med Urgence 2011 ; 1 : 77-84.
24. Pestiaux D, Vanwelde C, Laurin S et al. Raisonnement clinique et décision médicale. Le Médecin du Québec 2010 ; 45 (5) : 59-63.
25. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : Article 36. (Article L4130-1 du Code de Santé Publique).
26. Lutsman M, Bourgeois I, Vega A. Sociologie et Anthropologie : quels apports pour la médecine générale « Doc Rech Med Gen, nov 2007, n°64.
27. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 2009 : 419p.
28. Braun / Mader. «Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin. 82 Checklisten für Anamnese und Untersuchung. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2005
29. Arrêté du 25 octobre 2006 fixant la liste des sections, des sous-sections du Conseil National des Universités pour les disciplines médicales et odontologiques : article 1
30. Rensis Likert, « A Technique for the Measurement of Attitudes », Archives of Psychology, vol. 140, 1932, p. 1–55
31. Bloy G, Schweyer FX. Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale. Rennes : Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2010 : 424 p.
32. Agence Nationale de Sécurité du Médicament. <http://ansm.sante.fr>. [En ligne]. Consulté le 13 avril 2016.
33. Haute Autorité de Santé. <http://www.has-sante.fr>. [En ligne]. Consulté le 13 avril 2016.
34. Conseil scientifique dans le domaine de la santé. <http://www.conseil-scientifique.lu>. [En ligne]. Consulté le 13 avril 2016.
35. La Société Scientifique de Médecine Générale. <http://www.ssmg.be>. [En ligne]. Consulté le 13 avril 2016.
36. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. <http://www.atih.sante.fr>. [En ligne]. Consulté le 13 avril 2016.

37. Jamoulle M, Roland M, Humbert J, Brulet JF. Traitement de l'information médicale par la Classification internationale des soins primaires, deuxième version : CISP-2. Care Edition, Bruxelles, 2000.
38. NG Cheong Vee JM. Analyse des raisons de la mauvaise diffusion du Dictionnaire des Résultats de consultation® chez les médecins généralistes et propositions pour l'améliorer. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Poitiers. 2014, Université de Poitiers, 2014, 92 p.
39. Junod AF. Décision médicale ou la quête de l'explicite. Genève : Médecine & Hygiène, 2003 : 333 p.

ANNEXES

Annexe n° 1 : Méthode de calcul de la criticité des Diagnostics critiques

Pondération de la GRAVITE		Préjudice				Gravité	Cotation
		Majeur	Modéré	Mineur	Absent		
Mort	Inéluctable						
	Probable						
	Peu probable						
	Improbable						

	Majeure	100
	Sérieuse	70
	Modérée	30
	Nulle	1

Pondération de l'URGENCE

Urgence	Explication	Cotation
Extrême	Nécessité d'une prise en charge immédiate	10
Vraie	Nécessité d'une prise en charge dans les 48H00	6
Relative	Prise en charge possible dans les 7 jours	3
Différée	Prise en charge possible dans un délai supérieur à 7 jours	1

Pondération de la CURABILITE

Traitement	Explications	Cotation
Curatif	Guérison possible Traitement permettant le retour à l'état antérieur	3
Symptomatique	Traitement possible dans le but de prévenir Les complications d'une étiologie incurable. Contrôle de l'évolution de la maladie	2
Palliatif	Traitement des complications dont l'apparition ne peut être évitée dans le cadre d'une étiologie incurable. Evolution non contrôlable de la maladie	1

Annexe n°2 : Document envoyé aux médecins pour l'explication du travail sur les démarches cindyniques qu'ils auront à évaluer

Les Démarches Cindyniques

Nous savons qu'à l'issue de la consultation le médecin ne peut aboutir à un diagnostic de maladie que dans 30% des cas. L'incertitude de diagnostic qui en découle est une source potentielle d'erreur médicale. Comment limiter ce risque ?

1^{ère} étape :

Devant cette incertitude de diagnostic :

→ Nécessité de caractériser la situation clinique : **Le Résultat de consultation** après avoir vérifié la liste des Voir Aussi

2^{ème} étape :

Une fois le RC choisi, en considérant que c'est le bon RC :

→ Ne pas méconnaître une maladie grave qui, au cours de son évolution, peut ressembler au RC choisi : **La liste des Diagnostics Critiques (DiC)**

3^{ème} étape :

Intégrer à notre démarche le risque que représentent ces Diagnostics Critiques:

→ Création de conduites à tenir adaptées à chaque RC : **La Démarche cindynique**

Dans un premier temps, la SFMG a élaboré une grille pour construire ces démarches cindyniques. Elle s'appuie sur les facteurs qui orientent le médecin : présentation clinique évocatrice d'un diagnostic critique, durée d'évolution, vulnérabilité, impact de la situation, contexte épidémiologique, comorbidités. Dans un deuxième temps, celle-ci a été appliquée aux vingt RC les plus fréquents.

Nous vous demandons aujourd'hui d'évaluer la pertinence et l'intérêt de ce travail.

Annexe n°3 : Document envoyé aux médecins pour l'évaluation de démarches cindyniques

Questionnaire

Cher Sociétaire, Cher Confrère,

La Société Française de Médecine Générale mène actuellement un travail sur la gestion du risque (cindynique). Un outil est en cours de développement pour construire des conduites à tenir afin de sécuriser notre démarche diagnostique liée à chaque Résultat de consultation (RC). Des tests sont actuellement réalisés sur les vingt RC les plus fréquemment rencontrés. Vous avez accepté de nous aider à évaluer deux RC.

Voici ci-dessous, le formulaire pour répondre à notre enquête.

Question 1 : Utilisez-vous le DRC ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui : à chaque consultation ☐ de temps en temps ☐

Question 2 : Quel âge avez-vous ?

Moins de 30 ans ☐ de 30 à 40 ans ☐ de 40 à 50 ans ☐ Plus de 50 ans ☐

Les questions 3 à 5 concernent les démarches cindyniques dans leur globalité

Question 3 : Préférez-vous la présentation des démarches cindyniques sous forme de tableau ou de texte ?

Tableau ☐ Texte ☐

Question 4 : Trouvez-vous le travail sur les démarches cindyniques intéressant ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Totalement inintéressant

Totalement intéressant

Question 5 : Cet outil (aide au clinicien) vous paraît-il applicable dans la vie courante ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Totalement inapplicable

Totalement applicable

Les questions 6 et 7 concernent les démarches cindyniques rapportées à un RC

Question 6 : Trouvez-vous le contenu pertinent pour le RC LOMBALGIE ? (les informations se rapportent-elles bien à ce RC ?)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Totalement impertinent

Totalement pertinent

Trouvez-vous le contenu pertinent pour le RC RHINITE ? (les informations se rapportent-elles bien à ce RC ?)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Totalement impertinent

Totalement pertinent

Question 7 : Au cours d'une consultation dans laquelle vous avez rencontré un cas clinique de LOMBALGIE, avez-vous trouvé cette démarche utile ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Totalement inutile

Très utile

Au cours d'une consultation dans laquelle vous avez rencontré un cas clinique de RHINITE, avez-vous trouvé cette démarche utile ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Totalement inutile

Très utile

Question 8 : Quelles sont vos propositions (oubli, amélioration, critique...) ?

Pavés de textes libres

- RC LOMBALGIE :
- RC RHINITE :
- En général :

Cher Sociétaire, Cher Confrère,

Nous vous remercions pour votre participation. Les résultats de ce travail vous seront adressés au printemps prochain. Nous vous prions de croire cher Sociétaire/Cher Confrère en nos sentiments bien amicaux.

Damien Jouteau

Responsable du Groupe Démarches Programmées

Julie Chouilly

Directrice du Département du Dictionnaire des Résultats de consultation

Rendez-vous sur le site de la SFMG

http://www.sfmfg.org/theorie_pratique/demarche_clinique/dictionnaire_des_resultats_de_consultation/

RESUME

RESUME

Introduction : Dans 70% des cas, le médecin généraliste se trouve à la fin de la consultation en situation d'incertitude diagnostique. Il doit rester vigilant face aux deux dangers qui le préoccupe : celui de faire une erreur diagnostique et celui de passer à côté d'une maladie grave. Le concept de Résultat de consultation (RC) permet de caractériser les situations cliniques les plus fréquentes, de les nommer précisément et d'ainsi maîtriser le premier danger. Notre travail s'est attaché à la gestion du second danger, celui de passer à côté d'une maladie grave. Nous avons tenté de répondre, en créant une méthode de gestion du risque nommée démarche cindynique, à la question suivante : est-il possible de rédiger des démarches cindyniques, adaptées aux situations cliniques les plus fréquentes en médecine générale ?

Matériels et méthodes : Le travail a été encadré par un groupe de huit médecins, et s'est déroulé en quatre étapes : une revue de la littérature, l'élaboration d'une méthode de création des démarches cindyniques, son application à 20 RC, puis son évaluation auprès de 785 médecins généralistes, à l'aide d'une échelle de Likert.

Résultats : Nous avons dans ce travail, élaboré les démarches cindyniques de 5 des 20 RC : ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE, DEPRESSION, REACTION A SITUATION EPROUVANTE, RHINITE et TOUX. L'analyse de l'évaluation de ces démarches met en évidence une adhésion des médecins. Les $\frac{3}{4}$ notent l'intérêt de ces démarches à plus de 7/9 et 84% les trouvent applicables dans la pratique quotidienne avec une note supérieure à 7/9. Les médecins utilisant le Dictionnaire des Résultats de consultation® (DRC), donnent globalement de meilleures appréciations.

Conclusion : La création de ces démarches cindyniques est faisable et son accueil auprès des médecins généralistes favorable. Les étapes suivantes seront l'élargissement de ce travail à tout le DRC, puis à la gestion de la polypathologie, cœur de notre métier.

Mots clés : médecine générale, résultat de consultation, incertitude diagnostique, risque, danger, diagnostic critique, conduite à tenir, cindynique

SUMMARY

Introduction : In 70% of cases, the general practitioner ends up in a situation of diagnostic uncertainty at the end of a consultation. He must remain vigilant concerning two dangers: in one hand, making a mistake in the diagnosis, and on the other, failing to detect a serious disease. The “Résultat de consultation” (RC) concept helps define the most frequent clinical situations, to designate them precisely and thus control the first danger. We focused our work on managing the second danger; that is to say, failing to detect a serious disease. By creating a risk management method called “Démarches cindyniques”, we tried to answer the following question: Is it possible to draft approaches to risk analysis that are adapted to the most frequent clinical situations in general medicine?

Materials and methods : The work has been carried out by a group of eight general practitioners, and has been divided into four steps: a thorough review of articles, the development of a method to create approaches to risk analysis, their application to 20 CRs, and lastly, its evaluation done by 785 general practitioners using the Likert scale.

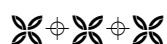
Results : Through this work, we developed the approaches of risk analysis of 5 out of the 20 RC: ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE, DEPRESSION, REACTION A SITUATION EPROUVANTE, RHINITE and TOUX. The analysis of the approaches' evaluations shows an extensive support from the general practitioners. Three-quarters of them evaluate the interest of these approaches at 7/9 and 84% find them useful in their daily work, rating their interest over 7/9. General practitioners using the Dictionnaire des Résultats de consultation® (DRC) generally give better evaluations.

Conclusion: The creation of these approaches to risk analysis is feasible and is widely welcomed by general practitioners. The next steps will be the generalization of this method for the whole DRC and then for poly pathology which represents the core of our profession.

Key words : general medicine, consultation result, diagnostic uncertainty, risk, danger, critical diagnostic, necessary measures, risk analysis.



SERMENT D'HIPPOCRATE



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 !

