

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 01 juin 2016 à Poitiers
par **Madame Célia TARRIDE**

Démarches cindyniques en médecine générale

Proposition d'une méthode d'élaboration de conduites à tenir
pour chaque définition du Dictionnaire des Résultats de Consultation
Test de faisabilité pour, ANGINE, EPAULE (TENOSYNOVITE), HUMEUR DEPRESSIVE,
LOMBALGIE et RHINOPHARYNGITE

COMPOSITION DU JURY

Président

Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Membres

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON
Madame le Professeur Christine SILVAIN
Monsieur le Professeur François BIRAULT

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Olivier KANDEL

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 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 | <ul style="list-style-type: none"> • 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 • ORIENT 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
- 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)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

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)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Meurice,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux et ma sincère reconnaissance.

Aux Professeurs Silvain, Senon et Birault,

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse, je vous remercie de l'attention portée à mon travail et vous prie de croire en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Au Docteur Olivier Kandel,

Je vous remercie d'avoir dirigé cette thèse, d'avoir partagé votre regard éclairé sur notre profession et de par vos travaux toujours promouvoir la médecine générale,

A l'ensemble du groupe « DemPro », en particulier aux Docteurs Pierre Ferru, Julie Chouilly, Damien Jouteau et à Edouard, Maxime et Romain,

Je vous remercie d'avoir contribué à ce travail dans la générosité et la bonne humeur.

Enfin au Docteur Gilles Gabillard,

Je vous remercie de m'avoir permis de participer à ce travail passionnant et de m'avoir tant apporté sur mes quelques mois à vos côtés.

Et à l'ensemble des médecins ayant pris de leur temps pour répondre à notre enquête.

A mes parents, Christine et Jean-Marc,

Je tenais sincèrement à vous remercier pour m'avoir, chacun à votre manière, soutenue durant ces longues études et tout au long de ma vie. Je vous dédie ce travail qui est aussi pour moi le fruit de votre accompagnement de chaque instant.

A ma Cécile,

C'est fou comme deux crayons de couleur ça lance une amitié !

Pour tous ces souvenirs partagés et pour tous ceux qui nous attendent encore. Pour savoir que je peux compter sur toi pour les bons moments, mais aussi pour les autres. Pour le fait d'être telle que tu es...

Merci !

A Anne,

Une vieille rencontre, pour une réelle découverte finalement plus récente mais dont je me réjouis de jour en jour !

A Amélie,

Pour ta générosité, ton courage et ta bonne humeur en toute circonstance, je tenais à te saluer.

A Audrey-Elodie, Célia et Julie,

Pour avoir partagé les galères et les plaisirs de la vie d'étudiantes ;)

A Céline, Camille et Adeline,

A Laurane, Laure, Emeline, Louise et Carole,

Pour avoir enrichi mon internat de vos rencontres,

A Jo,

Pour ton pragmatisme à tout épreuve, ta disponibilité, même lors de nos haltes impromptues avec Cécile et pour m'avoir permis de croiser Gaëtan.

A Xabi,

Pour ta collaboration de sous colleur, ta sincérité et tout ce qu'elle implique^^.

A Gaëtan,

Parce que je garde le meilleur pour la fin,

Parce qu'avec toi tout est simple et naturel,

Et parce que malgré ma phobie de l'engagement j'ose faire le pari de vieillir avec toi,

Je te remercie de ton amour de chaque jour et de tout ce que nous allons construire ensemble.

Et à tous les autres que j'aurai la joie de retrouver dans quelques jours !

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	10
1. Spécificité de la médecine générale	11
1.1. L'incertitude diagnostique	11
1.2. Une sémiologie des situations cliniques en médecine générale	13
2. Deux écueils	13
2.1. Le premier danger d'erreur diagnostique	13
2.2. Le deuxième danger d'erreur diagnostique	14
3. Réflexions préalables à la problématique de l'étude	14
3.1. Spécificité de la démarche diagnostique du généraliste par rapport à celle des confrères hospitaliers	15
3.2. A propos de la poly pathologie	15
4. Concrétisation sémantique de la problématique	16
4.1. Conduite à tenir	16
4.2. Recommandation de bonne pratique	16
4.3. Démarche programmée	17
4.4. Démarche décisionnelle	17
4.5. Prise en charge	17
4.6. Projet de soins	18
4.7. Aide à la décision	18
4.8. Processus d'analyse	18
4.9. Raisonnement clinique	19
4.10. Gestion du risque	19
4.11. Cindynique	20
 MATERIELS & METHODES	 22
1. L'objectif	23
2. L'organisation de l'étude	23
2.1. Les ressources humaines	23
2.2. Les grandes étapes de l'étude	23
3. Le déroulement de l'étude	24
3.1. Etats des lieux des éléments antérieurs à la réflexion	24
3.2. Elaboration de la méthode de création des démarches cindynique	25
3.3. Organisation de la mise en application de la méthode	30
3.4. Suivi de la création des vingt premières démarches cindyniques	32
3.5. Validation par les experts	32
 RESULTATS	 34
1. Création des démarches cindyniques pour cinq RC	35

1.1.	RC ANGINE (PHARYNGITE AMYGDALITE)	35
1.1.1.	Définition	35
1.1.2.	Argumentaire	36
1.1.3.	Voir Aussi	36
1.1.4.	Liste des DiC classées par fréquence décroissante	37
1.1.5.	Démarche cindynique pour le RC ANGINE	37
1.1.6.	Résultats des débats lors de la construction de la démarche	41
1.2.	RC EPAULE (TENOSYNOVITE)	41
1.2.1.	Définition	41
1.2.2.	Argumentaire	42
1.2.3.	Voir Aussi	42
1.2.4.	Liste des DiC classées par fréquence décroissante	43
1.2.5.	Démarche cindynique pour le RC EPAULE	43
1.2.6.	Résultats des débats lors de la construction de la démarche	45
1.3.	RC HUMEUR DEPRESSIVE	45
1.3.1.	Définition	45
1.3.2.	Argumentaire	45
1.3.3.	Voir Aussi	45
1.3.4.	Liste des DiC classées par fréquence décroissante	46
1.3.5.	Démarche cindynique pour le RC HUMEUR DEPRESSIVE	46
1.3.6.	Résultats des débats lors de la construction de la démarche	48
1.4.	RC LOMBALGIE	49
1.4.1.	Définition	49
1.4.2.	Argumentaire	49
1.4.3.	Voir Aussi	50
1.4.4.	Liste des DiC classées par fréquence décroissante	50
1.4.5.	Démarche cindynique pour le RC LOMBALGIE	51
1.4.6.	Résultats des débats lors de la construction de la démarche	54
1.5.	RC RHINOPHARYNGITE-RHUME	54
1.5.1.	Définition	54
1.5.2.	Argumentaire	55
1.5.3.	Voir Aussi	55
1.5.4.	Liste des DiC classées par fréquence décroissante	56
1.5.5.	Démarche cindynique pour le RC RHINOPHARYNGITE-RHUME	56
1.5.6.	Résultats des débats lors de la construction de la démarche	58
2.	Evaluation du concept de démarche cindynique	58
2.1.	Description de l'échantillon	59
2.2.	Evaluation du concept	60
2.2.1.	Intérêt	60
2.2.2.	Applicabilité	61
2.2.3.	Forme de présentation	62
2.3.	Influence des caractéristiques de l'échantillon	62
2.3.1.	Selon l'âge	62
2.3.2.	A propos de l'utilisation du DRC®	63

2.4.	Remarques qualitatives concernant le concept	63
2.5.	Evaluation par RC	64
2.5.1.	RC ANGINE (PHARYNGITE-AMYGDALITE)	64
2.5.2.	RC EPAULE (TENOSYNOVITE)	67
2.5.3.	RC HUMEUR DEPRESSIVE	69
2.5.4.	RC LOMBALGIE	72
2.5.5.	RC RHINOPHARYNGITE-RHUME	74
2.6.	Synthèse des analyses pour les cinq RC	76
 DISCUSSION		 78
1.	Introduction	79
2.	A propos de l'expression « cindynique »	80
3.	Construction et évaluation des démarches cindyniques	80
3.1.	Le choix de la méthode	80
3.1.1.	La grille de construction	81
3.1.2.	La présentation sous forme de tableau	82
3.1.3.	L'enquête et l'analyse	82
3.2.	L'évaluation générale de la démarche cindynique	83
3.2.1.	Intérêt et utilité	83
3.2.2.	Applicabilité	83
3.2.3.	La forme de la présentation	83
3.2.4.	Analyse selon les caractéristiques de l'échantillon	83
4.	La démarche appliquée à cinq RC	84
4.1.	Appréciation de la cindynique d'ANGINE	84
4.2.	Appréciation de la cindynique d'EPAULE (TENOSYNOVITE)	84
4.3.	Appréciation de la cindynique d'HUMEUR DEPRESSIVE	85
4.4.	Appréciation de la cindynique de LOMBALGIE	85
4.5.	Appréciation de la cindynique de de RHINOPHARYNGITE – RHUME	86
4.6.	Comparaison aux autres thèses	86
4.7.	Au final	86
5.	Comparaison aux éléments de la littérature	86
6.	Biais et limites	89
6.1.	De l'échantillon	89
6.2.	De la méthode	89
 CONCLUSION		 91
 BIBLIOGRAPHIE		 94
 ANNEXES		 97
 SUMMARY		 104

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Du fait d'une évolution rapide des techniques diagnostiques et thérapeutiques au lendemain de la seconde guerre mondiale, on assiste à un mouvement de 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 la médecine hospitalière de la médecine ambulatoire. Les médecins non hospitaliers se sont ainsi décrits 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 » (1). Ce constat nécessite une théorisation de la médecine générale. Un travail de thèse récent a d'ailleurs permis de répertorier 41 concepts théoriques regroupés sous forme d'un corpus (2).

1. Spécificité de la médecine générale

1.1. L'incertitude du diagnostic

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, n'est que rarement un diagnostic. En effet, 70% des consultations de médecine générale sont des situations non caractéristiques d'une maladie. C'est ce que l'on nomme l'incertitude du diagnostic (3).

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, renforcé 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. Ce ressenti ne sera dépassé qu'en constatant que cette incertitude est inévitable dans la pratique médicale. 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 (4), trois degrés d'incertitude :

- Un premier concerne ses lacunes qui résultent 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 un et trois 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 » (5).

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 » (6). 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. Il est aussi risqué d'attribuer trop rapidement au patient une étiquette de maladie, qui peut s'avérer fausse et être secondairement difficile à enlever.

Le praticien face à cette incertitude du diagnostic, 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 (7).

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 preuves, il retiendra les éléments cliniques issus de sa consultation. Ainsi, sans certitude de diagnostic, il s'appuie sur sa certitude clinique.

1.2. 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® (DRC®) (8).

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 (9,10). Elle permet une caractérisation des tableaux cliniques au terme de la consultation.

L'ensemble des Résultats de consultation (RC) représente plus de 97% des situations prises en charge en médecine de premier recours. 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.

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.

2. Deux écueils (11,12)

Comme nous l'avons vu précédemment la dénomination clinique précise de la situation permet au médecin d'éviter l'erreur diagnostique. Il doit tout de même s'assurer qu'il ne se soit pas trompé de dénomination, puis vérifier qu'une maladie grave ne corresponde pas au tableau clinique relevé. Ainsi, la gestion du risque d'erreur diagnostique peut se déployer en trois étapes : la dénomination de la situation clinique, le premier danger et le deuxième danger.

2.1. Le premier danger d'erreur diagnostique

Après avoir choisi le Résultat de consultation, le praticien doit, par des vérifications successives, s'assurer qu'aucun autre RC ne corresponde mieux à la situation. Cette entité nosologique permet en effet de conserver un doute étiologique conscient et de garder le médecin en éveil sur l'évolution possible des troubles.

Toutefois, le clinicien doit s'assurer d'avoir choisi le RC correspondant le mieux aux symptômes et signes qu'il a colligés car une erreur aurait pour conséquence de provoquer une démarche erronée car orientée par un mauvais RC.

C'est pourquoi chaque RC est défini par une configuration unique de critères d'inclusion, mais aussi par une liste d'autres Résultats de consultation, appelée *Voir aussi*, pouvant avoir des analogies de manifestations avec cette situation.

Le premier danger est donc celui de ne pas choisir le bon RC.

2.2. 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. 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 quatre éléments permettent de calculer la criticité de chaque danger. D'où l'appellation : Diagnostic étiologique Critique (DiC). Une liste de DiC a ainsi été créée pour chacun des RC du Dictionnaire.

Le deuxième danger est donc celui de ne pas identifier un DiC.

3. Réflexions préalables à la problématique de l'étude.

Dans le prolongement de cette réflexion concernant la gestion du risque lié au premier et second danger c'est posé la question de la possibilité d'élaborer des « conduite à tenir » pour chaque RC. En effet, après la vérification du RC et la création des listes de DiC le but serait de conseiller une orientation décisionnelle pour chaque situation clinique. De créer un outil adapté à la particularité du premier recours qui constituerait une aide pour le praticien dans la gestion du second danger.

Pour préciser notre problématique, il a été nécessaire d'approfondir préalablement quelques sujets.

3.1. Spécificité de la démarche diagnostique du généraliste par rapport à celle des confrères hospitaliers

On peut affirmer qu'il existe deux démarches diagnostiques issues de constructions intellectuelles différentes. Une pour le praticien de soin primaire et une seconde pour les médecins du second et troisième recours. La démarche diagnostique du second et troisième recours, 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 œuvre légitimement sur un mode de recherche systématique d'étiologie. Le médecin généraliste travaille, 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 l'ensemble du corps médical pourrait certainement permettre une meilleure compréhension entre médecine de premier recours et médecine hospitalière. Elle limiterait ainsi les incompréhensions issues de démarches médicales nécessairement différentes mais complémentaires.

3.2. A propos de la poly pathologie

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

La poly pathologie ne peut être étudiée par la combinaison mathématique des différentes pathologies. Néanmoins une première étape indispensable est d'adapter les recommandations par pathologie à la réalité de la médecine en soins primaires.

Ainsi, notre problématique ne peut s'intéresser qu'à l'écriture de conduite à tenir pour chaque RC. Il reste néanmoins acquis que dans sa pratique quotidienne le médecin ne peut s'affranchir de la notion de polypathologie. Une étude confirme cette réalité, appelée Polychrome (13) elle distingue six classes de pathologies représentant 80% des actes.

4. Concrétisation sémantique de la problématique

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. S'agit-il de conduites à tenir, de démarches programmées, de recommandations... ? Dans un premier temps nous avons relevé les principales expressions habituellement utilisées en médecine, se rapprochant le plus du processus que nous voulons décrire.

Chacune d'entre elle est présentée par une définition (14), assortie d'une discussion soulignant les points forts et faibles, permettant au final de retenir la terminologie la plus adaptée.

4.1. Conduite à tenir

Selon le dictionnaire, le mot « conduite » évoque la notion de donner la marche à suivre et la façon de se comporter. Il s'agit d'un comportement, d'une attitude définie face à une situation donnée : dicter une conduite.

L'avantage de cette expression est d'être connue et répandue chez les étudiants en médecine préparant l'Examen National Classant. Elle a le mérite d'être concise et claire. En revanche, cette expression est très connotée sur un versant biomédical, organique, faisant peu de place à la vision plus globale de la médecine générale.

Évoquer des conduites à tenir adaptées à la médecine générale serait peut-être souhaitable dans une nécessité de cohérence avec les autres spécialités médicales. Cependant, cette expression sous-tend la notion d'impératif, plus gênante, car elle ne tient pas compte de la diversité des facteurs intervenant dans la prise en charge d'une situation de premier recours.

4.2. Recommandation de bonne pratique

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Elles restent des « recommandations » et laissent donc au discernement du professionnel de santé le choix de la prise en charge qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations.

L'expression dans sa lecture littérale correspond bien à l'objet de notre travail. En revanche, sans être une marque déposée, le risque d'ambiguïté avec les documents de l'HAS poserait inévitablement problème.

4.3. Démarche programmée

Selon les dictionnaires, une démarche est une manière de penser, de conduire un raisonnement vers un but. Programmer est déterminer à l'avance le moment et les modalités d'une action. Le premier mot met en valeur la manière de raisonner et le deuxième mot la notion de l'anticipation de l'action.

Ces définitions correspondent bien au sujet abordé dans cette thèse : anticipation et manière de pensée.

En revanche, le terme de programmé, évoque aussi une notion d'automatisme, d'exhaustivité, d'obligation, renvoyant au programme informatique et laissant entendre qu'il pourrait s'agir d'algorithmes et de grilles thérapeutiques.

4.4. Démarche décisionnelle

La définition de démarche est donnée ci-dessus : manière de penser, de conduire un raisonnement vers un but. Dans le dictionnaire, décider c'est résoudre après un examen une chose douteuse et contestée.

Cette notion a l'avantage de nous placer dans l'action : il s'agit de résoudre un problème. Mais elle nous renvoie aussi peut-être trop à la nécessité de trouver une solution, là où nous sommes encore dans l'incertitude de notre situation de médecin de premier recours.

4.5. Prise en charge

D'un point de vue sémantique il s'agit de l'acte de prendre sous sa responsabilité une personne ou un objet, en l'occurrence un patient.

Ces termes peuvent correspondre à notre travail, son but étant de fournir aux médecins généralistes un support décisionnel afin qu'ils prennent la meilleure décision face à une situation clinique donnée.

Cependant cette expression bien connue des médecins, au point d'être devenue un acronyme « PEC », évoque les décisions quasi thérapeutiques et risque d'entraîner un malentendu laissant penser que notre travail a pour objet de proposer une arborescence d'actions.

4.6. Projet de soins

Un projet se définit comme un objectif à atteindre, une idée de quelque chose à faire que l'on présente dans ses grandes lignes. Il peut correspondre à une première ébauche destinée à être étudiée et corrigée.

Cette notion présente donc l'avantage de l'adaptabilité. En effet, en médecine de premier recours nous sommes souvent confrontés à des situations d'incertitude pour lesquelles nous devons envisager la survenue de nouveaux paramètres, leur chronologie d'apparition ou encore leur absence de survenue, afin d'adapter notre attitude face à la situation.

La limite que l'on pourrait y opposer serait justement cette approche trop approximative, le but de notre travail étant de vérifier la possibilité de fournir aux praticiens un support précis permettant d'apporter une réponse adaptée aux situations cliniques les plus fréquentes en médecine générale. Sans être exhaustif, notre travail doit néanmoins apporter des éléments concrets afin de limiter les sources d'erreurs.

Par ailleurs, sa connotation « soin » obère la nécessaire étape préalable de sécurisation du risque d'erreur de diagnostic.

4.7. Aide à la décision

Une aide se définit comme une assistance, un appui, afin de faciliter l'accomplissement d'une action. Il s'agit bien là de l'intention de notre travail. Le mot décision a été quant à lui défini ci-dessus comme l'acte par lequel une autorité prend parti après examen et opte pour une solution. Nous avons vu que la notion de solution, inhérente à celle de décision, pouvait constituer une barrière linguistique. Néanmoins une consultation aboutit toujours à une prise de décision, la solution pouvant être temporaire et révisable a posteriori en fonction d'éléments nouveaux. Nous pensons que notre travail est moins une aide à la décision qu'un raisonnement, une organisation de la pensée pour gérer les risques inhérents à notre pratique.

4.8. Processus d'analyse

Le processus est la manière que quelqu'un a de se comporter en vue d'un résultat particulier répondant à un schéma précis. Quant à l'analyse, c'est entre

autres l'étude minutieuse, précise faite pour dégager les éléments qui constituent un ensemble, pour l'expliquer, l'éclairer.

L'association des deux mots, peut une nouvelle fois se rapprocher de notre travail. Le praticien suit bien une procédure faite d'un recueil sémiologique, d'une synthèse clinique et d'une analyse diagnostique et décisionnelle.

Mais cette expression renvoie aussi aux sciences exactes, dans une vision quelque peu arithmétique. Elle évoque aussi de nos jours la notion de *process*, issue de l'industrie.

4.9. Raisonnement clinique

Le raisonnement clinique commence par l'observation des faits pathologiques, se prolonge par l'interprétation qu'on en fait, se termine par des actions thérapeutiques et l'énoncé d'un pronostic.

« Combien de démarches diagnostiques sont aberrantes tout banalement parce que les modèles mentaux initialement mobilisés sont inappropriés ? Combien d'examens complémentaires sont redondants ou inutiles, du fait de ne pas avoir pris le temps de réfléchir et d'établir une réelle stratégie d'investigation ? »

Cette locution conviendrait à notre objectif, mais elle est trop générale englobant l'ensemble du raisonnement clinique. Elle correspond au prérequis pour tout médecin alors que notre travail s'attache à la singularité dans laquelle se trouve le médecin du premier recours.

Certains auteurs comme Tanner soulignent que toutes ces expressions ont tendance à être utilisées de façon interchangeable, ne favorisant pas la clarté, ni la compréhension des concepts.

Nous nous sommes alors demandés s'il ne fallait pas chercher du côté de la notion de gestion du risque. Nous proposons en effet un mode de raisonnement débouchant sur des démarches, des conduites, sorte de recommandations qui sont une aide pour le praticien, mais l'objectif est d'appréhender au mieux le risque d'erreur liée à l'incertitude du diagnostic inhérent à sa situation en soin primaire.

4.10. Gestion du risque

Elle s'attache à identifier et à traiter méthodologiquement les risques relatifs aux activités d'une organisation, quelles que soient la nature ou l'origine de ces risques. Cette locution utilisée largement au-delà de son monde industriel d'origine est

maintenant régulièrement employée en médecine. Elle est adaptée au travail que nous nous proposons de réaliser. Elle a quelques inconvénients. Premièrement d'avoir été utilisée depuis des années par l'assurance maladie : on ne parle plus de service du contrôle médical mais de gestion du risque. Deuxièmement d'un point de vue plus fondamental, ce que nous évoquons est plus du domaine de la prise en compte des dangers que des risques.

Le risque est l'éventualité que se réalise un danger. Il est caractérisé par des probabilités et des conséquences. Le risque ne se présente que si l'on s'expose au danger. Il diminue si l'on a la possibilité de s'écarter du danger en question.

Le danger quant à lui, caractérise la nature du risque. Il est ce qui menace l'individu. Le danger en lui-même ne pose aucun problème. Si ce danger se trouve dans une autre pièce ou qu'il est éloigné, il ne vous crée pas souci particulier.

Même si dans le sens commun, la différence est ténue, il semble bien qu'en ce qui nous concerne, ce que nous traitons est plus du domaine des dangers.

4.11. Cindynique

La cindynique du grec *kíndunos*, danger (14), regroupe les sciences qui étudient les dangers. Ce néologisme a été introduit lors d'un colloque tenu à la Sorbonne en décembre 1987 (15).

Il s'agit d'une théorie et 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.

Prendre un risque, c'est s'exposer à un danger et dans notre cas l'incertitude du diagnostic dans le temps imparti à une consultation impose au médecin de prendre un risque. Ce « pari » dépend :

- Des acteurs,
 - Le médecin, son niveau d'inquiétude naturelle ou de confiance en lui. On comprend que l'expérience intervient également à ce niveau. Sa compétence aussi, pouvant l'amener à mesurer plus ou moins les risques,
 - Le patient, sa capacité à être un partenaire efficace du médecin, mais aussi son profil psychologique et ses croyances ;

- Du mode d'exercice, dont la durée limitée de la consultation, de 16 minutes en France (16), mais aussi de l'absence de plateau technique ;
- De la procédure, en l'occurrence la démarche diagnostique en situation de soin primaire et son incertitude ;
- De données scientifiques, qui dans notre domaine sont peu adaptées car ne tenant pas compte de l'épidémiologie réelle des troubles de santé (Carré de White) ;
- Du modèle médical dominant dont l'enseignement est exclusivement centré sur le modèle de démarche diagnostique interniste ;
- De l'organisation du système, ici de la santé.

Tous ces éléments sont dits cindynogènes. Il s'agit donc de développer une cindynique de la démarche diagnostique en soin primaire. 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 travail que nous entreprenons.

Notre problématique est donc de savoir s'il est possible de rédiger des démarches cindyniques adaptées aux situations cliniques les plus fréquentes en médecine générale ?

Pour répondre à la problématique l'objectif de ce travail sera de savoir s'il est possible de construire une démarche cindynique pour chaque Résultat de consultation du DRC®.

MATERIELS & METHODES

MATERIELS & METHODES

1. L'objectif

L'objectif est donc de savoir s'il est possible de construire une démarche cindynique pour chaque Résultat de consultation :

- En élaborant une méthode de création des démarches cindyniques ;
- En testant la méthode retenue sur une vingtaine de Résultat de consultation ;
- En validant ces démarches afin de les généraliser à l'ensemble du Dictionnaire des Résultats de Consultation®.

2. 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.

2.1. Les ressources humaines

Cette étude s'intègre dans le projet triennal de recherche théorique de la Société Française de Médecine Générale (SFMG). Elle est placée sous la responsabilité du secrétariat du comité de mise à jour du dictionnaire des résultats de consultation (SD²RC). Les différentes personnes sollicitées par le projet étaient ici de trois horizons.

- Le SD²RC 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.
- Des confrères rassemblés en Groupes de Pairs ont été sollicités pour vérifier la production des démarches cindyniques et valider la méthode sous-jacente.

2.2. Les grandes étapes de l'étude

Le travail a été mené en quatre grandes étapes.

- Un temps de revue de la littérature afin de cerner les concepts utiles à la réflexion ;
- Un temps d'élaboration d'une première méthode testée afin d'écrire une

- procédure de création des démarches cindyniques ;
- Un temps d'application concrète de la méthode sur une vingtaine de résultats de consultation ;
 - Un temps de validation de la pertinence des résultats, afin de confirmer la faisabilité du travail.

3. Le déroulement de l'étude

Chronologiquement l'étude s'est déroulée de la façon présentée ci-après.

3.1. Etats des lieux des éléments antérieurs à la réflexion

L'objectif étant de construire des démarches cindyniques 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® édité par la Société Française de Médecine Générale, permet de caractériser les tableaux cliniques au terme de la consultation et de définir le ou les problèmes que le praticien estime avoir à résoudre. Par cette nomenclature les praticiens ont donc à leur disposition un langage commun.

Les 278 tableaux cliniques appelés Résultats de consultation (RC) que contient le DRC®, permettent au médecin d'appréhender l'incertitude diagnostique en se basant sur sa certitude clinique. Chaque RC est pondéré selon cinq « 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 porter le médecin à la situation qui se présente à lui.

Ces éléments de titre, définitions 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 dont le RC pourrait être une forme clinique et pour laquelle 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 intègre trois paramètres (Annexe 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 Générale mis en place par la SFMG durant quinze ans de 1994 à 2009. Ces données relevées par 220 médecins concernent plus de sept millions de consultations et près de dix millions de Résultats de consultation. Ceci permet de valider la valeur épidémiologique des situations cliniques représentées par les RC et leur hiérarchie statistique.

3.2. Elaboration de la méthode de création des démarches cindyniques

Parallèlement à la constitution des listes de DiC pour l'ensemble des RC du DRC[®], 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 huit généralistes membres titulaires de la SFMG, afin d'élaborer une méthode permettant d'écrire pour chaque RC des démarches cindyniques adaptées à notre discipline.

Ce groupe s'est réuni six fois entre novembre 2013 et juillet 2014. 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 DiC ;
- Les complications du RC en cas de position C et D ;
- La vulnérabilité du patient : âge, ATCD, 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 démarches cindyniques ont été utilisées. Une première solution consistait à partir des différents tableaux cliniques possibles d'un RC et de les pondérer en fonction des variables. Une autre a été d'aborder le sujet selon deux axes. D'une part, lorsque le tableau sémiologique du RC évoque un DiC et d'autre part, lorsqu'il n'en évoque pas. La question des complications à évoquer prenant son importance.

Des exercices ont été menés par des binômes qui croisaient leurs points de vue lors des réunions plénières. Cette réflexion a permis d'aboutir à 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 trois RC : CEPHALEE, CERVICALGIE et DYSYPNEE afin de perfectionner la méthode. Chaque médecin devait faire une recherche bibliographique afin de retrouver si possible la fréquence (prévalence) de chaque maladie de la liste des DiC, puis remplir la grille d'élaboration (Tableau 1 et 2).

Les rubriques retenues étaient les suivantes :

- **Généralité sur les causes principales et la démarche général.**

C'est la transition entre l'argumentaire et le tableau établissant la démarche cindynique. 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 et celle de la récurrence. Il amène à se poser la question suivante : A partir de quand doit-on évoquer un DiC ? ;

- **Vulnérabilité.**

Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue d'un DiC ;

- **Impact.**

Facteurs augmentant les complications d'un DiC sur le patient ;

- **RC associés.**

RC associés au RC en cause au cours de la même consultation amenant à évoquer un DiC ;

- **Contexte épidémiologique ;**

- **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 des complications du RC et non des DiC ;

- **Conduites à tenir en première intention.**

Tableau 1 : Grille d'élaboration appliquée au RC céphalée

Généralités sur les causes principales et la démarche générale	On rappelle que ce RC est en position diagnostique A, il décrit un symptôme. Il peut être un RC d'attente du RC MIGRAINE, lors des premières crises. Les deux étiologies les plus fréquentes sont la céphalée psychogène (dite de tension), et les migraines
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	Des maux de tête violents et soudains doivent faire évoquer en priorité : un anévrisme artériel, une thrombophlébite cérébrale, une hémorragie méningée, une hypertension intracrânienne.
Durée d'évolution anormale qui ferait évoquer un DiC	Une céphalée récidivante, stéréotypée, de localisation inchangée amènera le praticien à réaliser une imagerie pour éliminer une tumeur.
Vulnérabilité Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC	Devant des céphalées chez un patient de la cinquantaine, le praticien devra s'assurer que les pouls temporaux ont bien été palpés et devra rechercher un syndrome inflammatoire biologique. Des maux de tête chez un patient ayant un ATCD de cancer amèneront le praticien à évoquer des localisations secondaires. Il faudra vérifier que le patient ne consomme pas régulièrement des antalgiques pour éliminer des céphalées par abus de médicaments.
Impact Facteurs augmentant les complications d'un DiC sur le patient	Des maux de tête inhabituels chez une femme sous contraceptif oral doivent faire penser à l'hypothèse d'une thrombophlébite cérébrale.
RC associés au RC en cause amenant à évoquer un DiC	Une céphalalgie associée à d'autres motifs de consultation, d'autres plaintes, paraît moins inquiétante pour le praticien, et il sera orienté vers une origine psychogène.
Contexte épidémiologique	Des céphalées identiques dans l'entourage et concomitantes, amèneront à questionner sur le mode de chauffage (intoxication au CO).
Taux de révision du RC	Néant
Complications	Aucune
Conduite à tenir de 1ère intention.	Une inefficacité des antalgiques de 1 ^{er} niveau (PARACETAMOL) doit faire évoquer une origine psychogène, une migraine ou un des DiC.

Une fois la grille documentée une conduite à tenir sous la forme d'un texte était proposée assortie du tableau des DiC avec la criticité et la fréquence des DiC.

Tableau 2 : Un exemple de formulation pour la conduite à tenir de CEPHALEE

On rappelle que ce RC est en position diagnostique A, il décrit un symptôme. Il peut être un RC d'attente du RC MIGRAINE, lors des premières crises. Les deux étiologies les plus fréquentes sont la céphalée psychogène (dite de tension), et les migraines.

Des maux de tête violents et soudains doivent faire évoquer en priorité : un anévrisme artériel, une thrombophlébite cérébrale, une hémorragie méningée, une hypertension intracrânienne.

Une céphalée récidivante, stéréotypée, de localisation inchangée amènera le praticien à réaliser une imagerie pour éliminer une tumeur.

Devant des céphalées chez un patient de la cinquantaine, le praticien devra s'assurer que les pouls temporaux ont bien été palpés et devra rechercher un syndrome inflammatoire biologique.

Des maux de tête chez un patient ayant un ATCD de cancer amèneront le praticien à évoquer des localisations secondaires.

Il faudra vérifier que le patient ne consomme pas régulièrement des antalgiques pour éliminer des céphalées par abus de médicaments.

Des maux de tête inhabituels chez une femme sous contraceptif oral doivent faire penser à l'hypothèse d'une thrombophlébite cérébrale.

Une céphalalgie associée à d'autres motifs de consultation, d'autres plaintes, paraît moins inquiétante pour le praticien, et il sera orienté vers une origine psychogène.

Des céphalées identiques dans l'entourage et concomitantes, amèneront à questionner sur le mode de chauffage (intoxication au CO).

Une inefficacité des antalgiques de 1^{er} niveau (PARACETAMOL) doit faire évoquer une origine psychogène, une migraine ou un des DiC.

DiC	Fréquence ‰	Criticité
Psychogène – céphalée de tension	150	2
Migraine	90	-
Abus de médicament	15	3
Artérite inflammatoire	0,2	140
Méningite	0,11	3000
Intoxication au CO	0,09	2100
Hémorragie cérébro-méningée	0,07	3000
Anévrisme artériel	0,07	3000
Hypertension intracrânienne (causes)	0,012	3000
Thrombophlébite cérébrale	0,005	3000

L'essai ayant été satisfaisant il était décidé d'étendre la méthode aux Résultats de Consultation les plus fréquents en pratique quotidienne.

3.3. Organisation de la mise en application de la méthode

Suite aux résultats au test de faisabilité nous avons précisé une méthode et organisation de travail. Le groupe de travail était constitué des huit médecins du groupe initial et de quatre 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 vingt premiers RC parmi la liste des 50 RC les plus fréquents (Tableau 3), en nombre d'actes pour tous les patients, à partir des données de l'OMG en 2009. Ceci en veillant à exclure les RC en position Z (non pathologique).

Tableau 3 : Classement des 50 RC les plus fréquents pour l'année 2009

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	DIARRHÉE - NAUSÉE - 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	ANXIÉTÉ - ANGOISSE	2093	3.07
27	ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	2011	2.95
28	ARTHROSE	1927	2.83
29	ASTHÉNIE - 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

Les vingt 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.

Les vingt RC ont été répartis en quatre paquets de cinq RC et distribués aux internes par tirage au sort (Tableau 4).

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

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

Chaque trinôme était chargé de vérifier ou créer une liste de DiC pour chaque RC ainsi que de proposer une démarche cindynique.

3.4. Suivi de la création des vingt premières démarches cindyniques.

Les propositions et avancées du travail étaient d'abord finalisées au sein du trinôme pour ensuite être présentées lors des réunions plénières organisées en grand groupe tous les deux mois. De cette façon, les démarches cindyniques étaient achevées avec les réflexions du groupe de travail au complet.

A la suite de chaque réunion un compte rendu était rédigé et colligé avec les précédents dans un document unique appelé "main courante".

3.5. Validation par les experts.

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

Nous avons utilisé la liste des 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. Cet échantillon de 785 médecins se répartissait en quatre profils :

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

Nous avons fait le choix d'envoyer deux RC et leurs cindyniques à chaque médecin. Nous avons fait en sorte que chaque cindynique soit relue par des investigateurs des quatre profils. Chacun des quatre groupes a été divisé en dix sous-groupes en suivant l'ordre alphabétique, pour recevoir le binôme de RC - Démarche cindynique qui leur était attribué.

Chaque médecin a reçu par mail (Annexe 2) :

- une explication rapide de notre travail (Annexe 3) ;
- la définition du RC accompagnée de sa démarche cindynique ;
- une grille de relecture disponible sous plusieurs formats : en ligne, fichier PDF afin d'évaluer le concept global de démarche cindynique et son application par RC (Annexe 4).

Pour les questionnaires il s'agissait d'échelle de LIKERT à 9 occurrences. Pour le concept global était posé 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 recueillis et analysés à l'aide du logiciel Google Forms. Ils ont ensuite été retranscrits sur le logiciel Excel afin de pouvoir analyser les réponses par le calcul des moyennes et des médianes.

RESULTATS

RESULTATS

1.Créations des démarches cindyniques des cinq RC

Cette première partie des résultats correspond à la première étape de notre travail qui consistait à établir une démarche cindynique pour les RC étudiés.

Nous présenterons donc pour chaque RC : la définition, l'argumentaire, les Voir aussi, la liste des DiC associés à leur fréquence et leur criticité et un résumé des débats lors de la construction des démarches. Enfin nous présenterons la grille de démarche cindynique sous forme de tableau et de texte.

1.1. RC : ANGINE (PHARYNGITE – AMYGDALITE)

1.1.1. Définition

++++ ROUGEUR DE L'OROPHARYNX ++1 diffuse du pharynx ++1 d'une (ou des) amygdale(s) ++++ ABSENCE D'ÉCOULEMENT NASAL CARACTÉRISTIQUE + - douleur + - fièvre ou sensation de fièvre + - hypertrophie + - enduit pultacé + - adénopathie sous angulo-maxillaire + - unilatérale + - vésicules + - ulcération + - fausses membranes + - toux + - vomissement + - douleur abdominale + - score de Mac Isaac > = 4 + - TDR positif + - présence bactérienne

Positions diagnostiques

C : Sans présence bactérienne ou seulement un TDR positif

D : Avec présence bactérienne certifiée au prélèvement.

1.1.2. Argumentaire

Dénomination

Cette définition permet d'inclure toutes les atteintes inflammatoires (rougeur) de l'oropharynx (amygdales et/ou pharynx). En effet, elles présentent toutes le même risque et doivent donc bénéficier du même processus décisionnel.

Critères d'inclusion

Ils précisent la topographie des lésions et l'aspect exact des atteintes amygdaliennes. Il ne doit pas y avoir d'écoulement nasal allégué ou constaté. Dans ces situations-là, il faut inclure le cas dans le RC RHUME-RHINOPHARYNGITE

Compléments sémiologiques

Le score de Mac Isaac peut être calculé en fonction de l'âge du patient et de la présence ou de l'absence de certains compléments sémiologiques. Le TDR constitue un fort argument de présomption vis à vis d'une origine streptococcique sans en faire véritablement la preuve bactériologique. La présence effective d'un germe retrouvé par prélèvement bactériologique pourra être notée (pour les germes autres que le streptocoque, en préciser la nature exacte en commentaire).

1.1.3. Voir Aussi

ETAT FEBRILE : quand le tableau n'est pas centré uniquement sur les amygdales ou le pharynx, avec en particulier de la fièvre.

ETAT MORBIDE AFEBRILE : quand le tableau n'est pas centré uniquement sur les amygdales ou le pharynx, avec des symptômes dans d'autres localisations.

HERPES : s'il s'agit d'une angine particulière avec des lésions caractéristiques (ulcérations...)

MAL DE GORGE : s'il y a plainte du patient avec pharynx parfaitement normal.

PHLEGMON DE L'AMYGDALE : en cas de douleur unilatérale et intense avec une tuméfaction saillante du pilier de l'amygdale.

RHINOPHARYNGITE – RHUME : dans ce cas la rhinorrhée est nettement au premier plan du tableau.

1.1.4. Liste des DiC classés par fréquence décroissante

DiC	Criticité	Fréquence
Infection virale	2	***
Infection bactérienne	3	***
Hémopathie chronique	600	**
Gonocoque	210	**
VIH, Sida	600	**
Tuberculose	90	**
Leucémie aiguë	3000	**
Agranulocytose	1800	**
Cancer de l'amygdale	300	**
Syphilis	210	*
Maladie de Still	60	*
Diphthérie	3000	*

1.1.5. Démarche Cindynique pour le RC ANGINE (PHARYNGITE-AMYGDALITE)

Sous forme de tableau

Généralités sur les causes principales et la démarche générale	Deux points essentiels : - 80% des angines sont d'origine virale. (Enfants 70% et adultes 90%). et - le premier agent bactérien responsable d'angine est le Streptocoque Béta hémolytique du Groupe A ou SGA. En médecine générale l'angine est donc majoritairement bénigne.
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	En cas d'ulcération, le praticien en recueillera les caractéristiques sémiologiques. Ainsi : - unilatérale, peu profonde, indurée et indolore elle le conduira à évoquer une syphilis. - unilatérale, nécrotique et/ou hémorragique elle devra interpeller le praticien sur une origine néoplasique type cancer de l'amygdale. Face à de fausses membranes deux DiC sont à envisager : - diphthérie : elles y sont adhérentes, débordantes de l'amygdale et envahissent la luette et - infection virale à EBV : non adhérentes, en regard de

	l'amygdale et respectant la luette.
Durée d'évolution anormale qui ferait évoquer un DiC	L'évolution naturelle d'une angine est la guérison en 5 à 7 jours. Une évolution trainante de surcroît sur une forme ulcéreuse doit conduire le praticien à avancer l'hypothèse d'un cancer solide, mais aussi d'une hémopathie chronique ou aiguë (leucémie) ou encore d'une agranulocytose. Il recherchera donc un syndrome tumoral et réalisera un bilan biologique. Devant la présence de vésicules, signant une origine virale, de début brutal avec une fièvre et une odynophagie intense le praticien devra suspecter une primo infection à herpès et contrôler l'absence de signe de méningo-encéphalite.
Vulnérabilité Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC	Chez un patient toxicomane ayant recours à des drogues IV ou ayant des conduites sexuelles à risque, il faudra considérer la possibilité d'une primo infection VIH, d'une syphilis ou d'un gonocoque. Devant un terrain alcool-tabagique le cancer de l'amygdale doit être évoqué.
Impact Facteurs augmentant les complications d'un DiC sur le patient	Néant
RC associé(s) au RC en cause amenant à évoquer un DiC	Le RC ANGINE associé à une ASTHENIE-FATIGUE persistante, les sérologies EBV et CMV peuvent être réalisées. Une splénomégalie devra être recherchée cliniquement. Associé à une ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE d'allure inflammatoire le praticien peut envisager l'éventualité d'une Maladie de Still qui reste un diagnostic exceptionnel.
Contexte épidémiologique	Dans un contexte de voyage <u>récent</u> dans les pays de l'Est ou dans un pays en voie de développement, une forme pseudomembraneuse doit faire évoquer la diphtérie (<u>incubation de moins de 7 jours</u>). Il s'agit alors d'une urgence nécessitant une hospitalisation immédiate. La tuberculose amygdalienne est une entité rare. Elle ne peut être envisagée que dans un contexte épidémiologique évocateur : séjour dans un pays endémique, immunodépression, personne âgée...
Taux de révision du RC	Non connu

Complications	Lors d'infection à SGA, une évolution trainante ou un tableau s'aggravant doit faire suspecter une complication locale : phlegmon ganglionnaire, cellulite cervicale, abcès rétro-pharyngé. L'odynophagie peut chez les jeunes enfants conduire à une limitation des prises alimentaires et hydriques. On proposera donc des aliments plutôt liquides et frais.
Conduite à tenir de 1ère intention.	Majoritairement virales, les angines relèvent alors uniquement d'un traitement symptomatique par antalgiques et antipyrétiques type Paracétamol. Pour les angines à SGA, même si leur évolution naturelle est favorable en 3 à 5 jours, une antibiothérapie doit être débutée afin de réduire le risque de contagion et de complications générales ultérieures : rhumatisme articulaire aigu, glomérulonéphrite aiguë. Le Test de Diagnostic Rapide (TDR) permet de rechercher la présence de SGA, il est indiqué chez les enfants de plus de 3 ans et chez les adultes ayant un score de Mac Isaac > ou = 2.

Sous forme de texte

Deux points essentiels : 80% des angines sont d'origine virale (enfants 70% et adultes 90%) et le premier agent bactérien responsable d'angine est le Streptocoque Béta hémolytique du Groupe A ou SGA. En médecine générale l'angine est donc majoritairement bénigne.

En cas d'ulcération, le praticien en recueillera les caractéristiques sémiologiques. Unilatérale, peu profonde, indurée et indolore elle le conduira à évoquer une syphilis. Unilatérale, nécrotique et/ou hémorragique elle devra interpeller le praticien sur une origine néoplasique type cancer de l'amygdale.

Face à de fausses membranes deux DiC sont à envisager : la diphtérie (elles y sont adhérentes, débordantes de l'amygdale et envahissent la luette) et l'infection virale à EBV (elles y sont ici non adhérentes, en regard de l'amygdale et respectant la luette). L'évolution naturelle d'une angine est la guérison en 5 à 7 jours. Une évolution trainante de surcroît sur une forme ulcéreuse doit conduire le praticien à avancer l'hypothèse d'un cancer solide, mais aussi d'une hémopathie chronique ou aiguë (leucémie) ou encore d'une agranulocytose. Il recherchera donc un syndrome

tumoral et réalisera un bilan biologique. Devant la présence de vésicules, signant une origine virale, de début brutal avec une fièvre et une odynophagie intense, le praticien devra suspecter une primo infection herpétique et contrôler l'absence de signe de méningo-encéphalite.

Chez un patient toxicomane ayant recours à des drogues IV ou ayant des conduites sexuelles à risque, il faudra considérer la possibilité d'une primo infection VIH, d'une syphilis ou d'un gonocoque. Devant un terrain alcool-tabagique le cancer de l'amygdale doit être évoqué.

Associé à une ASTHENIE-FATIGUE persistante les sérologies EBV et CMV peuvent être réalisées. Une splénomégalie devra être recherchée cliniquement. Associé à une ARTHROPATHIE - PERIARTHROPATHIE d'allure inflammatoire le praticien peut envisager l'éventualité d'une maladie de Still, qui reste un diagnostic exceptionnel.

Dans un contexte de voyage récent dans les pays de l'Est ou dans un pays en voie de développement, une forme pseudomembraneuse doit faire évoquer la diphtérie (incubation de moins de 7 jours). Il s'agit alors d'une urgence nécessitant une hospitalisation immédiate. La tuberculose amygdalienne est une entité rare. Elle ne peut être envisagée que dans un contexte épidémiologique évocateur : séjour dans un pays endémique, immunodépression, personne âgée...

Lors d'infection à SGA, une évolution trainante ou un tableau s'aggravant doit faire suspecter une complication locale : phlegmon ganglionnaire, cellulite cervicale, abcès rétro-pharyngé. L'odynophagie peut, chez les jeunes enfants, conduire à une limitation des prises alimentaires et hydriques. On proposera donc des aliments plutôt liquides et frais.

Majoritairement virales les angines relèvent alors uniquement d'un traitement symptomatique par antalgiques et antipyrétiques type Paracétamol. Pour les angines à SGA, même si leur évolution naturelle est favorable en 3 à 5 jours, une antibiothérapie doit être débutée afin de réduire le risque de contagion et de complications générales ultérieures : rhumatisme articulaire aigu, glomérulonéphrite aiguë. Le Test de Diagnostic Rapide (TDR) permet de rechercher la présence de SGA, il est indiqué chez les enfants de plus de 3 ans et chez les adultes ayant un score de Mac Isaac supérieur ou égal à deux.

1.1.6. Résultat des débats lors de la création de la démarche cindynique RC ANGINE (PAHRYNGITE)

La première case du tableau avait pour but de rappeler l'élément important concernant le Résultat de consultation. Initialement nous y avons cité les quatre présentations cliniques de l'angine : érythémateuse ou érythémato pultacée, pseudo membraneuse, vésiculeuse et ulcéreuse ou ulcéro nécrotique. Cependant ce rappel nous était ensuite apparu superflu. D'une part car présent dans tout ouvrage sémiologique portant sur l'angine et d'autre part car peut contributif au travail en médecine générale. Il a alors été décidé de mettre en avant le caractère viral de la plupart des angines. Cette mention avait pour vertu de rappeler aux médecins le caractère exceptionnel d'une antibiothérapie. Il en a été décidé de même pour les précisions concernant l'évolution naturelle d'une angine et les indications de l'antibiothérapie.

Concernant la Maladie de Still nous l'avons citée dans la démarche car déjà présentée dans la liste des DiC. Il nous est alors apparu indispensable d'en expliciter le caractère exceptionnel afin de rester dans une approche de médecin de premier recours intégrant la notion de prévalence à son travail, de même que pour la tuberculose amygdalienne.

Enfin certains éléments ont changé de place dans le tableau au cours de la construction de la démarche. Cela peut paraître anodin, en particulier pour la forme texte, néanmoins il nous est apparu indispensable de conserver cette rigueur lors de l'élaboration des démarches afin de rester le plus systématique, structuré et constant possible. C'est par exemple le cas pour la notion d'asthénie lors d'infection à EBV. Initialement placé à propos de « Présentation clinique évocatrice d'un DiC » il a été décidé de l'explicité au cours de « RC associés ». En effet, « Présentation clinique évocatrice d'un DiC » s'intéresse uniquement aux autres items relevés pour le RC et non à d'autres constatations associées, d'autres Résultats de Consultation associés.

1.2. RC EPAULE (TENOSYNOVITE)

1.2.1. Définition

++++ DOULEUR DE L'ÉPAULE MAJORÉE PAR LES MOUVEMENTS ++1 d'abduction contrariée (supra épineux) ++1 d'élévation contrariée main en supination (long biceps)
--

++1 de rotation latérale contrariée (infra épineux) ++1 de rotation médiane contrariée (sous scapulaire et/ou du petit rond) ++1 autre (à préciser en commentaire) + - hyperalgique + - favorisée par des gestes répétitifs + - douleur nocturne + - douleur à la pression de la tête humérale + - imagerie pouvant également montrer des calcifications + - autre image radiologique (ascension de la tête humérale, acromion agressif, etc) + - notion de traumatisme antérieur

Positions diagnostiques : B

1.2.2. Argumentaire

Dénomination

Cette définition inclut les tendinites du supra-épineux, du long biceps, de l'infra-épineux, avec ou sans calcifications. Elle exclut l'arthrose et l'algodystrophie ainsi que les ruptures de la coiffe des rotateurs. La capsulite rétractile sera classée en Hors Liste (capsulite rétractile de l'épaule M75.0)

Critères d'inclusion

Le relevé des deux items suivants PLAINTES CONCERNANT L'EPAULE et MAJOREE PAR LES MOUVEMENTS ACTIFS, est obligatoire. Le muscle atteint sera précisé au terme de l'examen. Les différentes manœuvres diagnostiques n'ont pas été reprises, car aucune n'est spécifique. Seule la fonction des muscles est décrite de manière volontairement succincte.

Compléments sémiologiques

Ils précisent entre autres l'existence d'une calcification ou d'une autre image radiologique. Les items « hyperalgique » et « récurrence » peuvent orienter et justifier le choix thérapeutique.

1.2.3. Voir Aussi

ALGODYSTROPHIE : même si la douleur peut être isolée au début, il existe rapidement en plus des troubles vaso-moteurs ou trophiques associés.

ARTHROPATHIE – PÉRIARTHROPATHIE : si le tableau n'est pas suffisamment précis pour EPAULE (TENOSYNOVITE)

CONTUSION : si la tendinopathie de l'épaule est secondaire à un traumatisme récent, clairement identifié.

1.2.4. Liste des DiC classés par fréquence décroissante.

DiC	Criticité	Fréquence
Rupture tendineuse	30	***

1.2.5. Démarche cindynique pour le RC EPAULE (TENOSYNOVITE)

Sous forme de tableau

Généralités sur les causes principales et la démarche générale.	En médecine générale les douleurs d'épaule sont, dans 95% des cas, dues à une pathologie de la coiffe des rotateurs, allant de la tendinite simple à la rupture tendineuse. Si la perte d'une mobilisation active évoque une rupture, la possibilité d'un mouvement actif n'exclut pas la rupture. La coiffe des rotateurs comprend quatre muscles : le supra épineux, l'infra épineux, le sous scapulaire et le petit rond. Lui est adjoint le long biceps. Les tendons les plus fréquemment atteints sont le supra épineux et le long biceps.
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	Néant
Durée d'évolution anormale qui ferait évoquer un DiC.	La durée d'évolution des pathologies tendineuses de l'épaule peut être de l'ordre de plusieurs mois. Elles connaissent très souvent une amélioration, voire une guérison, mais peuvent récidiver à distance. L'existence ancienne d'une ténosynovite de l'épaule doit éveiller la vigilance du praticien quant à la possibilité d'une rupture de tendon lors de récurrences douloureuses.
Vulnérabilité Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC.	La poursuite par le patient de gestes répétitifs, par exemple dans le cadre professionnel, augmente le risque de survenue d'une rupture de tendon. L'infiltration de corticoïde augmente le risque de survenue d'une rupture tendineuse. Des troubles métaboliques comme le diabète, une dyslipidémie ou encore une dysthyroïdie fragilisent les tendons.
Impact Facteurs augmentant les complications, les	Néant

dommages d'un DiC sur le patient.	
RC associé(s) au RC en cause amenant à évoquer un DiC.	Néant
Contexte épidémiologique	Néant
Taux de révision du RC	Non connu
Complications	Les complications sont d'ordre fonctionnel et donc potentiellement d'ordre professionnel.
Conduite à tenir de 1ère intention.	Un bilan d'imagerie peut être prescrit, radiologique comprenant des clichés controlatéraux comparatifs, mais souvent, le bilan échographique sera plus contributif. Du point de vue thérapeutique, la prise en charge dépendra de l'intensité clinique. La guérison est souvent longue, elle associe repos, kinésithérapie et antalgiques. Une intervention par ponction-aspiration et lavage pour certaines calcifications peut être proposée. Des aménagements et des conseils concernant le poste de travail doivent être expliqués au patient. Enfin le praticien se posera la question d'un possible classement en Maladie Professionnelle. (Tableau 57)

Sous forme de texte

En médecine générale les douleurs de l'épaule sont, dans 95% des cas, dues à une pathologie de la coiffe des rotateurs, allant de la tendinite simple à la rupture tendineuse. Si la perte d'une mobilisation active évoque une rupture, la possibilité d'un mouvement actif n'exclut pas cette rupture. La coiffe des rotateurs comprend quatre muscles : le supra épineux, l'infra épineux, le sous scapulaire et le petit rond. Lui est adjoint le long biceps. Les tendons les plus fréquemment atteints sont le supra épineux et le long biceps.

La durée d'évolution des pathologies tendineuses de l'épaule peut être de l'ordre de plusieurs mois. Elles connaissent très souvent une amélioration, voire une guérison, mais peuvent récidiver à distance. L'existence ancienne d'une ténosynovite de l'épaule doit éveiller la vigilance du praticien quant à la possibilité d'une rupture de tendon lors de récurrences douloureuses.

La poursuite par le patient de gestes répétitifs, par exemple dans le cadre

professionnel, augmente le risque de survenue d'une rupture de tendon. L'infiltration de corticoïde augmente elle aussi le risque de survenue d'une rupture tendineuse. Des troubles métaboliques comme un diabète, une dyslipidémie ou encore une dysthyroïdie fragilisent les tendons.

Les complications sont d'ordre fonctionnel et donc potentiellement d'ordre professionnel.

Un bilan d'imagerie peut être prescrit, radiologique comprenant des clichés controlatéraux comparatifs, mais souvent le bilan échographique sera plus contributif. Du point de vue thérapeutique, la prise en charge dépendra de l'intensité clinique. La guérison est souvent longue, elle associe repos, kinésithérapie et antalgiques. Une intervention par ponction aspiration et lavage pour certaines calcifications peut être proposée. Des aménagements et des conseils concernant le poste de travail doivent être expliqués au patient. Enfin, le praticien se posera la question d'un possible classement en Maladie Professionnelle (Tableau 57).

1.2.6. Résultats des débats lors de la création de la démarche cindynique du RC EPAULE (TENOSYNOVITE)

Ce RC ne comprenait qu'un seul DiC, « rupture tendineuse » et de criticité faible. La notion de danger y semblait donc peu alarmante et sa gestion peu nécessaire. Néanmoins en appliquant la méthode élaborée nous sommes parvenus à mettre en avant des informations permettant au praticien de mieux appréhender le risque de survenue du danger de rupture tendineuse. Cette démarche cindynique constitue donc un outil pour une meilleure prise en charge du patient. Si le danger est plus ou moins inquiétant selon les RC, le risque lui existe toujours. Il est donc toujours légitime de le considérer et de l'évaluer.

1.3. RC HUMEUR DEPRESSIVE

1.3.1. Définition

++++ TENDANCE À LA TRISTESSE ++1 baisse d'intérêt ou de plaisir ++1 manque de confiance en soi ++++ BAISSÉ DES ACTIVITÉS ++1 physiques (asthénie, sexe, appétit, etc.) ++1 psychiques (parole, mémoire, concentration, etc.) ++1 de relation ou repli sur soi
--

++1 sociale et professionnelle ++++ ABSENCE D'AUTODÉVALUATION MAJEURE OU D'AUTOACCUSATION ++++ ABSENCE D'IDÉES SUICIDAIRES (EXPRIMÉES OU RETROUVÉES AU COURS DE L'ENTRETIEN) ++++ ABSENCE DE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ + - évolution depuis plus de deux ans chez l'adulte + - évolution depuis plus de un an chez l'enfant + - anxiété d'intensité identique à la tendance à la tristesse + - facteur déclenchant identifié depuis plus de 6 mois + - insomnie + - hypersomnie + - difficulté à prendre des décisions + - prédominance matinale des symptômes + - irritabilité, agressivité

Positions diagnostiques : B

1.3.2. Argumentaire

Dénomination

Ce résultat de consultation permet d'inclure les troubles de l'humeur insuffisamment importants pour être relevés par DÉPRESSION. Il s'agit souvent d'une symptomatologie ancienne (plusieurs années parfois) et fluctuante.

Critères d'inclusion

Construite un peu sur le modèle de la définition de DÉPRESSION, on trouve ici, en plus du critère obligatoire essentiel qu'est la TRISTESSE, l'absence obligatoire de signe de dépression marquée ou grave (absence d'AUTO-DEVALUATION MAJEURE, absence d'IDÉES SUICIDAIRES) et l'absence de TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ.

Compléments sémiologiques

Les deux premiers permettent de préciser la chronicité (deux ans chez l'adulte, un an chez l'enfant, dans le cadre de la « dysthymie »).

Ces items pourront être négligés si le praticien pense se trouver devant une « anxiété et dépression mixte ».

L'item « anxiété » sera choisi si l'anxiété se situe sur un même plan d'intensité que la tendance à la tristesse. En revanche, s'il s'agit d'une anxiété caractérisée, voire d'un trouble panique, il faudra relever en plus le résultat de consultation ANXIÉTÉ ANGOISSE.

1.3.3. Voir Aussi

ANXIÉTÉ – ANGOISSE : s'il n'existe pas de tristesse ou d'inhibition.

DEPRESSION : s'il existe des idées noires ou de mort

PSYCHIQUE (TROUBLE) : s'il est difficile de caractériser immédiatement le trouble psychique dépressif.

REACTION A SITUATION EPROUVANTE : s'il existe une cause récente directement reliée au déclenchement de cette humeur dépressive.

SYNDROME MANIACO DEPRESSIF : quand il existe antérieurement des épisodes maniaques et dépressifs.

SYNDROME PREMENSTRUEL : les troubles de l'humeur sont souvent mineurs et cèdent à l'apparition des règles.

1.3.4. Liste des DiC classés par fréquence décroissante

DiC	Criticité	Fréquence
Hypothyroïdie	60	***

1.3.5. Démarche cindynique pour le RC HUMEUR DEPRESSIVE

Sous forme de tableau

Généralités sur les causes principales et la démarche générale.	Le praticien ne devra pas omettre au cours de son examen clinique de rechercher des signes en faveur d'une hypothyroïdie.
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	Néant
Durée d'évolution	Néant
Vulnérabilité Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC.	Chez une femme en post-partum il faudra plus facilement évoquer une hypothyroïdie. De même chez un patient traité par amiodarone, lithium ou Interféron un contrôle de la fonction thyroïdienne devra être effectué.
Impact Facteurs augmentant les complications, les dommages d'un DiC sur le patient.	Néant
RC associé(s) au RC en cause amenant à évoquer un DiC.	Associé à un GOITRE ou à une AMENORRHEE ou à une CONSTIPATION ou à une anomalie des ONGLES ou des CHEVEUX, le praticien devra

	réaliser un bilan biologique afin de rechercher une hypothyroïdie.
Contexte épidémiologique	Néant
Taux de révision du RC	Non connu
Complications	Néant
Conduite à tenir de 1ère intention.	Le praticien proposera au patient de le revoir afin de débiter une thérapie de soutien. Il pourra proposer un arrêt de travail s'il le juge bénéfique. La prescription d'un psychotrope peut s'avérer nécessaire.

Sous forme de texte

Devant une HUMEUR DEPRESSIVE, le praticien ne devra pas omettre au cours de son examen clinique de rechercher des signes en faveur d'une hypothyroïdie.

Chez une femme en post-partum il faudra plus facilement évoquer une hypothyroïdie.

De même chez un patient traité par amiodarone, lithium ou Interféron un contrôle de la fonction thyroïdienne devra être effectué.

Associé à un GOITRE ou à une AMENORRHEE ou à une CONSTIPATION ou à une anomalie des ONGLES ou des CHEVEUX, le praticien devra réaliser un bilan biologique afin de rechercher une hypothyroïdie.

En première intention le praticien proposera au patient de le revoir afin de débiter une thérapie de soutien. Il pourra proposer un arrêt de travail s'il le juge bénéfique. La prescription d'un psychotrope peut s'avérer nécessaire.

1.3.6. Résultat des débats lors de la création de la démarche cindynique du RC HUMEUR DEPRESSIVE

La démarche cindynique se concentrait ici sur le seul DiC retenu du RC HUMEUR DEPRESSIVE, l'hypothyroïdie. Si la démarche pouvait paraître exagérée elle avait pour objectif de garder le praticien en éveil face à ce Résultat de Consultation quotidien en médecine générale. En médecine de premier recours l'HUMEUR DEPRESSIVE est majoritairement non organique. Néanmoins le médecin doit rester vigilant à d'autres données cliniques que nous avons tenté de répertorier dans cette démarche : un contexte de post-partum, une notion de iatrogénie, l'existence d'un

goitre... Car si un bilan biologique systématique serait inadapté et excessif, il devient légitime lorsque ces éléments sont relevés et donc préalablement recherchés.

1.4. RC LOMBALGIE

1.4.1. Définition

++++ DOULEUR DU RACHIS LOMBAIRE ++1 spontanée ++1 lors des mouvements actifs ++1 à la palpation ++1 pression axiale d'épineuse ++1 pression latérale d'épineuse ++1 pression latérale contrariée ++1 pression des ligaments interépineux ++1 pression friction des massifs articulaires postérieurs ++++ ABSENCE DE NÉVRALGIE + - hyperalgique + - effort déclenchant + - début brutal + - traumatisme ancien + - position antalgique + - rythme mécanique + - rythme inflammatoire + - contracture muscles paravertébraux + - irradiation + - syndrome périosto-cellulo-téno-myalgique (cellulalgie au pincé roulé, myalgie unilatérale ...)

Positions diagnostiques : A

1.4.2. Argumentaire

Dénomination

Désigne les douleurs du rachis lombaire pouvant être identifiées comme telles au terme de l'examen.

Critères d'inclusion

Il doit exister une douleur du rachis lombaire, soit spontanée, soit à la mobilisation active ou passive, soit à la palpation selon au moins une des techniques indiquées.

Il ne doit pas y avoir de névralgie antérieure, essentiellement névralgie sciatique ou crurale, par opposition à l'atteinte de la branche postérieure du nerf rachidien responsable du syndrome cellule-périoste-myalgique.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de noter les informations recueillies lors de l'examen et notamment le type de la douleur mécanique ou inflammatoire, les irradiations, ou l'association de douleurs musculaires associées à la lombalgie.

1.4.3. Voir Aussi

ANOMALIE POSTURALE : s'il existe une modification de la statique vertébrale comme une scoliose.

ARTHROSE : quand celle-ci est clairement documentée et que le praticien estime que la lombalgie est liée à cette arthrose.

DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE : si l'origine rachidienne de la douleur ne peut pas être affirmée.

MYALGIE : la douleur, le plus souvent unilatérale, siège au niveau d'une masse musculaire para vertébrale et est reproduite à la pression.

NÉVRITE NÉVRALGIE : s'il existe des irradiations nerveuses notamment vers les membres pour une cruralgie.

SCIATIQUE : s'il existe une irradiation sciatique associée à la lombalgie.

SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE - PELVISPONDYLITE : si la lombalgie est inflammatoire et associée à d'autres signes de la maladie.

1.4.4. Liste des DiC classés par fréquence décroissante

DiC	Criticité	Fréquence
Arthrose	60	***
Hernie discale	90	***
Psychogène	2	***
Maladie de Scheuerman	60	***
Tassement ostéoporotique	60	***
Spondylolisthésis	90	***
Cancer	300	**
Rhumatisme inflammatoire chronique	140	**
Chondrocalcinose	60	**
Sténose du canal médullaire	90	**
Spondylodiscite infectieuse	3000	*
Maladie de Paget	60	*
Tumeur bénigne	90	*

1.4.5. Démarche cindynique pour le RC LOMBALGIE

Sous forme de tableau

Généralités sur les causes principales et la démarche générale.	C'est le 8ème RC le plus fréquemment rencontré en médecine générale. Lors de chaque relevé du RC LOMBALGIE le praticien se devra d'évaluer la composante psychogène.
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	Un rythme inflammatoire doit faire évoquer une spondylodiscite infectieuse ou un rhumatisme inflammatoire chronique. Dans ces deux situations il est nécessaire de rechercher un syndrome inflammatoire biologique et de réaliser dès le départ une imagerie du rachis. Un effort déclenchant peut faire évoquer une hernie discale sans urgence diagnostique.
Durée d'évolution anormale qui ferait évoquer un DiC	90% des lombalgies ont une guérison en moins de 1 semaine sous antalgiques de palier I, 2 semaines en l'absence de traitement. Une lombalgie évoluant depuis plus de 6 semaines ou récidivante doit donc interpeller le praticien. Une évolution cyclique alternant périodes algiques et non algiques évoquera une pathologie inflammatoire, une chondrocalcinose ou une pathologie dégénérative type arthrose, maladie de PAGET selon l'âge du patient. Une évolution progressivement croissante évoquera une pathologie infectieuse.
Vulnérabilité Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC	Chez un patient ayant un antécédent de cancer, une localisation secondaire devra faire réaliser une scintigraphie osseuse. Chez une personne âgée, ostéoporotique ou ayant reçu une corticothérapie au long cours, le praticien devra suspecter un tassement vertébral. Chez un patient jeune, ou immunodéprimé, ou usant de drogues IV, le praticien devra s'assurer de l'absence d'une fièvre ou d'un rythme inflammatoire de la douleur constituant des arguments pour une suspicion de spondylodiscite. Une lombalgie apparaissant chez un enfant en période de croissance devra faire évoquer la maladie de Scheurmann. Il recherchera alors la présence d'une cyphose dorsale et d'une hyperlordose lombaire douloureuses.

	Dans un contexte de traumatisme ancien ou d'existence de pathologie dégénérative ou chez un patient sportif, il faudra rechercher un spondylolisthésis.
Impact Facteurs augmentant les complications les dommages d'un DiC sur le patient	Néant
RC associé(s) au RC en cause amenant à évoquer un DiC	Associé à une ASTHENIE-FATIGUE et/ou un AMAIGRISSEMENT le RC LOMBALGIE doit faire penser à une étiologie de CANCER.
Contexte épidémiologique	Néant
Taux de révision du RC	Non connu
Complications	La lombalgie ne connaît aucune complication organique mais la présence d'une douleur chronique ou récidivante peut conduire à un retentissement sur l'humeur, voire à une réelle dépression. Enfin sa principale complication est d'ordre socioéconomique en raison de ses conséquences sur l'activité professionnelle. Il s'agit de la première cause d'invalidité au travail chez les moins de 45 ans.
Conduite à tenir de 1ère intention	La prescription d'examens complémentaires devant le RC LOMBALGIE n'est pas nécessaire en première intention. Le praticien aura pour fonction de proposer un traitement antalgique de palier I type Paracétamol éventuellement associé à des AINS. Un arrêt de travail peut être nécessaire en fonction du contexte. Il insistera sur un impératif : reprendre au plus vite et progressivement les activités du quotidien. La guérison musculaire passant par la mobilisation et non par le repos. La kinésithérapie n'est pas une thérapeutique de 1ère intention. Elle a pour principale fonction de prévenir les récurrences. Toute manipulation en période aiguë étant au contraire un facteur d'aggravation.

Sous forme de texte

C'est le 8ème Résultat de consultation le plus fréquemment rencontré en médecine générale. Lors de chaque relevé du RC LOMBALGIE, le praticien se devra

d'évaluer la composante psychogène.

Un rythme inflammatoire doit faire évoquer une spondylodiscite infectieuse ou un rhumatisme inflammatoire chronique. Dans ces deux situations, il est nécessaire de rechercher un syndrome inflammatoire biologique et de réaliser dès le départ une imagerie du rachis. Un effort déclenchant peut faire évoquer une hernie discale sans urgence diagnostique.

Quatre-vingt-dix pour cent des lombalgies ont une guérison en moins d'une semaine sous antalgiques de palier I, 2 semaines en l'absence de traitement. Une lombalgie évoluant depuis plus de 6 semaines ou récidivante doit donc interpeller le praticien. Une évolution cyclique alternant périodes algiques et non algiques évoquera une pathologie inflammatoire, une chondrocalcinose ou une pathologie dégénérative type arthrose, ou maladie de Paget selon l'âge du patient. Une évolution progressivement croissante évoquera une pathologie infectieuse.

Chez un patient ayant un antécédent de cancer, une localisation secondaire devra faire réaliser une scintigraphie osseuse. Chez une personne âgée, ostéoporotique ou ayant reçu une corticothérapie au long court, le praticien devra suspecter un tassement vertébral. Chez un patient jeune, ou immunodéprimé, ou usant de drogues IV, le praticien devra s'assurer de l'absence d'une fièvre ou d'un rythme inflammatoire de la douleur constituant des arguments pour une suspicion de spondylodiscite. Une lombalgie apparaissant chez un enfant en période de croissance devra faire évoquer la maladie de Scheuermann. Il recherchera alors la présence d'une cyphose dorsale et d'une hyperlordose lombaire douloureuses. Dans un contexte de traumatisme ancien ou d'existence de pathologie dégénérative ou chez un patient sportif, il faudra rechercher un spondylolisthésis.

Associé à une ASTHENIE-FATIGUE et/ou un AMAIGRISSEMENT le RC LOMBALGIE doit faire penser à une étiologie de cancer.

La lombalgie ne connaît aucune complication organique mais la présence d'une douleur chronique ou récidivante peut conduire à un retentissement sur l'humeur, voire à une réelle dépression. Enfin, sa principale complication est d'ordre socioéconomique en raison de ses conséquences sur l'activité professionnelle. Il s'agit de la première cause d'invalidité au travail chez les moins de 45 ans.

La prescription d'examens complémentaires devant le RC LOMBALGIE n'est pas nécessaire en première intention. Le praticien aura pour fonction de proposer un traitement antalgique de palier I type Paracétamol éventuellement associé à des

AINS. Un arrêt de travail peut être nécessaire en fonction du contexte. Il insistera sur un impératif : reprendre au plus vite et progressivement les activités du quotidien. La guérison musculaire passant par la mobilisation et non par le repos. La kinésithérapie n'est pas une thérapeutique de 1ère intention. Elle a pour principale fonction de prévenir les récives. Toute manipulation en période aiguë étant au contraire un facteur d'aggravation.

1.4.6. Résultats des débats lors de la création de la démarche cindynique du RC LOMBALGIE

Pour ce RC existait une liste importante de DiC. Les 13 DiC y étaient de criticité variable, 2 pour le DiC psychogène, 3000 pour la spondylodidcrite infectieuse. Le danger lié au second risque était donc ici élevé. Le but de cette démarche était de mettre en évidence les éléments primordiaux à rechercher lors d'une consultation pour le RC LOMBALGIE afin de ne pas méconnaître un DiC. Il avait été fait le choix d'indiquer les éléments les plus éloquents pour une meilleure efficacité pratique de la démarche. En effet les DiC étaient nombreux et variés, une démarche trop imposante car trop complète auraient perdue en lisibilité.

Etaient aussi précisée après documentation la place des examens complémentaires. Cela permettait d'effectuer un rappel des bonnes pratiques et de proposer une démarche plus cartésienne à ce RC ouvert et aux nombreux DiC.

Enfin la LOMBALGIE étant majoritairement bénigne et étant le 8^{ème} RC le plus fréquemment rencontré en médecine générale, il nous était apparu tout aussi important de rappeler qu'il n'était pas nécessaire de prescrire des examens complémentaires ou de la kinésithérapie en première intention. Cette démarche cindynique restait ainsi un guide à disposition du praticien. Elle devait rester adaptée à la médecine de premier recours. C'est-à-dire maintenir l'esprit du praticien en alerte mais sans être alarmiste.

1.5. RC RHINOPHARYNGITE – RHUME

1.5.1. Définition

++1 RHINORRHÉE ANTÉRIEURE OU POSTÉRIEURE
++1 claire
++1 muco-purulente
++1 OBSTRUCTION NASALE

++++ D'APPARITION RÉCENTE (DE QUELQUES HEURES À QUELQUES JOURS)

++++ SANS SIGNES GÉNÉRAUX MARQUÉS

+ - fièvre

+ - toux

+ - gêne à la déglutition

+ - sécrétion oculaire purulente

+ - rougeur pharyngée

+ - adénopathie sous angulo-maxillaire

Positions diagnostiques : B

1.5.2. Argumentaire

Dénomination

Le titre « rhinopharyngite » est choisi pour des motifs culturels. Bien que fréquent, on n'en trouve aucune définition dans la littérature.

Critères d'inclusion

Un écoulement nasal est indispensable pour classer le cas ici : qu'il soit clair ou muco purulent, qu'il soit antérieur ou postérieur. Son caractère essentiel est d'être récent, de quelques heures à quelques jours. Il ne doit pas exister de signes généraux marqués. Une fièvre très élevée, un abattement important doivent faire classer le cas à ETAT FEBRILE.

S'il persiste au-delà de deux semaines et que le cas ne peut être classé à RHINITE il s'agit d'une rhinopharyngite chronique.

Compléments sémiologiques

Il s'agit de symptômes ou signes souvent associés. Des sécrétions muco-purulentes oculaires pourraient orienter vers une étiologie microbienne particulière (Hémophilus)

1.5.3. Voir Aussi

ANGINE (PHARYNGITE – AMYGDALITE) : dans ce cas les signes sont centrés sur les amygdales ou le pharynx et la rhinorrhée si elle existe est minime.

RHINITE : le tableau est ici durable, saisonnier, avec des circonstances déclenchantes. Il s'agit très probablement d'allergie.

ETAT MORBIDE AFEBRILE : quand le tableau n'est pas centré uniquement sur la rhinorrhée avec des symptômes dans d'autres localisations.

ETAT FEBRILE : quand le tableau n'est pas centré uniquement sur la rhinorrhée avec

en particulier de la fièvre.

1.5.4. Liste des DiC classés par fréquence décroissante.

DiC	Criticité	Fréquence
Corps étranger dans une narine.	270	**
Tumeur maligne de la fosse nasale, du cavum ou du sinus	300	*
Tumeur bénigne de la fosse nasale, du cavum ou du sinus	90	*

1.5.5. Démarche Cindynique pour le RC RHINOPHARYNGITE – RHUME

Sous forme de tableau

Généralités sur les causes principales et la démarche générale	Toujours d'étiologie virale, le RC RHUME - RHINOPHARYNGITE est le 4ème RC le plus fréquent.
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	Néant
Durée d'évolution anormale qui ferait évoquer un DiC.	Son évolution naturelle est la guérison en 7 à 10 jours. Un caractère répété doit amener le praticien à se poser la question d'une étiologie chronique de type tumeur. Un caractère persistant sans intervalle libre chez l'enfant doit conduire le praticien à examiner les fosses nasales à la recherche d'un corps étranger.
Vulnérabilité Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC.	Chez un patient travaillant au contact des poussières de bois, tabagique ou consommateur de drogues inhalées la possibilité d'une tumeur doit être prise en compte.
Impact Facteurs augmentant les complications, les dommages d'un DiC sur le patient.	Néant
RC associé(s) au RC en cause amenant à évoquer un DiC.	Néant
Contexte épidémiologique	Des rhinopharyngites répétées dans un contexte

	de vie en collectivité ou de tabagisme passif, en particulier chez de jeunes enfants, ne doit pas conduire le praticien à rechercher un autre facteur favorisant individuel. Il en est de même pour des rhinopharyngites répétées en période automno-hivernale.
Taux de révision du RC	Non connu
Complications	Chez l'enfant de moins de 3 mois, ayant une respiration exclusivement nasale, la rhinopharyngite peut donc entraîner des difficultés respiratoires et lors des prises alimentaires. Les complications sont exceptionnelles. Il s'agit essentiellement de complications d'ordre infectieux : otite et sinusite.
Conduite à tenir de 1ère intention.	D'origine virale le traitement sera donc symptomatique. Il associera des lavages de nez réguliers au sérum physiologique et éventuellement un antalgique – antipyrétique type Paracétamol.

Sous forme de texte

Toujours d'étiologie virale, le RC RHUME - RHINOPHARYNGITE est le 4ème RC le plus fréquent.

Son évolution naturelle est la guérison en 7 à 10 jours. Un caractère répété doit amener le praticien à se poser la question d'une étiologie chronique de type tumeur. Un caractère persistant sans intervalle libre chez l'enfant doit conduire le praticien à examiner les fosses nasales à la recherche d'un corps étranger.

Chez un patient travaillant au contact des poussières de bois, tabagique ou consommateur de drogues inhalées la possibilité d'une tumeur doit être prise en compte.

Des rhinopharyngites répétées dans un contexte de vie en collectivité ou de tabagisme passif, en particulier chez de jeunes enfants, ne doit pas conduire le praticien à rechercher un autre facteur favorisant individuel. Il en est de même pour des rhinopharyngites répétées en période automno-hivernale.

Chez l'enfant de moins de 3 mois, ayant une respiration exclusivement nasale, la rhinopharyngite peut donc entraîner des difficultés respiratoires et lors des prises

alimentaires. Les complications sont exceptionnelles. Il s'agit essentiellement de complications d'ordre infectieux : otite et sinusite.

D'origine virale le traitement sera donc symptomatique. Il associera des lavages de nez réguliers au sérum physiologique et éventuellement un antalgique – antipyrétique type Paracétamol.

1.5.6. Résultats des débats lors de la construction de la démarche cindynique du RC RHINOPHARYNGITE- RHUME.

Ce RC était simple et bien connu des médecins généralistes, mais tout comme le RC EPAULE (TENOSYNOVITE) le risque n'y était pas nul. Ainsi, même si certains éléments pouvaient paraître triviaux, la démarche cindynique y avait aussi sa légitimité. Car si la probabilité d'une tumeur du cavum se présentant initialement sous forme d'un RHUME était faible elle n'était pas nulle. Au praticien de savoir repérer les éléments augmentant cette probabilité. C'est ce que nous avons cité dans la démarche cindynique.

Cependant dans un désir d'adéquation à la médecine générale certaines précisions nous sont apparues indispensables. C'était le par exemple le cas pour la case « Contexte épidémiologique ». Certains éléments comme la collectivité pour les enfants ou la période automno-hivernale ne constituaient pas à eux seuls des signaux d'alerte.

Enfin nous avons décidé de ne pas parler du RC EPISTAXIS concernant les pathologies tumorales dans cette démarche. En effet, un épisode de saignement conduirait le praticien à relever le RC EPISTAXIS et non RHINOPHARYNGITE-RHUME. Ce RC n'avait donc méthodologiquement pas sa place dans cette démarche.

2. Evaluation du concept de démarche cindynique

Pour répondre à l'objectif donné, nous avons pris contact avec des médecins généralistes. Ces médecins avaient répondu auparavant à une enquête menée en 2014 par la SFMG sur l'intérêt et l'utilisation du DRC®.

Un contact par courrier électronique était établi. Ce courriel contenait une explication de notre travail, ainsi que la définition du RC et la démarche cindynique à évaluer

correspondant au RC. Ils pouvaient ensuite répondre à un questionnaire en ligne ou l'imprimer pour une réponse en version papier.

Nous présentons donc maintenant les résultats de l'enquête menée auprès de ces médecins généralistes.

2.1. Description de l'échantillon

Sur les 785 médecins contactés 464 étaient adhérents SFMG avec 216 utilisateurs du DRC® et 248 non utilisateurs du DRC®, 321 n'étaient pas adhérents SFMG avec parmi eux 88 utilisateurs du DRC® et 233 non utilisateurs.

Sur la totalité des 785 envois, 93 médecins ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 11,85%.

Une personne parmi eux, n'a pas répondu aux questions sous forme d'échelle numérique. Ce médecin a néanmoins apporté des remarques qualitatives lors des questions ouvertes.

La répartition par tranche d'âge est la suivante : (Figure 1)

- 2 de moins de 30 ans.
- 14 de 30 à 39 ans.
- 10 de 40 à 49 ans.
- 66 de plus de 50 ans.
- 1 n'a pas précisé son âge.

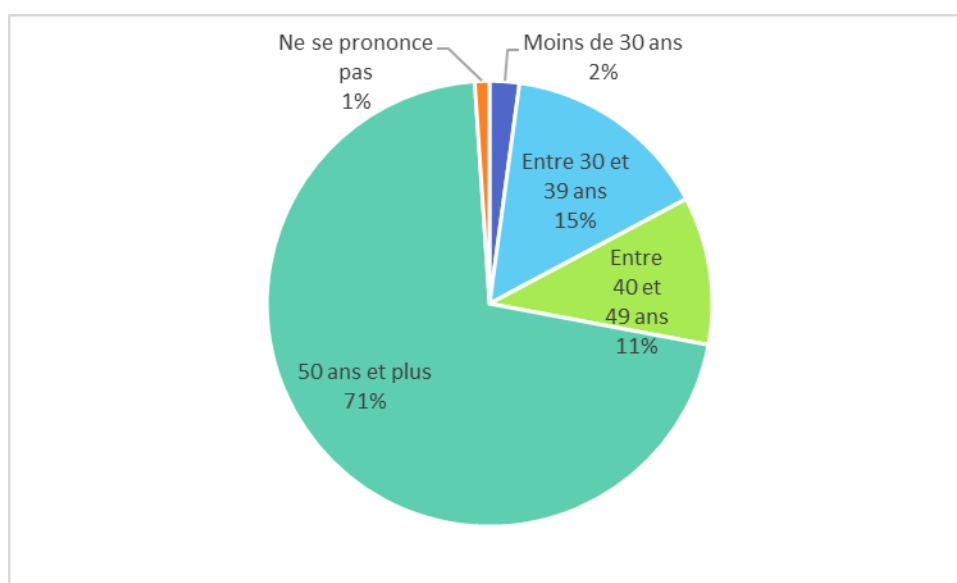


Figure 1 : Répartition de l'échantillon selon l'âge.

Une des questions préalables visant à caractériser l'échantillon de médecin était l'utilisation ou non du Dictionnaire des Résultats de Consultation® lors de leur exercice. A noter que sur les 93 ayant répondu au questionnaire, une n'a pas répondu à cette question.

Sur les 92 répondants trois quarts (n=69) étaient des utilisateurs du DRC® et un quart (n=23) ne l'utilisait pas.

Parmi les 69 utilisateurs du Dictionnaire, 40 l'utilisaient à chaque consultation, 20 de temps en temps et 9 rarement. Deux personnes avaient répondu à cette question malgré le non à la précédente. Elles avaient choisi l'item « rarement » et ont été retiré des résultats pour cette question. (Figure 2)

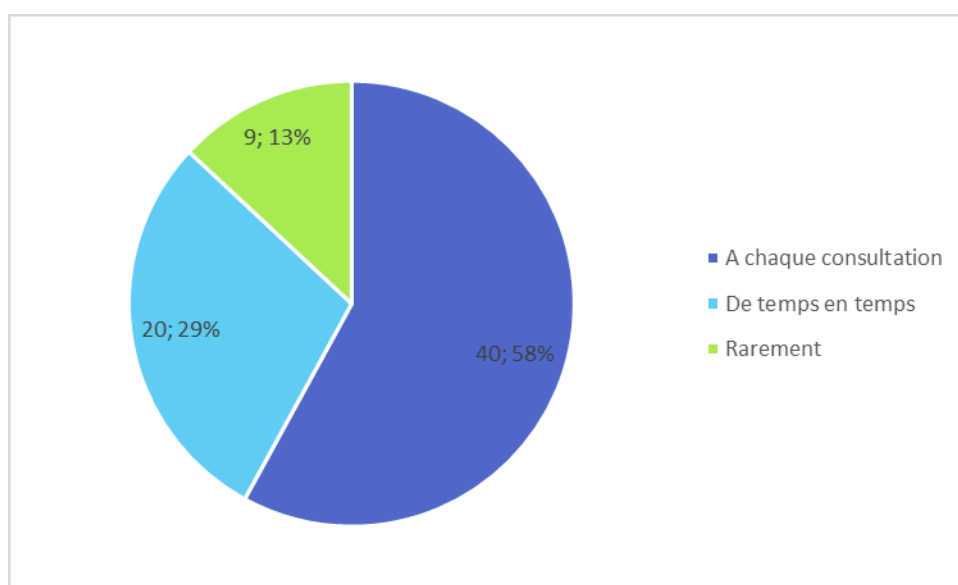


Figure 2 : Intensité d'utilisation du DRC® parmi les répondant utilisant le DRC®

2.2. Evaluation du concept

2.2.1. Intérêt

Après avoir lu la documentation expliquant le principe des démarches cindyniques, les médecins ont pu donner leur avis quant à l'intérêt et l'utilité de ces démarches cindyniques en médecine générale. (Figure 3)

A cette question 92 personnes ont répondu.

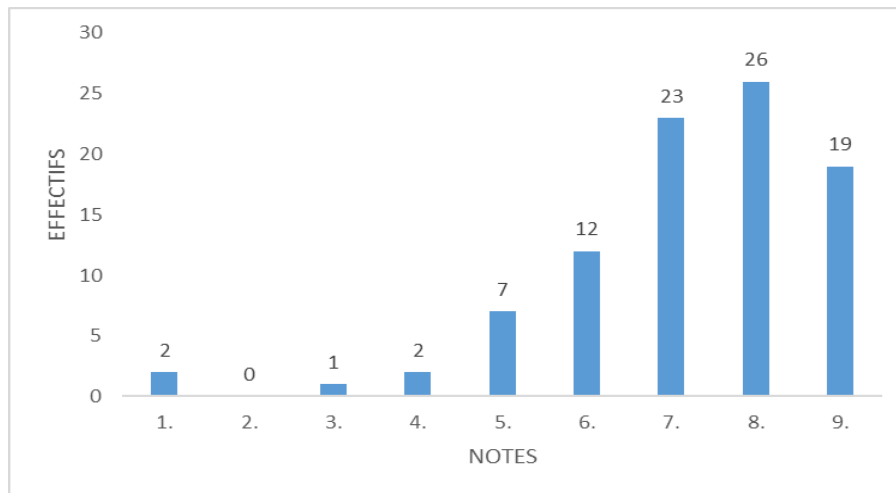


Figure 3 : Répartition des réponses sur l'intérêt et l'utilité des démarches cindyniques.

La moyenne à cette question est de 7,2 avec un écart type de 1,6 et la médiane est de 7. Selon l'avis notre échantillon les démarches cindyniques apparaissent donc plutôt intéressantes et utiles à la pratique de la médecine générale.

2.2.2. Applicabilité

Leur était ensuite posé une question concernant l'applicabilité des démarches cindyniques lors de leur pratique courante.

Parmi les 91 répondants la distribution des réponses est représentée par la Figure 4.

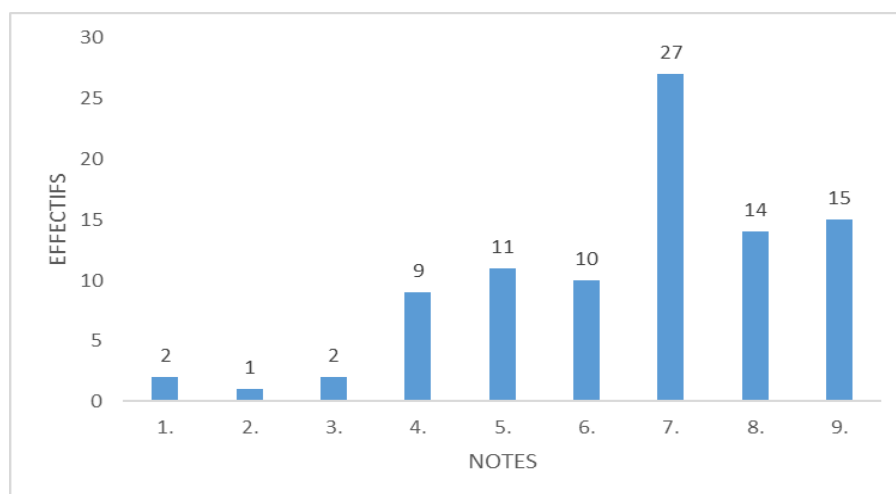


Figure 4 : Répartition des réponses sur l'applicabilité de la démarche.

La moyenne de cette question est de 6,6 avec un écart type de 1,8 et la médiane est de 7. Les réponses à cette question sont en faveur d'une applicabilité des

démarches cindyniques lors de la pratique de la médecine générale même si la répartition de l'échantillon est ici plus étalée qu'à la question précédente.

2.2.3. Forme de présentation

Enfin concernant la forme des démarches cindyniques moins d'un quart (n=21 soit 23%) des 91 personnes ayant répondu à cette question ont préféré la forme texte à la forme tableau.

Parmi les 21 personnes ayant préféré la forme texte 16 avaient 50 ans et plus soit 76%, 1 avait entre 40 et 49 ans soit 5% et 4 avaient entre 30 et 39 ans soit 19%.

2.3. Influence des caractéristiques de l'échantillon

2.3.1. A propos de l'âge

Concernant l'intérêt (Figure 5) et l'applicabilité (Figure 6) des démarches cindyniques, l'âge n'est pas apparu comme un facteur influençant les résultats du questionnaire.

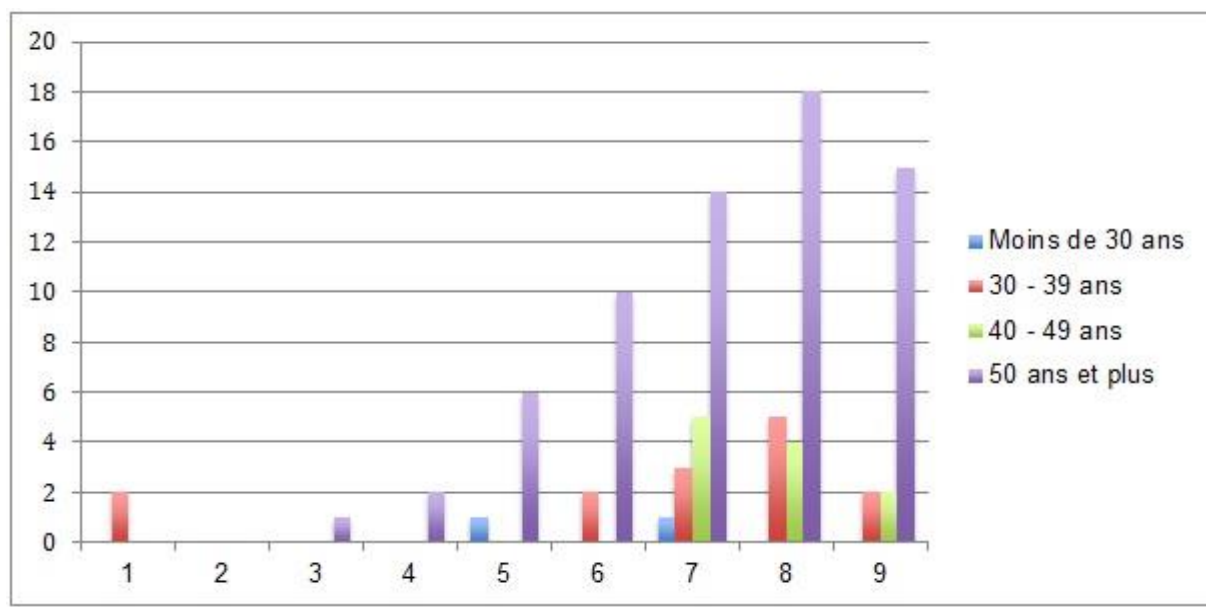


Figure 5 : Répartition des réponses sur l'intérêt des démarches cindyniques selon l'âge

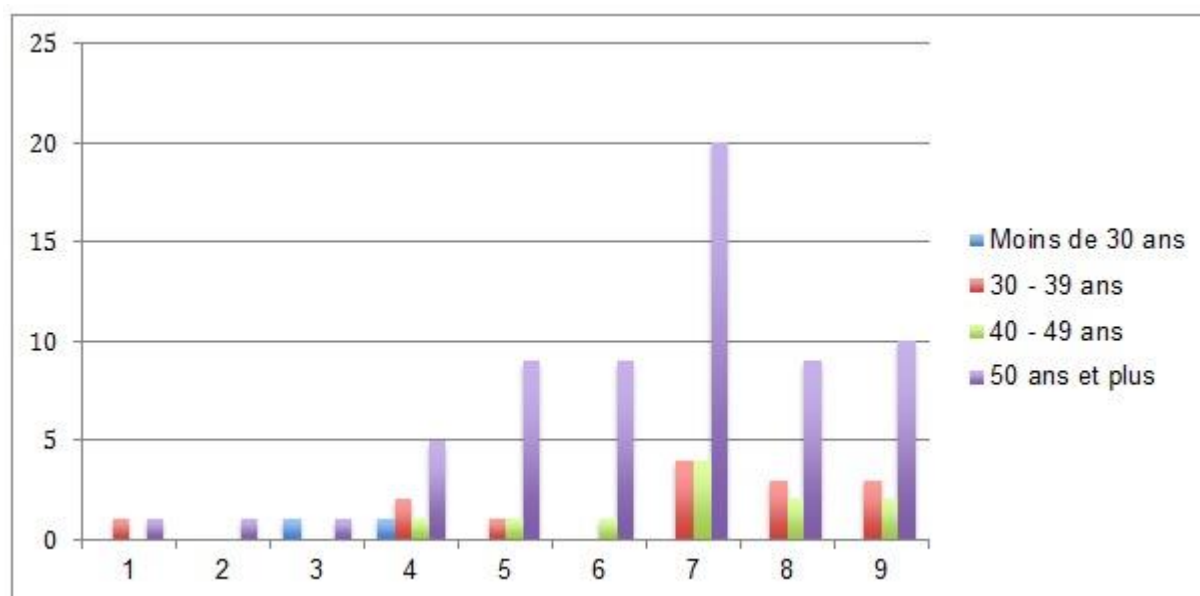


Figure 6 : Répartition des réponses sur l'applicabilité des démarches cindyniques selon l'âge

2.3.2. A propos de l'utilisation du DRC®

En ce qui concerne l'intérêt des démarches cindyniques, la note moyenne donnée par les utilisateurs du DRC® était de 7,4 alors que celle donnée par ceux qui ne l'utilisaient pas était de 5,8. Les médianes étaient à 7 dans les deux groupes.

Pour l'applicabilité des démarches cindyniques, la note moyenne donnée par les utilisateurs du DRC® était de 6,9, alors que celle donnée par ceux qui ne l'utilisent pas était de 5,2. La médiane attribuée par les utilisateurs du DRC® était de 7, tandis qu'elle était à 5,5 pour ceux qui n'utilisaient pas le DRC®.

On constate que les moyennes sont inférieures dans le groupe n'utilisant pas le DRC®.

2.4. Remarques qualitatives concernant le concept

Il était ensuite proposé aux médecins une question ouverte leur permettant d'exprimer leur avis et leurs remarques concernant le concept de démarche cindynique. Il y avait un commentaire pour 42 des 93 questionnaires qui nous ont été retournés.

Sur les 42 commentaires 16 étaient fondamentalement positifs, avec des remarques telles que : « *démarche stimulante* », « *aide intéressante* », « *concret et pratique* », « *formalise un acte que l'on fait plus ou moins consciemment* ». Ils mettaient en

avant son utilité en particulier « *en cas de doute* » ou de « *cas persistant* ». Enfin une personne a également attribué un intérêt sémiologique à la démarche « *très intéressant, j'ai revu le Fitz Hugh Curtis entre autres* ».

Le principal commentaire négatif concernait l'aspect chronophage de la méthode. Cette notion est revenue à 4 reprises : « doit rester rapide à visualiser sinon ce sera inutile » « je ne réussis pas à concilier temps d'écoute, implication, examen clinique, rédaction d'ordonnance, remplissage des données de prévention et santé publique... » ou encore « *j'essaye de consacrer plus de temps à l'écoute* », « *fastidieux* »

Deux autres commentaires négatifs étaient antagonistes, l'un trouvait la démarche incomplète « *manque parfois quelques red flag* » et le second au contraire écrivait « *trop complet, à simplifier* ».

Enfin un commentaire concernait la méthodologie : « *je n'ai jamais compris l'utilité de faire des échelles de Likert avec plus de 5 items* ».

Concernant la forme nous avons eu 6 commentaires. La plupart préféraient la forme tableau « [...] *plus didactique* [...] » mais son manque de lisibilité a été signalé à 3 reprises « *lisibilité à améliorer* », « *la structuration du tableau mériterait peut-être quelques améliorations* » ou encore « *la présentation tableau me paraît illogiquement moins claire que le texte libre* ».

Une personne a proposé de présenter les démarches sous forme d'arbre décisionnel.

Un désir d'intégration de la démarche dans les logiciels médicaux a été cité dans 9 commentaires.

Enfin, les autres commentaires apportaient des compléments sur le contenu des démarches cindyniques comme « *il me manque les localisations EN TITRE* ».

2.5. Evaluation des démarches cindyniques pour chaque RC

2.5.1. ANGINE (PHARYNGITE – AMYGDALITE)

Sur les 78 questionnaires envoyés pour le RC ANGINE (PAHRYNGITE – AMYGDALITE) nous avons eu 13 réponses (Tableau 5). Soit un taux de réponse de 15,4 %.

Tableau 5 : Récapitulatif des réponses pour le RC ANGINE (PHARYNGITE – AMYGDALITE)

	Age	Utilisation du DRC®	Pertinence de la démarche de 1 à 9	Utilité de la démarche de 1 à 9
1	50 ans et plus	A chaque consultation	8	5
2	50 ans et plus	NON	3	2
3	50 ans et plus	A chaque consultation	8	8
4	50 ans et plus	A chaque consultation	9	9
5	50 ans et plus	NON	6	4
6	Entre 40 et 49 ans	De temps en temps	8	6
7	Entre 40 et 49 ans	A chaque consultation	9	4
8	Entre 40 et 49 ans	De temps en temps	8	8
9	50 ans et plus	A chaque consultation	8	6
10	50 ans et plus	A chaque consultation	8	6
11	Entre 30 et 39 ans	A chaque consultation	7	7
12	50 ans et plus	A chaque consultation	8	8
13	50 ans et plus	De temps en temps	9	9

- Pertinence

Concernant la pertinence du contenu de la démarche cindynique pour le RC ANGINE (PHARYNGITE-AMYGDALITE) les résultats sont les suivants (Figure 7)

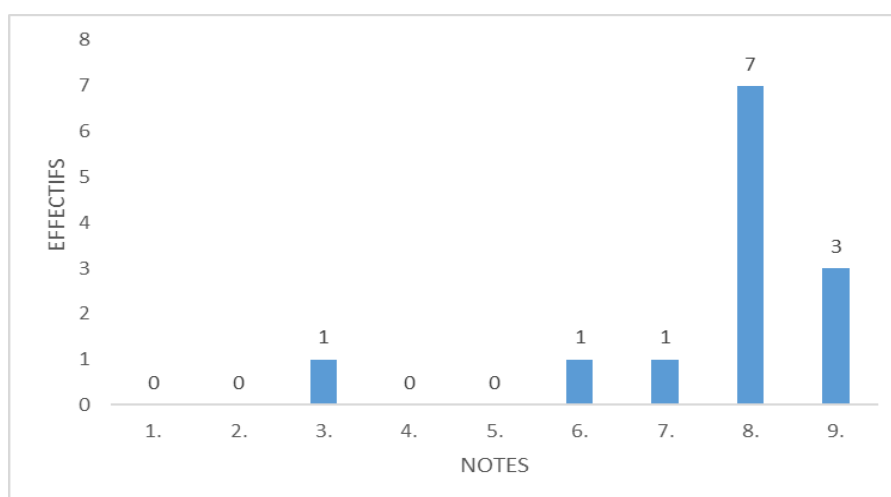


Figure 7 : Résultats sur la pertinence du contenu de la démarche cindynique du RC ANGINE (PHARYNGITE – AMYGDALITE)

La moyenne à cette question est de 7,6 avec un écart type de 1,6 et une médiane à 8.

- Utilité

Concernant l'utilité de la démarche cindynique au cours d'une consultation les résultats sont les suivants (Figure 8)

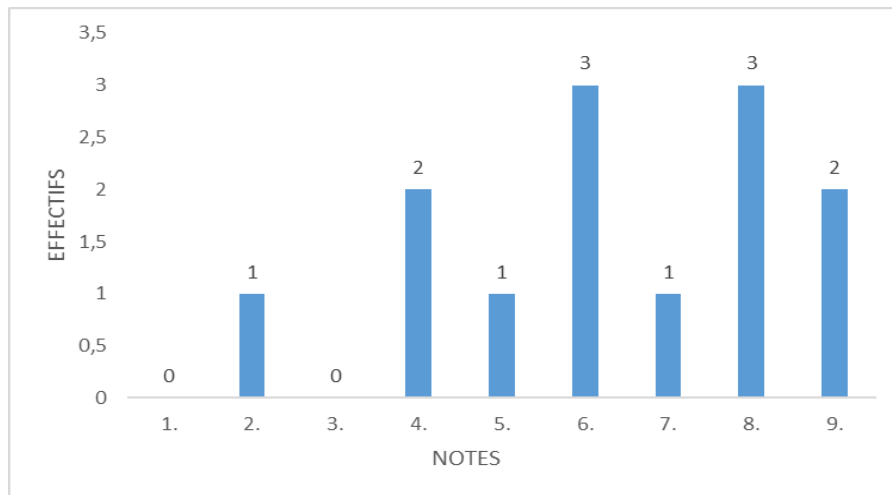


Figure 8 : Résultats sur l'utilité de la démarche cindynique du RC ANGINE (PHARYNGITE – AMYGDALITE) au cours d'une consultation.

La moyenne à cette question est de 6,3 avec un écart type de 2,1 et une médiane à 6.

- Analyse selon l'utilisation ou NON du DRC®

Concernant la pertinence et l'utilité les deux NON utilisateurs du DRC® ont donné 4,5 et 3 de moyenne. Pour les 11 autres répondants utilisateurs du DRC®, la moyenne obtenue pour la pertinence était de 8,2 et la médiane de 8. Pour l'utilité elle était de 6,9 et la médiane de 7.

- Commentaires

Sur les 5 commentaires à cette démarche aucun n'était négatif. Le plus enthousiaste était : « *Bon panorama rapide et exhaustif à consulter si besoin en cas de doute ou pour enseignement* ».

Deux d'entre eux souhaitaient des compléments d'information, sur la notion de TDR « *Possibilité d'inscrire TDR négatif par un clic* » et le score de Mac Isaac « *Cela n'a pas de rapport direct mais il me serait utile de rappeler dans les infos du RC les critères du score d'Isaac, je ne les retiens pas. De même un item sur le dictionnaire pour TDR négatif permettrait de savoir si le test a été fait ou non* ».

Enfin les deux derniers affirmaient qu'ils n'avaient pas de remarque à apporter. « *Pas*

de remarques particulières » et « Néant ».

Cette démarche cindynique a donc été bien accueillie par le panel. A mentionner tout de même une adhésion moins franche concernant l'utilité pratique de la démarche par rapport à sa pertinence. De même on a pu constater que les utilisateurs ont plus adhéré à la démarche que ceux n'utilisant pas le DRC®.

2.5.2. EPAULE (TENOSYNOVITE)

Sur les 78 questionnaires envoyés pour ce RC nous avons eu 10 réponses (Tableau 6). Soit un taux de réponse de 12,8%.

Tableau 6 : Récapitulatif des réponses pour le RC EPAULE (TENOSYNOVITE)

	Age	Utilisation du DRC®	Pertinence de la démarche de 1 à 9	Utilité de la démarche de 1 à 9
1	50 ans et plus	NON	4	5
2	50 ans et plus	A chaque consultation	7	8
3	Entre 40 et 49 ans	De temps en temps	7	3
4	50 ans et plus	De temps en temps	7	7
5	Entre 40 et 49 ans	A chaque consultation	6	6
6	50 ans et plus	Rarement	7	1
7	50 ans et plus	De temps en temps	7	5
8	50 ans et plus	NON	5	4
9	Entre 30 et 39 ans	NON	7	5
10	50 ans et plus	Rarement	7	9

- Pertinence

Concernant la pertinence du contenu de la démarche cindynique pour le RC Epaulé (ténosynovite) les résultats sont les suivants (Figure 9).

La moyenne est ici de 6,4 avec un écart type de 1,1 et une médiane à 7.

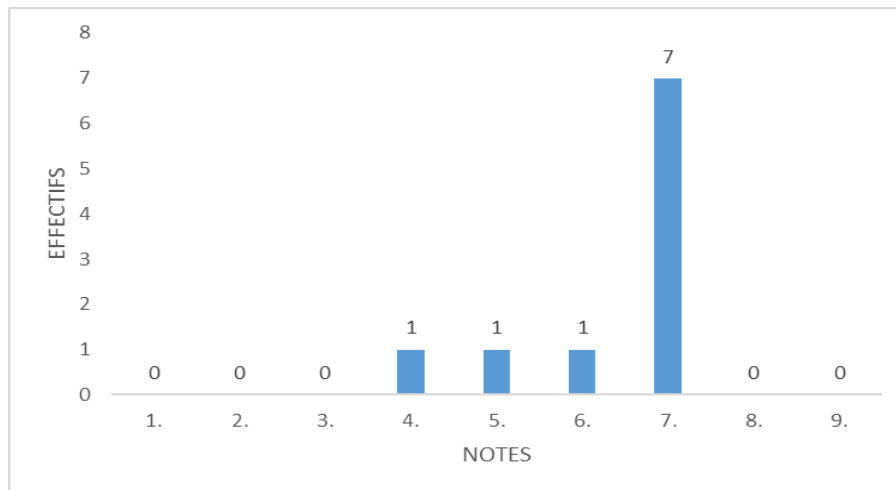


Figure 9 : Résultats sur la pertinence du contenu de la démarche cindynique du RC EPAULE (TENOSYNOVITE)

- Utilité

Concernant l'utilité de la démarche cindynique pour le RC Epaule (ténosynovite) les résultats sont les suivants (Figure 10)

La moyenne est de 5,3 avec un écart type de 2,4 et une médiane à 5.

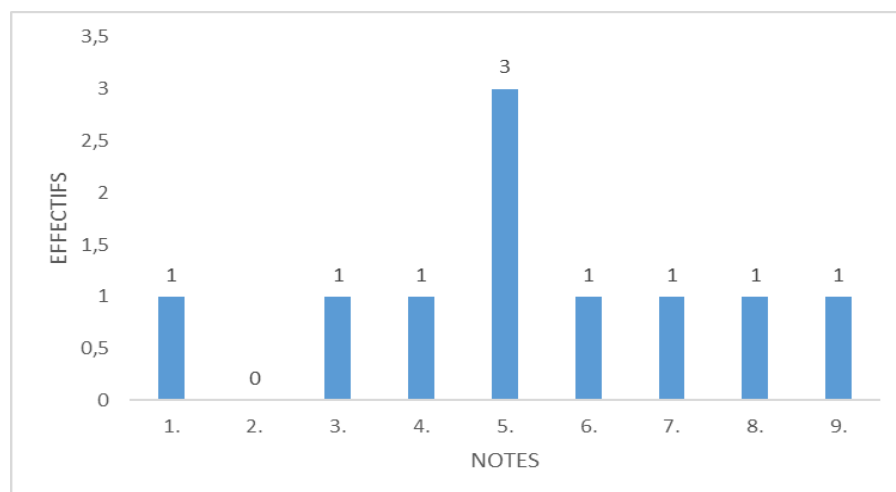


Figure 10 : Résultats sur l'utilité de la démarche cindynique du RC EPAULE (TENOSYNOVITE) au cours d'une consultation.

- Analyse selon l'utilisation ou NON du DRC®

Pour les 3 NON utilisateurs du DRC® la moyenne donnée à la question de la pertinence était de 5,3 et la médiane de 5. Pour l'utilité au cours d'une consultation la moyenne était de 4,7 avec une médiane à 5.

Si l'on s'intéressait ensuite aux 7 autres personnes, utilisatrices du DRC®, on

retrouvait pour la pertinence une moyenne à 6,9 et une médiane à 7. On retrouvait pour l'utilité une moyenne à 5,6 et une médiane à 6.

- Commentaires

Sur les 10 réponses, 5 s'accompagnaient d'un commentaire. Aucune n'exprimait de contentement total.

En effet 2 apportaient des remarques sur le contenu lacunaire de la démarche : « *latéralisation non présente - gradation douleur à ajouter - notion de geste thérapeutique antérieur* », « *Dire quand on peut envoyer au médecin du sport* », voire, pour 2 autres, discutable : « *contenu discutable sur une pathologie qui m'est très bien connue (imagerie et thérapeutique)* » , « *En pratique quotidienne , la présence ou non de calcification ne change que très peu la prise en charge , les détails de l'examen clinique ne change pas la mienne* ».

Le dernier commentaire quant à lui mettait en évidence la difficulté pour certains de s'approprier une méthode extrinsèque. « *Je n'ai jamais réussi [...] à colliger les éléments cliniques d'une consultation de façon structurée. À la rigueur à ma façon mais pas avec une guideline imposée* ».

Globalement les résultats pour cette démarche cindynique étaient plus mitigés. Si la pertinence de la démarche n'est pas mise en doute, du moins pour les utilisateurs du DRC®, son utilité reste hypothétique pour l'ensemble du panel. La distribution des réponses était sur l'ensemble de l'échelle et 3 personnes (30%) ont mis la note de 5, ce qui correspond à l'absence d'opinion.

2.5.3. HUMEUR DEPRESSIVE

Sur les 78 questionnaires envoyés pour le RC HUMEUR DEPRESSIVE nous avons eu 10 réponses répertoriées dans le Tableau 7. Soit un taux de réponse de 12,8%.

Tableau 7 : Récapitulatif des réponses pour le RC HUMEUR DEPRESSIVE

	Age	Utilisation du DRC®	Pertinence de la démarche de 1 à 9	Utilité de la démarche de 1 à 9
1	50 ans et plus	NON	6	5
2	50 ans et plus	A chaque consultation	7	9
3	Entre 40 et 49 ans	De temps en temps	7	7

4	50 ans et plus	De temps en temps	6	6
5	Entre 40 et 49 ans	A chaque consultation	4	4
6	50 ans et plus	Rarement	6	1
7	50 ans et plus	De temps en temps	7	6
8	50 ans et plus	NON	5	6
9	Entre 30 et 39 ans	NON	8	7
10	50 ans et plus	Rarement	9	9

- Pertinence

Concernant la pertinence du contenu de la démarche cindynique pour le RC Humeur dépressive les résultats sont les suivants (Figure 11)

La moyenne pour cette question est de 6,5 avec un écart type de 1,4 et une médiane à 6,5.

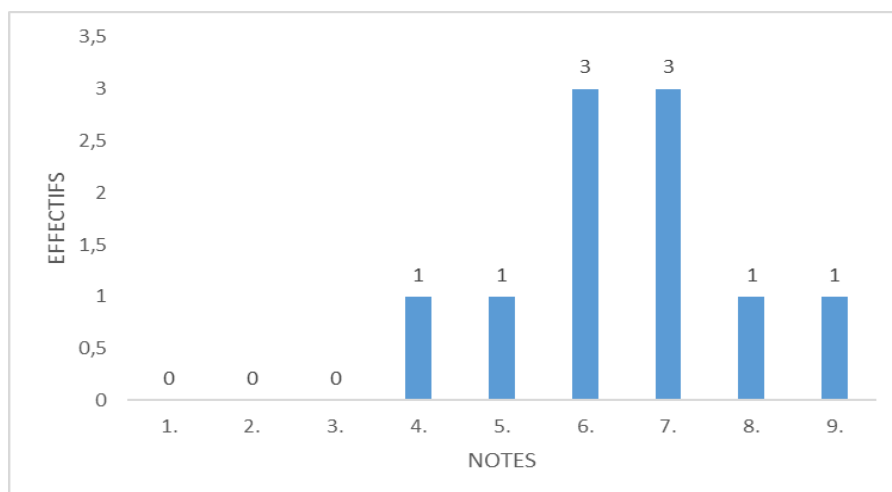


Figure 11 : Résultats sur la pertinence du contenu de la démarche cindynique du RC HUMEUR DEPRESSIVE.

- Utilité

Concernant l'utilité de la démarche cindynique pour le RC Humeur dépressive les résultats sont les suivants (Figure 12)

La moyenne pour cette question est de 6 avec un écart type de 2,4 et une médiane à 6.

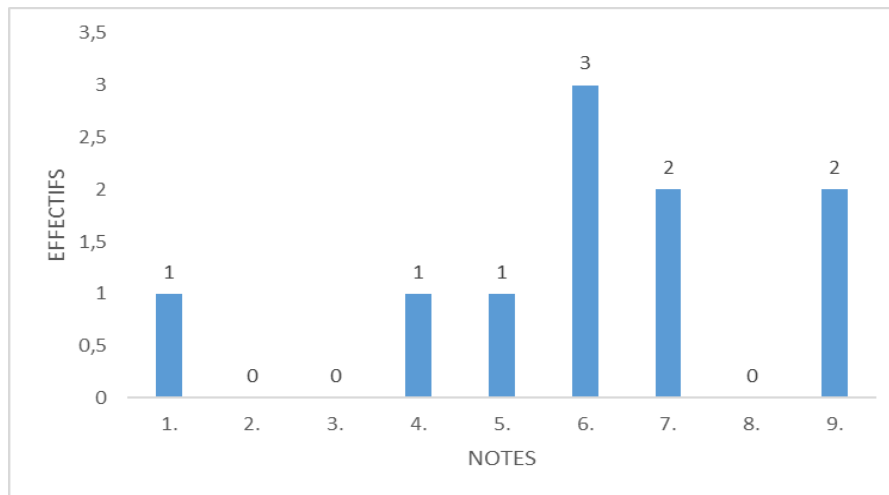


Figure 12 : Résultats sur l'utilité de la démarche cindynique du RC HUMEUR DEPRESSIVE au cours d'une consultation.

- Analyse selon l'utilisation ou NON du DRC®

Pour les personnes NON utilisatrices on obtenait pour la pertinence 6,3 de moyenne et 5 de médiane. On obtenait pour l'utilité 6 de moyenne et 6 de médiane. Chez les utilisateurs on obtenait pour la pertinence 6,6 de moyenne avec 7 de médiane et pour l'utilité 6 de moyenne et de médiane.

- Commentaires

La moitié des réponses était enrichie d'une remarque. L'un d'entre eux avait développé sa propre démarche cindynique : « *j'ai ma propre guideline avec 5 items : IDN, SOMMEIL, APPETIT, ANGOISSE, TRISTESSE* ».

Encore une fois 2 répondants étaient désireux d'apporter des précisions à la démarche : « *possibilité de préciser si des traitements ont été engagés* », « *Lien vers les différents traitements et leurs effets secondaires, place de l'activité physique* ».

Enfin les 2 derniers ajoutaient des critiques au contenu. « *La démarche semble trop centrée sur l'étiologie thyroïdienne qui me paraît trop peu prévalente* » et « *toutes ces précisions cliniques ne me semblent réellement utiles que dans une démarche de recherche et d'évaluation de l'évolution avec ou sans traitement* ». Ce dernier commentaire faisait référence à la définition. Ce qui n'était pas l'objet de l'étude.

Pour ce RC spécifique à la médecine générale, on a constaté que les avis concernant la pertinence étaient plus positifs que ceux obtenus à propos de l'utilité de la démarche cindynique au cours d'une consultation. Il n'y avait pas de différence

selon l'utilisation ou non du DRC®.

2.5.4. LOMBALGIE

Sur les 78 questionnaires envoyés pour ce RC nous avons eu 9 réponses (Tableau 8) soit un taux de réponse de 11,5%.

Tableau 8 : Récapitulatif des réponses pour le RC LOMABALGIE

	Age	Utilisation du DRC®	Pertinence de la démarche de 1 à 9	Utilité de la démarche de 1 à 9
1	Entre 40 et 49 ans	Rarement	6	6
2	50 ans et plus	NON	9	9
3	Entre 30 et 39 ans	NON	8	1
4	Moins de 30 ans	A chaque consultation	8	6
5	50 ans et plus	NON	8	8
6	Entre 30 et 39 ans	De temps en temps	9	9
7	50 ans et plus	A chaque consultation	6	6
8	50 ans et plus	De temps en temps	6	8
9	Entre 30 et 39 ans	De temps en temps	8	7

- Pertinence

Concernant la pertinence du contenu de la démarche cindynique pour le RC LOMBALGIE les résultats étaient les suivant : (Figure 13)

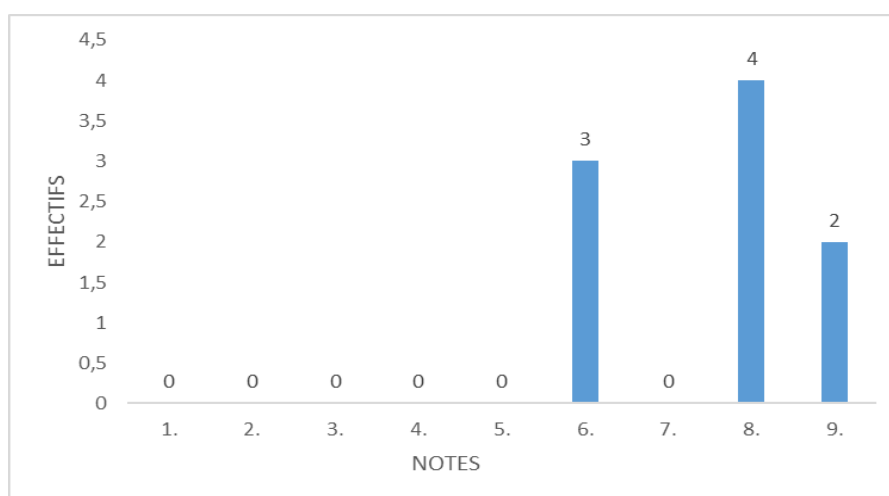


Figure 13 : Résultats sur la pertinence du contenu de la démarche cindynique du RC LOMBALGIE.

La moyenne est de 7,5 avec un écart type de 1,2 et une médiane à 8.

- Utilité

Concernant l'utilité de la démarche cindynique au cours d'une consultation les résultats sont les suivants : (Figure 14)

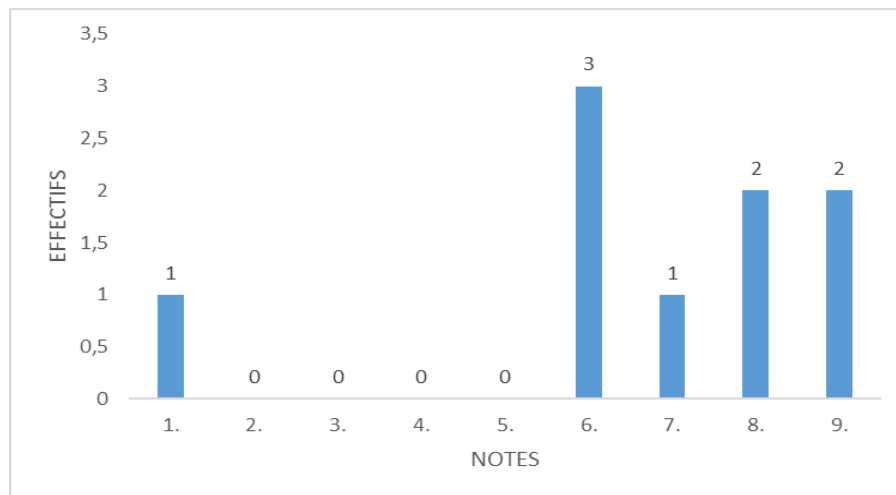


Figure 14 : Résultats sur l'utilité de la démarche cindynique du RC LOMBALGIE au cours d'une consultation.

La moyenne est de 5,1 avec un écart type de 2,4 et une médiane à 6.

- Analyse selon l'utilisation ou NON du DRC®

Chez les NON utilisateurs les moyennes concernant la pertinence et l'utilité étaient respectivement de 8,3 et 6. Les médianes étaient à 8.

Chez les utilisateurs les moyennes étaient de 7,2 pour la pertinence et de 7 pour l'utilité avec des médianes respectivement à 7 et 6,5.

- Commentaires

Il y a eu 2 commentaires à propos de cette démarche. Un seul portait sur la démarche : « *détailler le bilan inflammatoire recommandé* ». Le second sur le RC en lui-même : « *je préfère l'intitulé rachialgie regroupant cervicalgie dorsalgie et lombalgie chacun étant décrit comme dans DRC®, car souvent la lombalgie est isolée et il me manque le coté droit ou gauche pour ces algies* », ce qui n'était pas notre sujet.

Comme pour les démarches précédentes la pertinence a reçu globalement plus d'adhésion de la part du panel que l'utilité. Ce résultat était plus marqué chez les NON utilisateurs.

2.5.5. RHINOPHARYNGITE – RHUME

Sur les 78 questionnaires envoyés nous avons eu 9 réponses (Tableau 9) soit un taux de réponse de 7,7%.

Tableau 9 : Récapitulatif des réponses pour le RC RHINOPHARYNGITE-RHUME

	Age	Utilisation du DRC®	Pertinence de la démarche de 1 à 9	Utilité de la démarche de 1 à 9
1	Plus de 50 ans	A chaque consultation	9	9
2	Plus de 50 ans	A chaque consultation	8	8
3	Plus de 50 ans	A chaque consultation	9	9
4	Plus de 50 ans	A chaque consultation	3	3
5	Plus de 50 ans	NON	8	8
6	Plus de 50 ans	NON	2	3
7	Entre 40 et 49 ans	A chaque consultation	7	7
8	Plus de 50 ans	A chaque consultation	7	8
9	Plus de 50 ans	A chaque consultation	8	5

- Pertinence

Concernant la pertinence du contenu de la démarche cindynique pour le RC Rhinopharyngite - Rhume les résultats sont représentés par la Figure 15.

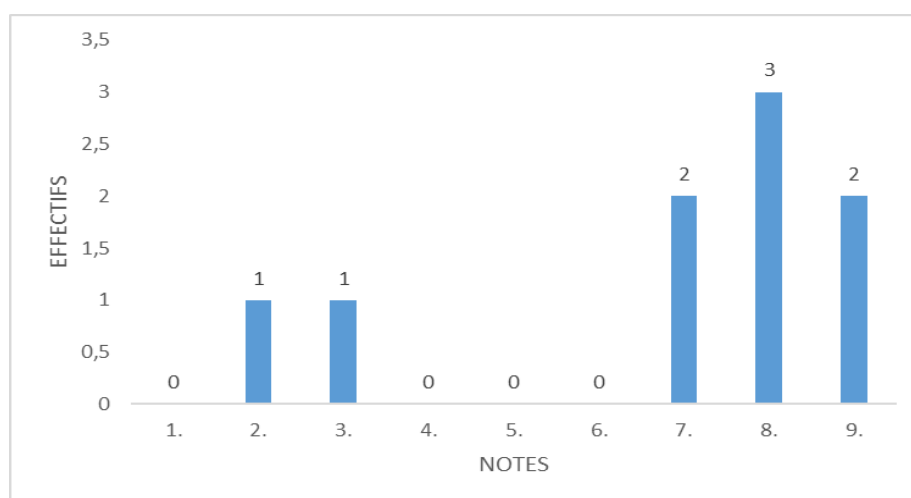


Figure 15 : Résultats sur la pertinence du contenu de la démarche cindynique du RC RHINOPHARYNGITE – RHUME.

Pour cette question la moyenne est de 6,8 avec un écart type de 2,5 et une médiane à 8.

- Utilité

Concernant l'utilité de la démarche cindynique au cours d'une consultation les résultats sont les suivants (Figure 16)

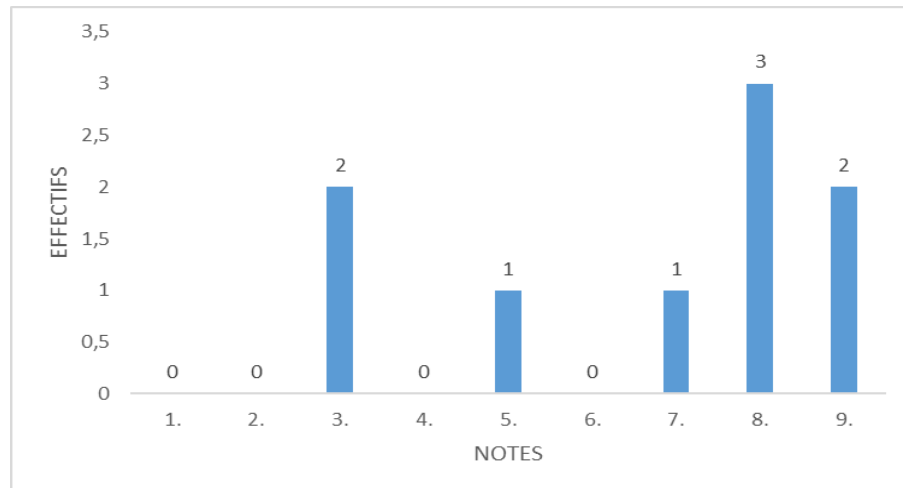


Figure 16 : Résultats sur l'utilité de la démarche cindynique du RC RHINOPHARYNGITE-RHUME au cours d'une consultation.

La moyenne est de 6,7 avec un écart type de 2,4 et une médiane à 8.

- Analyse selon l'utilisation ou NON du DRC®

Pour les 2 NON utilisateurs du DRC® la moyenne attribuée à la pertinence était de 5, celle à l'utilité de 5,5. Pour les 7 autres répondants la moyenne attribuée à la pertinence était de 7,3 avec une médiane de 8 et la moyenne attribuée à l'utilité de la démarche était de 7 avec une médiane également à 8.

- Commentaires

Les 4 observations pour ce RC étaient des suggestions afin de compléter la démarche. « *Pourrait-on placer le TERRAIN ATOPIQUE (mais je ne sais pas où le mettre)* », « *Voir pour la chronicité en rapport avec un terrain allergique, nos ORL essayent parfois de donner des antihistaminiques* », « *Est-ce que dans les facteurs augmentant les complications il n'y aurait pas les troubles de l'immunité (pathologie dysimmunitaires, tt immunosuppresseur ...)* ? » et enfin « *Pourquoi ne pas mettre l'otite (en particulier séreuse) dans les Voir aussi ? De toute façon dans tous les cas (Voir aussi et quasi tous les DiC), le traitement de base reste le drainage ± antipyrétique... d'où la cotation mitigée pour la question 7* ». Nous verrons dans la

discussion que ces commentaires bien qu'intéressants n'avaient pas leur justification de par la méthodologie de la démarche.

Pour ce RC aussi les non utilisateurs du DRC® sont restés modérés sur le concept de démarche cindynique. Cela donne donc des résultats globaux modérément positifs.

2.6. Synthèse des analyses pour les cinq RC

Au cours de la partie précédente nous avons abordés les résultats selon deux axes. Le premier s'intéressait aux résultats globaux de la démarche cindynique de chaque RC. Les résultats obtenus sont colligés dans le Tableau 10.

Tableau 10 : Synthèse des résultats globaux sur les 5 RC						
Résultat de consultation	Pertinence			Utilité		
	Moyenne	Ecart type	Médiane	Moyenne	Ecart type	Médiane
Angine	7,6	1,6	8	6,3	2,1	6
Epaule	6,4	1,1	7	5,3	2,4	5
Humeur dépressive	6,5	1,4	6,5	6	2,4	6
Lombalgie	7,5	1,2	8	5,1	2,4	6
Rhinopharyngite - Rhume	6,8	2,5	8	6,7	2,4	8

Le second axe abordait les résultats en fonction du statut d'utilisateur ou non du DRC® du médecin répondant. Les résultats obtenus sont eux colligés dans le Tableau 11.

Tableau 11 : Synthèse des résultats selon l'utilisation du DRC® sur les 5 RC						
Résultat de consultation	Pertinence			Utilité		
	Utilisateurs	Moyenne ; médiane	Non utilisateurs	Utilisateurs	Moyenne ; médiane	Non utilisateurs
Angine	8,2 ; 8		4,5 ; 4,5	6,9 ; 7		3 ; 3
Epaule	6,9 ; 7		5,3 ; 5	5,6 ; 6		4,7 ; 5
Humeur dépressive	6,6 ; 7		6,3 ; 5	6 ; 6		6 ; 6
Lombalgie	7,2 ; 7		8,3 ; 8	7 ; 6,5		6 ; 8
Rhinopharyngite- Rhume	7,3 ; 8		5 ; 5	7 ; 8		5,5 ; 5,5

La pertinence était toujours mieux notée que l'utilité dans les deux sous-groupes.

Il existait tout de même une différence selon l'utilisation du Dictionnaire des Résultats de Consultation®. En effet les notes étaient généralement plus importantes chez les personnes manipulant le DRC®.

Globalement les résultats concernant le concept de démarche cindynique étaient plutôt positifs.

DISCUSSION

DISCUSSION

1.Introduction

L'objectif de notre travail est de proposer une méthode visant à limiter le risque en médecine générale. En effet, si cette notion liée à la médecine de premier recours est clairement reconnue dans la littérature, nous n'y trouvons aucune procédure pratique permettant réellement de la gérer. Ainsi, le médecin est amené à travailler au quotidien, de manière plus ou moins consciente, avec ce risque lié à l'incertitude diagnostique. Il s'agit donc d'une approche empirique ne sécurisant pas sa démarche.

Par notre travail nous voulons tenter de pallier à ce manque en proposant une méthode qui permet, à partir d'une objectivation de ce risque, une prise en charge consciente et rigoureuse de celui-ci.

Le Dictionnaire des Résultats de Consultation® établi à partir des travaux de R.N. Braun est un premier outil mis à disposition du médecin généraliste. Fondé sur la certitude clinique, il évite une extrapolation diagnostique, pour ne pas transformer une hypothèse en certitude. Il permet de rester au plus proche de la réalité clinique, dans une position de vigilance, afin de ne pas s'engager dans une mauvaise piste qui peut être délétère pour le patient. C'est la notion de premier risque.

La SFMG a poursuivi l'exploration de la question de la gestion du risque diagnostique et débouché sur la notion complémentaire de Diagnostic critique. Celle-ci est présentée dans la thèse de Damien Jouteau de 2011 (7). Ce travail a pour qualité de définir clairement le concept de risque et de danger. Il a permis également de construire une méthode de production d'une liste de maladies, hiérarchisées par leur gravité, auxquelles le médecin doit penser devant chaque Résultat de consultation. C'est la notion de second risque.

Notre travail prolonge donc la progression de cette réflexion que Braun envisageait déjà. Il souligne bien 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 ». Les DiC étant établis, il apparaît alors intéressant d'explorer cette notion de "démarche programmée" adaptée à l'épidémiologie de la médecine de premier recours. C'est ce que nous appelons la "démarche cindynique".

2.A propos de l'expression "cindynique"

Sans faire l'objet d'une enquête formelle, nous avons soumis à des confrères l'expression choisie. Historiquement appelées "démarches programmées" par Braun nous nous rapprochons ainsi de la notion plus contemporaine de conduite à tenir.

Une première évocation du terme de « démarche cindynique » a été avancée lors du Comité de mise à jour du Dictionnaire, puis du Conseil d'administration de la SFMG en juin 2015. Enfin, la proposition a été renouvelée lors de la journée, dite du projet triennal de la SFMG, en novembre 2015. Cette journée regroupe, deux fois par an, tous les sociétaires qui travaillent dans les différents groupes de recherche de la SFMG.

Etayé sur le plan linguistique et théorique cet intitulé peut néanmoins rebuter par son caractère non immédiatement explicite voire néologique.

L'idée de qualifier ces démarches par le terme « cindynique » a été acceptée par les participants lors de ces trois réunions. Il s'agit certes de médecins généralistes investis dans la réflexion sur leur profession, mais très attachés à son application opérationnelle au quotidien.

3.Construction et évaluation des démarches cindyniques

La construction et l'évaluation de la démarche cindynique s'est échelonnée entre novembre 2013 et mars 2016, soit deux années.

3.1. Le choix de la méthode

Le choix méthodologique vient d'une réflexion menée à plusieurs médecins. Un groupe de huit médecins, dont 4 sociétaires de la SFMG, s'est constitué à

l'automne 2013. L'apport de chacun est ainsi le garant d'une collégialité et d'une expertise diversifiée.

Tout d'abord le choix de partir du DRC® s'est rapidement imposé car il offre une définition précise de chaque situation rencontrée en médecine générale, indispensable pour des situations cliniques habituellement mal caractérisées.

L'élaboration de la démarche cindynique s'est faite de façon progressive. La méthode s'est affinée par touches successives à partir d'exemples de quelques RC. Ainsi les différents points d'interrogation soulevés, permettaient d'améliorer la méthode.

3.1.1. La grille de construction

Concernant les items retenus pour construire les démarches cindyniques, ils correspondent aux éléments à prendre en compte lors de l'analyse d'une situation. Ils ont fait l'objet de plusieurs modifications, de regroupement et de réécritures. Trois axes de variables ont été retenus :

- Les caractéristiques du patient. Nous les prenons en compte dans la vulnérabilité et l'impact ;
- Les caractéristiques du RC, de la clinique, de l'organique. Elles interviennent dans les items : Présentation clinique évocatrice, Durée, Taux de révision du RC et Complications possibles ;
- Les caractéristiques du contexte, de l'environnement. Elles sont prises en considération dans : RC associés et Contexte épidémiologique.

S'est rapidement posée la question de la place du premier risque dans notre démarche. Le but de notre travail est la gestion du risque une fois le RC choisi. En effet, réfléchir à la construction de ces démarches implique de partir d'un RC. La question du premier risque, l'erreur de RC, donc résolue. La démarche préalable du bon choix de RC, avec sa part d'incertitude et de risque, assurée par les listes de *Voir aussi*, est donc terminée. La notion de premier risque ne peut donc intervenir dans nos démarches cindyniques.

De même, il s'est avéré indispensable de graduer l'importance des DiC. En effet, si l'on prend l'exemple du RC LOMBALGIE, sous diagnostiquer le DiC Spondylodiscite infectieuse, serait bien plus délétère que sous diagnostiquer le DiC Hernie discale. De même, la notion de fréquence des DiC est apparue comme un facteur

indispensable à intégrer dans une démarche de médecine générale. Si l'on reprend l'exemple du RC LOMBALGIE, la Spondylodiscite infectieuse étant une pathologie moins fréquente que la Hernie discale, le praticien devra la prendre en compte de manière raisonnée, car la probabilité de rencontrer une Spondylodiscite infectieuse, sans être nulle, est plus faible. C'est pourquoi il a été fait le choix de présenter ces deux éléments dans un second tableau où les DiC sont classés par ordre de fréquences décroissantes et pondérés de la notion de Criticité.

3.1.2. La présentation sous forme de tableau

Concernant la forme, le tableau par une approche systématique et répétée est apparu comme la garantie d'une certaine uniformité des démarches. Préféré au texte lors de l'enquête, il apporte également une lisibilité rapide. Un arbre décisionnel quant à lui, s'avèrerait trop strict, voire réducteur et surtout inadapté à des situations cliniques ouvertes, ne débouchant pas souvent sur des diagnostics confirmés de maladies. En effet les démarches cindyniques ont pour but d'éveiller le praticien sur le risque. Aussi complètes que possible elles ne peuvent en médecine générale prétendre, sans perdre de pertinence, être exhaustives.

3.1.3. L'enquête et l'analyse

L'envoi a été effectué par mail pour des raisons logistiques, mais nous avons conservé la possibilité pour les médecins interrogés de répondre sous forme papier, lettre ou fax, afin de maximiser les retours et ne pas exclure des confrères moins rompus à l'Internet.

Pour réaliser notre enquête de validation, l'élaboration du questionnaire s'est faite au cours d'une discussion collégiale en séance plénière. Nous avons choisi l'échelle de LIKERT permettant l'évaluation du degré d'accord ou de désaccord. Habituellement proposant cinq niveaux de réponse, nous avons préféré augmenter les occurrences à 9, pour moins contraindre les confrères. De plus, le choix d'un chiffre impair d'occurrences évitait une échelle dite à "choix forcé".

Lors de l'analyse des résultats nous avons à plusieurs reprises opéré des regroupements. Pour plus de lisibilité nous avons décidé de regrouper les 9 notes en trois intervalles. Ainsi de 1 à 3 il s'agissait d'un rejet de la méthode, de 4 à 6 d'une indécision et de 7 à 9 d'une acceptation.

3.2. L'évaluation générale de la démarche

Les premières questions de notre enquête portaient sur le concept de cindynique et son acceptabilité.

3.2.1. Intérêt et utilité de la démarche cindynique

La moyenne obtenue à cette question est de 7,2 avec une médiane à 7. Les personnes ayant répondu au questionnaire acceptent donc cette notion et la trouve intéressante et utile pour leur pratique.

3.2.2. Applicabilité

La moyenne concernant la question de l'applicabilité de la démarche dans la pratique courante est de 6,6 avec une médiane à 7. L'accord est ici aussi favorable mais moins franc. Le facteur principal avancé par certains participants est le manque de temps.

3.2.3. La forme de la présentation

Les $\frac{3}{4}$ des participants préfèrent la forme tableau plutôt que texte. Les médecins préférant le texte sont dans les $\frac{3}{4}$ des cas des confrères de plus de 50 ans. L'intégration des démarches cindyniques, au logiciel professionnel, à côté du dictionnaire, devrait donc se faire sous forme de tableaux. Celui-ci devra, au vu des commentaires, être amélioré pour une meilleure lisibilité.

3.2.4. Analyse selon les caractéristiques de l'échantillon

Selon un document du Conseil National de l'Ordre des Médecins (17) l'âge moyen des généralistes en France était de 51 ans en 2014. Ce qui est concordant avec la répartition des âges de notre échantillon. Ce facteur n'est pas apparu comme un élément influençant les réponses. En effet la distribution des notes était sensiblement la même pour les quatre tranches d'âge.

En revanche l'utilisation du DRC[®] est apparue comme un facteur agissant sur l'adhésion au concept de démarche cindynique. Les personnes non utilisatrices donnant majoritairement des notes inférieures. Cela peut s'expliquer par le fait que notre démarche s'inscrive dans la suite du DRC[®]. Elle a pour but de venir compléter les définitions actuelles des RC. Les personnes utilisant le DRC[®] adhèrent donc déjà

au concept du Dictionnaire et de par son utilisation, appréhendent peut-être mieux la logique de notre travail.

4. La démarche appliquée aux cinq RC

Nous avons interrogé les participants sur cinq RC associés à leur démarche cindynique. Il s'agissait d'ANGINE, TENDINOPATHIE DE L'EPAULE, HUMEUR DEPRESSIVE, LOMBALGIE et RHYNOPHARYNGITE-RHUME.

4.1. Appréciation de la cindynique d'ANGINE

Pour le RC ANGINE qui propose deux positions diagnostiques : C pour "tableau de maladie" ou D pour "diagnostic certifié", nous avons obtenu 13 réponses, dont deux de personnes n'utilisant pas le DRC®. Pour ce RC, qui est une situation clinique courante et fermée, la moyenne à 7,6 et la médiane à 8 concernant la pertinence du contenu de la démarche prouve une acceptation nette de la part du panel. On constate que la note la plus basse (3/9) à cette question a été donnée par une des deux personnes n'utilisant pas le DRC®.

Concernant l'utilité de la démarche, la moyenne à 6,3 et la médiane à 6, montre l'indécision du panel quant à son utilisation dans la pratique courante. Ce résultat peut s'expliquer par l'essence même du RC, qui ne présente pas un risque important, avec un degré d'ouverture diagnostique plus fermée (position diagnostique C et D).

Les remarques apportées par les médecins sur ce RC étaient toutes positives, certains proposant même des améliorations : « *possibilité d'inscrire TDR négatif* » ou encore « *de rappeler dans les infos du RC les critères du score d'Isaac* », ce qui tend à prouver l'adhésion à la méthode.

4.2. Appréciation de la cindynique d'EPAULE (TENOSYNOVITE)

Le RC EPAULE (TENDINOPATHIE) est en position diagnostique syndromique B. A la question concernant la pertinence de la démarche, on retrouve une note de 6,4 mais une médiane à 7. Le panel est donc favorable. Par contre en ce qui concerne son utilité les notes sont moins favorables avec une moyenne de 5,3 et une médiane à 5. On peut expliquer cette différence par le fait que la liste des DiC comporte des maladies moins dangereuses. En effet, il n'existe qu'un seul DiC et de

criticité minimale : rupture tendineuse. A noter encore une fois que le plus grand désaccord sur la méthode avec les notes de 4 pour la pertinence et de 5 pour l'utilité proviennent d'une personne n'utilisant pas le DRC®.

Concernant les remarques, ils s'agissaient plus de complément sémiologique que de réelle remarque sur la démarche en elle-même. Globalement on peut dire que ce RC à laisser les gens plutôt perplexes et indécis.

4.3. Appréciation de la cindynique de l'HUMEUR DEPRESSIVE

Il s'agit également d'un RC en position B. Les notes attribuées pour ce RC aboutissent à une moyenne et une médiane identiques, de 6,5 pour la pertinence de la démarche cindynique et de 6 pour son utilité au cours d'une consultation. Il n'y a donc pas d'adhésion massive à la démarche pour ce RC.

Si l'on regarde les remarques apportées par les médecins interrogés on constate qu'ils maîtrisent ce RC. On peut citer ce commentaire : *« J'ai ma propre guideline avec 5 items : IDN, SOMMEIL, APPETIT, ANGOISSE, TRISTESSE. »*

Ce RC est couramment rencontré en médecine générale et est donc connu de tous. Moins marqué qu'une dépression, il présente également moins de risques. La neutralité des résultats pour cette démarche cindynique peut s'expliquer par le fait que les médecins ne se sentent pas en situation d'incertitude. Certains ayant finalement élaboré leur propre démarche cindynique.

4.4. Appréciation de la cindynique de LOMBALGIE

Le RC LOMBALGIE est en position symptomatique A. Il s'agit donc du degré d'ouverture de la situation clinique le plus important avec un risque le plus grand. Les notes concernant la pertinence de la démarche sont de 7,5 pour la moyenne et 8 pour la médiane. Néanmoins on constate des notes inférieures concernant l'utilité dans l'exercice de la médecine générale avec une moyenne à 5,1 et une médiane à 6. On voit bien ici que la démarche cindynique semble plus crédible pour des RC en position d'ouverture clinique. Ceci est bien connu du généraliste qui se trouve dans une situation plus complexe devant le RC EPIGASTRALGIE que devant le RC ULCERE DE L'ESTOMAC.

Concernant la discordance entre les deux questions il n'y a pas eu de commentaires pouvant l'expliquer. En effet, le risque étant élevé les médecins adhèrent à la démarche théorique mais semblent s'en éloigner lors de l'application pratique.

4.5. Appréciation de la cindynique de RHINOPHARYNGITE RHUME

Pour ce RC en position B "syndrome", de présentation courante en médecine générale les notes sont de 6,8 de moyenne et 8 de médiane pour la pertinence et de 6,7 de moyenne et 8 de médiane pour l'utilité. La médiane est bien plus favorable que la moyenne car pour chaque question une personne a attribué respectivement la note de 2 et 3. Il s'agit encore une fois d'une personne n'utilisant pas le DRC®. Les commentaires portaient sur la notion de terrain allergique comme complément sémiologique. Il existe dans le DRC® un RC dédié qui est RHINITE.

4.6. Comparaison aux autres thèses (18-20)

Au cours des trois travaux de thèses menés conjointement les résultats obtenus pour les 15 RC supplémentaires étaient sensiblement identiques. Ce qui renforce la puissance de ce travail.

4.7. Au final

On constate un avis plutôt favorable à la démarche. Un élément semble récurrent, si les non utilisateurs du DRC® ne sont pas toujours les moins favorables, ils se trouvent que la réciproque est vraie. Les avis les moins favorables à la démarche sont donnés par des médecins n'utilisant pas le DRC®. On retrouve le résultat apparu lors de l'analyse selon les caractéristiques de l'échantillon. L'acceptation de la démarche nécessite sans doute que le praticien ait intégré dans sa pratique, la procédure de sécurisation allant du choix du RC à la cindynique en passant par la liste des *Voir aussi* et les Diagnostiques critiques.

5. Comparaison aux éléments de la littérature

Notre travail s'intéresse à la gestion du danger lié à l'incertitude diagnostique par l'évaluation du risque. Il est en ce sens innovant et trouve peu d'écho dans la littérature existante. En effet, s'il existe des publications sur l'incertitude diagnostique en médecine générale, peu concernent sa gestion. Car comme le dit 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*" (5).

Une thèse de 2013 soutenue par Marie Pince (21), s'appliquait à analyser les mécanismes de gestion déployés par les médecins généralistes face à l'incertitude. Celle-ci montre que les médecins s'appuient essentiellement sur l'expérience, l'intuition, les tests thérapeutiques et les avis de pairs. Il y est souligné qu'au final l'incertitude est source d'intérêt mais aussi d'inquiétude maîtrisée différemment en fonction du profil personnel du médecin.

Un article de la revue Le médecin du Québec de 2010 (22) a tout de même répertorié les différentes possibilités d'approches des médecins face à l'incertitude. Une synthèse est proposée dans le Manuel théorique de médecine générale (2).

- Les processus de raisonnement "non analytiques" ou "intuitifs" (23) : Ces processus d'identification par analogie s'appliquent à des cas simples et typiques et nécessitent une culture médicale. Ce type de raisonnement devient plus fréquent avec l'expérience ;

- Le raisonnement hypothético-déductif : Il s'agit d'une démarche analytique de vérification systématique des hypothèses. Le praticien recherche consciemment à confirmer ou à rejeter ses hypothèses envisagées ;

- Le raisonnement en chaînage avant : Egalement une démarche de type analytique, elle est mise en œuvre quand le médecin ne parvient pas à identifier des formes, par manque d'expérience, complexité ou rareté du cas. Il collige consciemment des données cliniques et paracliniques ;

- L'approche de type interniste par réalisation d'un dossier exhaustif : Cette approche, consiste à faire l'inventaire de tous les éléments susceptibles d'aboutir à un diagnostic, avec tentative d'exploration exhaustive de toutes les hypothèses possibles même les plus rares ;

- L'utilisation d'arbres décisionnels ou d'algorithmes : Le cheminement est de type binaire amenant le médecin à poser un diagnostic par éliminations successives ;

- La démarche probabiliste : Cette démarche est basée sur les prévalences connues ou estimées et les valeurs prédictives positives ou négatives des signes et tests. Elle nécessite la connaissance de la prévalence de l'affection envisagée dans la

population. L'objectif est d'estimer la probabilité d'un diagnostic à partir des informations recueillies.

Si le médecin est amené dans sa pratique quotidienne, à panacher ces différentes approches, certaines sont clairement plus adaptées à sa position de premier recours. On pense en particulier à la reconnaissance des formes, la méthode hypothético-déductive et probabiliste. La démarche que nous avons utilisée fait référence à ces manières d'appréhender l'incertitude. Notre travail sur la cindynique, est complémentaire et poursuit la réflexion pour tenter de formaliser une procédure, pouvant servir concrètement au médecin, face aux situations cliniques les plus fréquentes.

Voulant justement partir des situations cliniques concrètes, la question de la nomenclature utilisée se pose. La référence est indiscutablement la Classification internationale des maladies ou CIM. En médecine de premier recours il existe aussi la Classification internationale des soins primaires ou CISP. Ces deux classifications sont bien référencées et sont régulièrement utilisées pour les travaux scientifiques. La CIM avec ses plus de 35000 entrées confine régulièrement le praticien, qui doit noter un "diagnostic" dans le temps limité de la consultation, dans le caractère .9 sans précision (ex : Bronchite, sans précision J20.9). Sans définition précise les entités nosologiques ne permettraient pas une élaboration structurée de nos démarches. Le DRC® ayant une correspondance multiple avec la CIM, le lien avec celle-ci ne posera aucun problème lors de la généralisation de notre travail. La CISP, plus adaptée à notre pratique, est pour autant difficile en utilisation directe au quotidien. La correspondance entre les définitions du DRC® et de la CISP-2 existe depuis 2016. Un ou plusieurs codes CISP par RC sont possibles en fonction des combinaisons d'items. Comme pour la CIM, la correspondance se fait en "tâche masquée".

Sur le plan de la méthode, ce que l'on retrouve le plus souvent dans la littérature se sont les arbres décisionnels et l'on parle de plus en plus aujourd'hui, avec l'avènement des technologies numériques, des algorithmes. Nous devrions, dans les années à venir, passer des fiches d'orientation diagnostique aux logiciels de diagnostic algorithmique. Il s'agit selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, d'un mécanisme réglant le fonctionnement de la pensée organisée et

s'explicitant par des représentations analogues à celles des mathématiciens. Les arbres décisionnels, les seuls utilisables actuellement, ont montré qu'ils étaient peu adaptés à la pratique du généraliste, pour des raisons de temps et parce qu'ils favorisent les explorations sans que le médecin en perçoive l'intérêt immédiat. Nous avons préféré partir d'entités nosologiques définies, correspondant à l'épidémiologie selon le Carré de White (24), afin d'envisager une prise en charge du risque lié à l'incertitude qui soit envisageable, acceptable et raisonnable compte tenu du mode d'exercice du médecin généraliste.

6. Biais et limites

6.1 De l'échantillon

Un des premiers biais de notre étude vient du recrutement des médecins qui ont évalué notre travail. En effet, nous avons fait, pour des raisons pratiques, le choix de réaliser notre enquête auprès de confrères qui avaient répondu en 2014 à une autre enquête par le site Internet de la SFMG, à propos de leur intérêt pour le DRC®. Notre échantillon n'était donc pas représentatif de la population de médecin généraliste français car elle s'adressait à des personnes sensibilisées au DRC®, même si tous ne l'utilisaient pas. Il nous semblait toutefois indispensable de passer par cette étape intermédiaire, qui n'imposant pas la nécessité de former les médecins au concept du DRC®. Le taux de réponse au questionnaire, de 11,85%, est certes légèrement supérieur aux retours habituels dans ce type d'enquête, mais étant donné le biais sus cité, nous aurions pu espérer un meilleur résultat.

6.2 De la méthode

Lors de la constitution de notre grille de cindynique, nous avons évoqué l'intérêt qu'apporterait l'analyse des taux de révision des RC. La SFMG grâce à son Observatoire de la médecine générale, possède une base de données réalisée par une centaine de médecins qui ont relevé leur activité pendant plus de 15 ans. Ils notaient entre autres la révision des RC quand ceux-ci "évoluaient". Par exemple, lorsqu'une PLAINTÉ ABDOMINALE devenait un CANCER ou une APPENDICITE... Ce travail est en cours de réalisation par le Département d'information médicale (DIM)

de la SFMG. Pour des raisons de techniques et de délais nous n'avons pu bénéficier que de résultats intermédiaires difficiles à interpréter. Il faudra donc compléter ce travail dans un second temps.

Une autre limite qui peut nous être opposée est d'avoir créé des démarches cindyniques par RC. En effet, la pratique médicale généraliste actuelle, se fait de plus en plus dans un contexte de poly pathologie. Il est certain qu'à l'avenir les démarches cindyniques devront se penser par profils poly pathologiques. Cependant, dans un premier temps le passage par une réflexion RC par RC semble incontournable. Nous voulions cependant que cette notion soit abordée dans la grille d'élaboration des démarches cindyniques. On la retrouve de façon indirecte et incomplète dans l'item « RC associés », qui prend en compte les autres RC au moment de la consultation et l'item « vulnérabilité » qui considère les facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient. La suite de notre travail bénéficiera des fruits d'une réflexion actuellement sur le sujet de la poly pathologie-poly médication, menée par un autre groupe de la SFMG en lien avec l'Inserm.

Une limite relative vient de l'absence de soumission définitive de notre travail au Comité de mise à jour du Dictionnaire. Ce comité a pour rôle de s'assurer que le DRC® est en accord avec les données actuelles de la science. Il a également pour rôle de faire correspondre le DRC® avec la nomenclature internationale C.I.M.10 et la CISP. Une partie du travail sera présentée en juin, lors de la journée dite du projet triennal et soumise à la prochaine réunion plénière du Comité de mise à jour en septembre prochain.

CONCLUSION

CONCLUSION

Ce travail répond au besoin d'appréhender concrètement le danger lié à l'incertitude diagnostique en médecine générale. En effet, si cette notion d'incertitude inhérente à la pratique de premier recours est implicitement intégrée par les généralistes, sa gestion est à ce jour abordée uniquement dans une approche descriptive des différentes stratégies mises en place par les médecins. La réponse que nous tentons d'apporter est donc celle d'une méthode structurée d'analyse du risque, fruit d'une réflexion collective. Nous l'avons appelée, démarche cindynique. C'est-à-dire la gestion de ce risque, grâce à une méthode d'évaluation des dangers, à partir des théories de riscologie.

Nous nous sommes donc posés la question de savoir s'il était possible de rédiger des démarches cindyniques adaptées aux situations cliniques les plus fréquentes en médecine générale ?

L'objectif était de construire une démarche cindynique, en proposant une définition de la notion de démarche cindynique, en élaborant une méthode de création de ces démarches, en testant la méthode retenue pour une vingtaine de Résultats de consultation et en la validant.

Le travail a été mené de novembre 2013 à mars 2016, par un groupe de huit médecins généralistes et de quatre étudiants faisant leurs thèses. Plusieurs présentations intermédiaires ont été faites lors de réunions plénières de la Société Française de Médecine Générale.

Vingt démarches cindyniques ont été réalisées, donc cinq sont présentées dans cette thèse. L'évaluation des démarches cindyniques auprès de confrères montre un avis favorable quant à la pertinence et l'utilité de notre travail. Ces données encouragent donc à poursuivre la création des démarches cindyniques.

La première suite à donner à ce travail serait donc l'application de ces démarches à tous les RC du DRC®. Compléter chaque RC d'une démarche cindynique permettrait une sécurisation de la consultation de médecine générale.

Une autre piste importante serait de tenir compte de la polypathologie, de plus en plus prégnante en médecine générale. Les recommandations sont actuellement envisagées pathologie par pathologie, ce qui explique en partie leur inadéquation. Un

groupe de réflexion travaille parallèlement sur ce thème à la SFMG, un second sur la notion de diachronie, synchronie et épisode de soin (2). Un premier croisement des résultats est prévu en juin 2016 à Paris. Le but serait de pouvoir envisager des démarches cindyniques pour des profils de patients. Ainsi l'outil intégrerait différents paramètres prenant en compte le patient dans sa globalité.

BIBLIOGRAPHIE

1. WONCA Europe, World Organisation of National Colleges and Academies of General Practitioners/Family Physicians. La Définition Européenne de la Médecine générale – Médecine de Famille 2002. [En ligne]. Consulté le 27 avril 2016.
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf> .
2. Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale : 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint-Cloud : GMSanté ; 2015 : 196 p.
3. Gelly J, Janczewski A. Tolérance à l'incertitude en médecine générale. exercer 2014 ; 112 : 6-7.
4. Fox R. L'incertitude médicale. Paris : L'Harmattan ; 1988 : 202p.
5. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. Sci Soc Santé 2008 ; 26 : 67-91. [En ligne]. Consulté le 27 avril 2016.
<http://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2008-1-page-67.htm>
6. Clément E, Demonque C, Hansen-Love L, et al. Pratique de la philosophie de la philosophie de A à Z. Paris : Hatier ; 1994 : 383p. (p 61)
7. Jouteau D. La notion de risque lié à l'incertitude diagnostique en médecine de premier recours. Thèse de médecine. Université de Poitiers ; 2011 ; 216p.
8. Société Française de Médecine Générale. Dictionnaire des Résultats de Consultation en Médecine Générale Révision 2010 : Documents de Recherche en médecine générale. Paris : SGDL ; 2010 : III-XXI. [En ligne]. Consulté le 27 avril 2016.
http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/1299/fichier_fichier_drcc0d8be67b3.pdf

9. La Société Française de médecine générale : une société savante au service de sa discipline. Rev Prat Med Gen 2002 ; 16 (587) : 1-2. [En ligne]. Consulté le 27 avril 2016.
http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_home/2/fichier_presentation_sfmfg991a6.pdf
10. Braun RN, Danninger H, Landolt-Theus P. Kasugraphie, Benennung der regelmässig häufigen Fälle in der Allgemeinpraxis. Mainz : Verlag-Kirchheim, 1992. [En ligne]. Consulté le 27 avril 2016.
http://gretec.chez-alice.fr/Casugraphie_fichiers/Casugraphie.pdf
11. Rosowsky O. Le « Résultat de Consultation » selon R.N. Braun. Rev Prat Med Gen 1989; 72: 127-31.
12. Rosowsky O, Andral J, Cittée J. Le management des troubles de santé en médecine de ville. Une gestion raisonnée de la scène du danger : structure fine de 49 cas choisis au hasard en médecine libérale. Rapport d'étude. Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France ; 2002.
13. 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 05 mai 2016.
http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/626/fichier_fichier_fichier_etude_polychrome_rapport_final_insermbfbe13853fd9e86.pdf
14. Paris Librairie Larousse et al. Le Petit Larousse. Paris : Larousse ; 2015.
15. Naissance de la cindynique Une science du risque. Le Monde 10 décembre 1987.
16. Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, et al. Les emplois du temps des généralistes. Etudes et résultats 2012 ; 797.

17. Le Breton-Lerouvillois G et al. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2014. Rapport démographique. Conseil national de l'ordre des médecins ; 2015, 272p. [En ligne]. Consulté le 29 avril 2016.
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf
18. Dindinaud R. Démarches cindyniques en médecine générale : proposition d'une méthode pour élaborer une conduite à tenir pour chaque Résultat de consultation du DRC®. Test de faisabilité sur 5 RC. Thèse de médecine. Université de Poitiers ; 2011.
19. Firmin E. Démarches cindyniques en médecine générale : proposition d'une méthode pour élaborer une conduite à tenir pour chaque Résultat de consultation du DRC®. Test de faisabilité sur 5 RC. Thèse de médecine. Université de Poitiers ; 2011.
20. Berthonneau M. Démarches cindyniques en médecine générale : proposition d'une méthode pour élaborer une conduite à tenir pour chaque Résultat de consultation du DRC®. Test de faisabilité sur 5 RC. Thèse de médecine. Université de Poitiers ; 2011.
21. Pince M. Gestion de l'incertitude en médecine générale Etude quantitative en Corrèze. Thèse de médecine. Université de Limoges ; 2013, 71p.
22. Pestiaux D, et al. Raisonnement Clinique et décision médicale. Le Médecin du Québec 2010 ; 45 : 59-63.
23. Coppens M, et al. L'intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « gut feelings ». exercer 2011 ; 95 :16-20.
24. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961;265: 885-92.

ANNEXES

ANNEXE 1**CALCUL DE LA CRITICITE****Pondération de la GRAVITE**

		<i>Préjudice</i>				Gravité	Cotation
		Majeur	Modéré	Mineur	Absent		
<i>Mort</i>	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 2

MAIL ENVOYE AUX MEDECINS INTERROGES

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.

Accepteriez-vous de nous aider à l'évaluer, à partir de deux RC ?

RC 1

RC 2

Voici le lien expliquant le projet et vous permettant de nous répondre :

<http://.....>

Si vous préférez répondre par courrier, Email ou fax, vous trouverez les documents en pièces jointes.

En espérant que vous participerez à ce travail, nous vous en remercions par avance et 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

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 4

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 ?

Menu déroulant par tranches d'âges

Moins de 30 / 30 – 40 / 40 – 50 / 50 et plus

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

Question 3 : Trouvez-vous le travail sur les démarches cindyniques intéressant ?

Cotation de 1 à 9

Question 4 : Préférez-vous la présentation des démarches cindyniques sous forme de tableau ou de texte ?

Tableau ☐

Texte ☐

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

Cotation de 1 à 9

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

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

Cotation de 1 à 9

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

Cotation de 1 à 9

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

Pavés de textes libres

- RC 1 :
- RC 2 :
- En général :

Mot de remerciement sur la dernière page

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

Bienvenue sur le site de la SFMG

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

RESUME

INTRODUCTION : Dans plus de 70% des consultations le médecin de premier recours se trouve face à une incertitude diagnostique. Deux dangers hantent le médecin, celui de faire une erreur diagnostique et celui de passer à côté d'une maladie grave. Le concept de Résultat de consultation (RC) permet, en caractérisant les situations cliniques les plus fréquentes, de maîtriser le premier danger. Notre travail s'est attaché à la gestion du second risque, que nous avons appelé démarche cindynique, en tentant de répondre à la question : est-il possible de rédiger des démarches cindyniques, adaptées aux situations cliniques les plus fréquentes en médecine générale ?

METHODES : Le travail, assuré par un groupe de huit médecins, s'est déroulé en quatre étapes. Nous avons initialement fait une revue de la littérature, puis élaboré une méthode de création des démarches cindyniques. Cette dernière a ensuite été appliquée à 20 RC, puis soumise à validation auprès de 805 médecins généralistes, à l'aide d'une échelle de LIKERT.

RESULTATS : Dans ce travail sont présentées cinq des vingt démarches cindyniques, pour ANGINE, EPAULE (TENOSYNOVITE), HUMEUR DEPRESSIVE, LOMBALGIE et RHINOPHARYNGITE-RHUME. Concernant l'intérêt et l'utilité du concept général de démarche cindynique l'évaluation était de 7,2/9 en moyenne, avec une médiane à 7. Concernant son applicabilité la moyenne était de 6,6 et la médiane à 7. Lors de l'analyse par RC les médianes concernant la pertinence était majoritairement supérieure à 7 et celles concernant leur utilité pratique oscillaient de 5 à 8. Pour le regard global et par RC, le groupe des médecins n'utilisant pas le DRC® a attribué des notes inférieures à celui des utilisateurs réguliers du DRC®.

CONCLUSION : L'avis favorable des confrères, quant à ce premier travail innovant, incite à le poursuivre en l'appliquant à tous les RC. Envisager des démarches cindyniques qui tiendraient compte des poly pathologies sera sans doute une voie à explorer.

MOTS CLES : Médecine générale, incertitude, diagnostic, conduite à tenir, risque, danger, cindynique, résultat de consultation, diagnostic critique, erreur médicale.

SUMMARY

INTRODUCTION: In more than 70 % of consultations, the primary care physician is faced with an uncertainty of diagnosis. Two dangers haunt him, make a malpractice and missing identifying a serious illness. The concept of Result of consultation (RC) controls the first danger by characterizing the most frequent clinical situations. Our study is attached to the management of the second risk, which we called the cindynique approach, by trying to answer the question: is it possible to draft cindynique approaches, adapted to the most frequent clinical situations in general practice?

METHOD: This study, provided by a group of eight doctors, took place in four stages. We initially made a review of the literature, then developed a method of creation of the cindynique approaches. The latter was then applied to 20 RC and validated by 805 general practitioners, by means of a LIKERT scale.

RESULTS: In this study, five of twenty cindynique approaches are presented, for PHARYNGITIS, SHOULDER (TENOSYNOVITE), HUMOR DEPRESSIVE, LUMBAGO and RHINOPHARYNGITE-COLD. Concerning the interest and the utility of the general concept of cindynique the average was 7,2/9, with a median of 7. Concerning applicability, the average of marks was 6,6 and median 7. During the analysis by RC medians concerning relevance were mainly up to 7, and those concerning their practical utility varied between 5 to 8. For global look and by RC, doctors not using DRC® assigned lower rates than the regular users of.

CONCLUSION: With this first innovative study, the favorable opinion of the colleagues encourages following it, applying to all the RC. Envisage cindynique approaches which will take account of poly pathologies will be a way of exploration.

KEYWORDS: General practice, uncertainty, diagnosis, course of action, risk, danger, cindynique, result of consultation, critical diagnosis, malpractice.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



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

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

