Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

Thèse n°

ANNÉE 2016

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 30 juin 2016 à Poitiers
par Monsieur Maxime BERTHONNEAU

Démarches cindyniques en médecine générale

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

Test de faisabilité sur : **ANXIÉTÉ-ANGOISSE, ARTHROSE, INSOMNIE, OTITE MOYENNE et REFLUX-PYROSIS-ŒSOPHAGITE**

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Paul MENU

Membres : Monsieur le Professeur Richard MARÉCHAUD
Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Damien JOUTEAU

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie **(surnombre jusqu'en 08/2016)**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation **(en détachement)**
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie **(jusqu'au 31/10/2015)**
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes **(surnombre jusqu'en 08/2017)**
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

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

Enseignants d'Anglais

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

Professeurs émérites

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

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Toute thèse, ou presque, est accompagnée de ses remerciements. Je ne dérogerai pas à la règle. Il s'agira là sans doute du texte le plus lu de ce document même si j'ai parfois l'espoir (médical) qu'il n'en soit pas ainsi. J'espère que je n'oublierai personne dans ce périlleux exercice, et je m'excuse par avance auprès des malheureux écartés de cette liste, qui ne saurait de toutes façons être exhaustive.

À Monsieur le Professeur Paul Menu,

Après tant d'aventures partagées à travers le monde, vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Veuillez accepter ici le témoignage de toute ma gratitude et de ma sincère considération.

À Messieurs les Professeurs Richard Maréchaud et Marc Paccalin,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail, et pour toute l'attention que vous lui avez prêtée.

Veuillez trouver ici l'expression de tout mon respect.

À Damien Jouteau, mon directeur de thèse,

Merci pour ton accompagnement dans ce travail, qui est le prolongement du tien. Merci pour tes nombreux conseils, ta patience, ton chignon, ainsi que ta complicité dans tous ces moments de travail.

À Olivier Kandel,

Tu es celui qui m'a intégré, à la fois dans le groupe de travail « démarches programmées » devenu « démarches cindynique » de la SFMG, mais aussi dans le métier de médecin généraliste, par ton enseignement quotidien lors de mon stage au cabinet, et par tes réflexions intéressantes, parfois iconoclastes, mais toujours pertinentes.

Merci de m'avoir fait confiance pour mener à bien ce travail. Tu es indéniablement mon Mentor.

Et le reste de l'équipe ***Julie Chouilly****,* ***Pierre Ferru****,* ***Gilles Gabillard****,* ***Christian et Corinne Chaudon****, ceux avec qui j'ai partagé ce travail les désormais Docteurs* ***Edouard Firmin*** *(le Tic des Tic&Tac, avec qui j'espère pouvoir continuer cette aventure professionnelle),* ***Romain Dindinaud et Célia Tarride****.*
Un grand merci pour tous ces moments depuis 2 ans riches en réflexions, émotions, débats et ouverture d'esprit. Que de plaisir d'avoir pu avancer à vos côtés. J'espère que nous pourrons continuer à travailler ensemble au sein de la SFMG.

Aux médecins généralistes ayant eu la gentillesse de participer à l'évaluation de notre travail, merci d'avoir pris le temps de répondre à nos sollicitations.

A mes parents, *bien sûr, et* ***Clément, mon frère*** *(le vrai Docteur Berthonneau),*
Merci pour toute la confiance que vous avez pu me donner, pour m'avoir toujours encouragé même lorsque le chemin vers la réussite se montrait ardu. Vous êtes les lumières qui me guident et ma fierté. Je vous aime.

Héloïse*,*
Chère Docteur Belle-sœur, pour supporter mon frère et pour ta relecture attentive qui n'a pas dû être du gâteau, merci à toi.

Au reste de ma famille,
Vous êtes trop nombreux pour vous citer ici ! Avec cette question récurrente « quand est-ce que tu la soutiens cette thèse ? », bien qu'angoissante, vous m'avez permis de ne jamais dévier de mon objectif final. Vous me rendez fier de mes origines Deux-sévriennes. Merci à vous tous.

Mélou*,*
Qui a aussi goûté aux joies de la relecture, mais surtout pour ton amour, ta présence, ta patience, et pour toute cette belle aventure qui se construit chaque jour à tes côtés, merci à toi. Je t'aime.

***Aux copains d'internat**,*

Doubi, Jérôme (bon courage pour ta future vie de papa !), Seb et Julie G, Nico, Louis et Anaïs, Anne-Flore et Romain, Nadège, Marie D, Apolline, Tristan, Audrey F (bon courage pour ta future vie de maman !), Mathias, Ivan, et tous les autres, merci à vous !

Aux copains de fac,

Aurore, Julie B, Marie C, Adélie, Nunus, Airelle, et tous les autres…

***Aux amis de toujours Pylum, BeuX, Papaouch, Roxane**.*

Vous avez toujours été présents dans les bons moments, mais aussi dans les coups durs. Je n'oublierai pas ça. Merci pour votre soutien et tous ces souvenirs, dont je l'espère encore de nombreux autres à écrire.

Aux médecins du Pôle Santé territorial du Thouarsais,

Spécialement **Marie-Christine Roy**, **Thierry Charpentier, Serge Durivault,** et **Benoît Taillée**, mon médecin traitant actuel, que j'ai eu le plaisir de retrouver lors de mes pérégrinations thouarsaises. Merci pour votre bonne humeur, votre amitié, votre expérience et votre motivation. Merci de m'avoir montré ce que les mots « médecine générale » voulaient dire.

À **l**a mémoire du **Docteur Michel Étienne**, mon premier médecin traitant, qui a été le premier à me donner l'envie de découvrir ce métier.

*Je dédie cette thèse à **mon grand-père Gilles**, parti trop tôt alors que j'étais encore externe. Tu aurais été si fier d'assister à l'aboutissement de ces longues études.*

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS 4

GLOSSAIRE 10

INTRODUCTION 15

1. Généralités 15

1.1. Les soins primaires 16

1.2. L'incertitude diagnostique 17

1.3. Une sémiologie des situations cliniques en médecine générale 18

1.4. Deux écueils 19

1.5. Vers des conduites à tenir pour chaque Résultat de consultation 20

2. Réflexions préalables à la réalisation de l'étude 20

2.1. Clarification de la terminologie, pour utiliser une expression mieux appropriée 21

2.2. Une démarche diagnostique spécifique 23

2.3. La place du premier risque d'erreur diagnostique 23

3. Une particularité en soins primaires : la prise en compte de la polypathologie 25

3.1. Quelques précisions lexicales 25

3.2. La question des données de la science 27

3.3. La question de la iatrogénie 28

3.4. La prise en charge du patient polymorbide 29

3.5. En pratique 31

4. Question de l'étude et objectifs 32

MATÉRIEL ET MÉTHODE 34

1. Organisation de l'étude 34

1.1. Les ressources humaines 34

1.2. Les grandes étapes de l'étude 34

2. Déroulé de l'étude 35

2.1. Reprise des éléments antérieurs à la réflexion 35

2.2. Première tentative de méthode et résultats des tests 36

2.3. Finalisation d'une méthode et organisation du travail 41
2.4. Suivi de la création des vingt premières conduites à tenir 44
2.5. Validation par les experts 44
2.6. Rédaction de la méthode finalisée 45
3. Discussion et perspectives 45
RÉSULTATS 47
1. Réalisation des démarches cindyniques pour cinq RC 47
1.1. Résultat de consultation ANGOISSE – ANXIÉTÉ 47
1.2. Résultat de consultation ARTHROSE 53
1.3. Résultat de consultation INSOMNIE 57
1.4. Résultat de consultation OTITE MOYENNE 61
1.5. Résultat de consultation REFLUX – PYROSIS – ŒSOPHAGITE 65
2. Résultats de l'évaluation des démarches cindyniques 70
2.1. Description de l'échantillon 70
2.2. Évaluation du concept de la démarche cindynique 72
2.3. Influence des caractéristiques de l'échantillon 74
2.4. Analyse des commentaires 77
2.5. Évaluation des démarches cindyniques par RC 79
2.6. Synthèse des analyses pour les cinq Résultats de consultation 90
DISCUSSION 92
1. Un travail novateur 92
1.1. Comparaison aux éléments de la littérature 92
1.2. Originalité du concept de démarche cindynique 94
2. Conception théorique 96
2.1. Constitution du groupe de travail 96
2.2. Construction des grilles 96
3. Construction de grilles appliquées à chaque RC 98
3.1. RC ANGOISSE - ANXIETÉ 98
3.2. RC ARTHROSE 98
3.3. RC INSOMNIE 99
3.4. RC OTITE MOYENNE 99
3.5. RC REFLUX – PYROSIS – ŒSOPHAGITE 99

4. Validation des démarches par enquête 100
4.1. Questionnaire 100
4.2. Échantillon 100
4.3. Résultats généraux 101
4.4. Résultats des évaluations des RC 102
5. Comparaison des travaux et élargissement 104
6. Limites et biais 104
6.1. Biais de recrutement 104
6.2. Faiblesse du nombre de répondants 104
6.3. Absence de validation par le comité de mise à jour du DRC 105
6.4. Absence de taux de révision des RC 105
6.5. Limitation de la démarche à un RC donné 106
6.6. La partie « conduite à tenir de 1ère intention » 106
CONCLUSION 108
BIBLIOGRAPHIE 110
ANNEXES 117
RESUMÉ 126
SUMMARY 127
SERMENT 128
RESUMÉ 129

GLOSSAIRE

CIM 10

10ème révision de la **Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes**, coordonnée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle comporte 21 chapitres, codés par une lettre, sous-divisés en blocs homogènes de catégories à trois caractères (chiffres), eux-mêmes comportant des catégories à quatre caractères. Pour certains chapitres, peut exister un cinquième caractère.

DiC

Les **Diagnostics Critiques** sont des maladies potentiellement graves, qui au cours de leur évolution peuvent se manifester par le RC relevé et que le praticien pourra évoquer pour ne pas faire courir de risque à son patient. Chaque DiC est pondéré par une criticité, produit de la gravité, de l'urgence et de la curabilité.

DRC

Le **Dictionnaire des Résultats de consultation®** regroupe les cas, de fréquence régulière, qu'un médecin généraliste rencontre en moyenne au moins une fois par an.
L'ensemble des 278 Résultats de consultation (RC) représente plus de 95% des situations cliniques prises en charge en médecine de premier recours.
En pratique, un médecin généraliste rencontre chaque RC au moins une fois par an, soit dans environ 1 cas pour 4000 consultations (activité moyenne du médecin généraliste français). Le DRC est disponible sur :
http://www.sfmg.org/theorie_pratique/demarche_diagnostique/nommer_le_tableau_clinique/

DReFC

La **Diffusion des Recommandations Francophones en Consultation de Médecine Générale** est un outil internet mis à la disposition du praticien par la SFMG pour l'aider à prendre ses décisions de manière éclairée, en accédant facilement à une bibliographie en français sur les 278 problèmes de santé du Dictionnaire des Résultats de consultation. Mis à jour en permanence et en accès libre, il est consultable en direct au lien suivant : http://drefc.sfmg.org

OMG

La SFMG a créé **l'Observatoire de la Médecine Générale** en 1993. C'est un réseau de médecins utilisant un dossier médical informatisé structuré avec un thésaurus de diagnostics standardisé : le Dictionnaire des Résultats de consultation (DRC®). Pendant 15 ans (de 1993 à 2009) les investigateurs du réseau ont recueilli les données de leur pratique en temps réel pendant leurs consultations.

RC

Les **Résultats de consultation**, regroupés dans le DRC, permettent au médecin de relever la certitude clinique (le plus haut niveau de preuve) qu'il a en fin de séance, en fonction des éléments en sa possession au moment de la consultation. Le RC décrit le « problème » que le médecin prend en compte (qu'il a à résoudre) pendant la séance (consultation ou visite). Les 278 RC recouvrent 95% des phénomènes pathologiques rencontrés par un praticien généraliste dans son exercice. Il ne doit pas pour autant méconnaitre les 5 % d'affections qu'il observera plus rarement.

SD^{2}RC

Le **Secrétariat du Département du Dictionnaire des Résultats de consultation** centralise les remarques visant à l'amélioration de l'utilisation du DRC.
Il est composé de 7 membres, se réunissant une fois par mois pour discuter des propositions de mises à jour et d'actualisation des définitions des RC.
Ces modifications sont colligées et présentées une fois par an au Comité de Mise à Jour pour discussion et validation.

SFMG

La **Société Française de Médecine Générale** est une société savante fondée en 1973, association Loi de 1901.
Constituée de médecins généralistes, elle compte 598 membres associés et titulaires répartis sur toute la France en juin 2016.
C'est une structure non syndicale œuvrant pour la promotion de la Médecine Générale. La SFMG est membre du Collège de la Médecine Générale.

WONCA

Acronyme signifiant **World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians**, souvent abrégé en World Organization of Family Doctors, la WONCA est l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Modèle de démarche cindynique 39
Tableau 2. Classement des 50 RC les plus fréquents pour l'année 2009 42
Tableau 3. Répartition des 20 RC entre 4 trinômes de travail 43
Tableau 4. Démarche cindynique du RC ANXIÉTÉ - ANGOISSE 50
Tableau 5. Démarche cindynique du RC ARTHROSE 55
Tableau 6. Démarche cindynique du RC INSOMNIE 59
Tableau 7. Démarche cindynique du RC OTITE MOYENNE 63
Tableau 8. Démarche cindynique du RC REFLUX-PYROSIS-ŒSOPHAGITE 67
Tableau 9. Analyse des commentaires généraux des répondants 78
Tableau 10. Réponses à l'évaluation du RC ANXIÉTÉ - ANGOISSE 79
Tableau 11. Réponses à l'évaluation du RC ARTHROSE 81
Tableau 12. Réponses à l'évaluation du RC INSOMNIE 84
Tableau 13. Réponses à l'évaluation du RC OTITE MOYENNE 86
Tableau 14. Réponses à l'évaluation du RC REFLUX–PYROSIS-ŒSOPHAGITE 88

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Représentation du 1er risque diagnostique 24
Figure 2. Répartition des répondants selon l'âge 71
Figure 3. Utilisateurs du DRC parmi les répondants 72
Figure 4. Répartition des réponses sur l'intérêt et l'utilité des démarches cindyniques en médecine générale 73
Figure 5. Répartition des réponses sur l'applicabilité des démarches cindyniques en médecine générale 74
Figure 6. Intérêt des démarches cindyniques corrélée à l'âge des répondants 75
Figure 7. Applicabilité des démarches cindyniques corrélée à l'âge des répondants 75
Figure 8. Intérêt des démarches cindyniques corrélée à l'utilisation du DRC 76
Figure 9. Applicabilité des démarches cindyniques corrélée à l'utilisation du DRC 77
Figure 10. Pertinence du contenu de la démarche cindynique du RC ANXIÉTÉ – ANGOISSE 80
Figure 11. Utilité du contenu de la démarche cindynique du RC ANXIÉTÉ-ANGOISSE 80
Figure 12. Pertinence du contenu de la démarche cindynique du RC ARTHOSE 82
Figure 13. Utilité du contenu de la démarche cindynique du RC ARTHROSE 82
Figure 14. Pertinence du contenu de la démarche cindynique du RC INSOMNIE 85
Figure 15. Utilité du contenu de la démarche cindynique du RC INSOMNIE 85
Figure 16. Pertinence du contenu de la démarche cindynique du RC OTITE MOYENNE 87
Figure 17. Utilité du contenu de la démarche cindynique du RC OTITE MOYENNE 87
Figure 18. Pertinence du contenu de la démarche cindynique du RC REFLUX-PYROSIS-ŒSOPHAGITE 89
Figure 19. Utilité du contenu de la démarche cindynique du RC REFLUX-PYROSIS-ŒSOPHAGITE 89

INTRODUCTION

INTRODUCTION

1. Généralités

Du fait d'une évolution rapide des techniques diagnostiques et thérapeutiques au lendemain de la seconde guerre mondiale, on assiste à 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 et la médecine ambulatoire. Les praticiens de cette dernière 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 section européenne de la *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practionners / Family Physicians*, (WONCA-Europe) définissait la médecine générale en 2002 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].

1.1. Les soins primaires

Ces concepts dessinent l'organisation de la pensée du médecin généraliste et font apparaître que sa démarche médicale est différente, voire opposée à celle de ses confrères du deuxième et troisième recours. En effet, la probabilité d'un risque de complication grave en soins primaires est faible, mais non nulle, alors qu'elle est bien supérieure lorsque le patient est hospitalisé. Le modèle "d'écologie des soins de santé", illustré par le carré de White [3, 4, 5] (Annexe 1), aide à prendre conscience que les démarches du généraliste et de l'hospitalier sont différentes et inversées mais pas opposées. Le médecin hospitalier travaille légitimement sur la quête d'une étiologie, quand le généraliste en reste souvent à une incertitude diagnostique et

fonctionne, tout aussi légitimement, sur un mode probabiliste par fréquence de maladie.

Le médecin généraliste est souvent la première personne du système de soins à rencontrer le patient. Il est contraint d'agir "à un stade précoce et non différencié des maladies" [1]. Or, en soins primaires, l'incidence et la prévalence des pathologies sont faibles et les symptômes ne sont pas toujours synonymes de maladies [6]. La WONCA ajoute que "même si les signes cliniques d'une maladie spécifique sont généralement bien connus, les signes initiaux sont souvent non-spécifiques et communs à de nombreuses maladies" [1].

1.2. L'incertitude diagnostique

Une des grandes caractéristiques de la médecine de premier recours est son intervention à un stade précoce et encore souvent indifférencié des maladies. Le praticien doit, dans un temps court, à la fin de la consultation, aboutir à une conclusion et organiser les soins en conséquence. Cette conclusion, n'est que rarement un diagnostic. En effet, 70% des consultations de médecine générale sont des situations non caractéristiques d'une maladie, le médecin ne pouvant donc certifier un diagnostic prouvé [7]. Il s'agit de l'incertitude du diagnostic.

Au-delà de celle du diagnostic, le vécu de l'incertitude naît très tôt chez l'étudiant en médecine, lorsqu'il se sent dépassé par la quantité de connaissances médicales à intégrer. Il fait l'expérience d'un sentiment d'insuffisance personnelle, renforcée par l'impression d'un contraste entre ses connaissances et celles qu'il attribue à ses maîtres, créant un doute sur sa capacité à exercer la médecine. Ceci ne sera dépassé qu'en constatant que cette incertitude est inévitable dans la pratique médicale, et fait partie des connaissances à acquérir par le futur médecin généraliste [8]. 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 [9], trois degrés d'incertitude :

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

Les niveaux 1 et 3 ont un caractère particulièrement important pour le généraliste dont le champ des connaissances nécessaires à son exercice est potentiellement le plus étendu, sa spécialité n'étant pas limitée à un organe ou à une fonction. Quels que soient ses efforts pour augmenter ses connaissances, il restera celui qui sait "un peu de tout".

Néanmoins, 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" [10]. Cependant, donner de façon trop précoce un diagnostic c'est risquer de nommer de façon erronée les maladies et de ne pas gérer l'incertitude en abaissant sa vigilance. C'est aussi risquer d'attribuer trop rapidement au patient une étiquette de maladie, qui peut s'avérer fausse et être secondairement difficile à retirer [11].

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.

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

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

1.3. Une sémiologie des situations cliniques en médecine générale

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

Il s'agit d'une classification praticienne, conçue par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) en 1985, révisée en 2010, à partir des concepts novateurs de R.N. Braun, médecin généraliste autrichien [12].

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

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

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

1.4. Deux écueils

Bien que la dénomination précise de la situation permette au médecin d'éviter de choisir un diagnostic par défaut (motif de consultation) ou par excès (hypothèse diagnostique), il lui faut tout de même vérifier qu'il ne se soit pas trompé de dénomination, puis vérifier qu'une maladie grave ne corresponde pas au tableau clinique que suggère celle-ci.

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

1.4.1. Le premier danger d'erreur diagnostique

Après avoir choisi le Résultat de consultation correspondant au tableau clinique observé, le praticien devra, dans une préoccupation taxinomique, par des vérifications successives, s'assurer qu'aucun autre RC ne correspond mieux à la situation.
Chaque situation (ou cas) est définie en effet par une configuration unique de critères d'inclusions, mais aussi par une liste de résultats de consultation, appelée « voir aussi », pouvant avoir des analogies de manifestations avec ce cas.

1.4.2. Le deuxième danger d'erreur diagnostique

L'autre danger en fin de consultation, est que le praticien n'évoque pas, une fois la situation dénommée, des diagnostics potentiellement graves, qui au cours de leur évolution pourraient correspondre au tableau clinique décrit par le RC qu'il a choisi. [12].
En effet, le médecin généraliste intervenant au stade indifférencié des maladies, la même symptomatologie peut être révélatrice d'une pathologie bénigne comme d'une pathologie 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 (importance) de chaque danger. D'où l'appellation : Diagnostic étiologique Critique (DiC). Une liste de DiC a été créée pour chacun des 278 RC [13].

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

Dans le prolongement de la réflexion sur la gestion du risque et la création de listes de DiC, il a été proposé de construire une «conduite à tenir» pour chaque RC. Il est en effet utile de conseiller une orientation décisionnelle pour chaque situation clinique, qui soit adaptée à la particularité du premier recours.
Ce travail doit permettre de répondre à la question suivante : **est-il possible de rédiger des conduites à tenir de gestion du risque, adaptées aux situations cliniques les plus fréquentes en médecine générale ?**

2. Réflexions préalables à la réalisation de l'étude

Avant d'étudier la possibilité de réaliser ces conduites à tenir, il a été nécessaire d'approfondir quelques sujets apparus au cours de la réflexion :
Clarifier la terminologie, afin de préciser et de choisir l'expression la plus appropriée entre démarche programmée, démarche décisionnelle, conduite à tenir, *etc*.
Documenter la spécificité de la démarche diagnostique du généraliste par rapport à celle des confrères hospitaliers.
Formaliser la notion du 1er danger d'erreur diagnostique.
Souligner la limite de conduites à tenir centrées sur un RC tandis qu'en pratique le médecin généraliste est confronté à la prise en charge de polypathologies.

Ces quatre sujets ont été traités simultanément par quatre internes lors de travaux de thèse s'inscrivant dans un travail de recherche commun. Ici sera développée la confrontation à la prise en charge polypathologique ; un résumé des sujets traités lors des autres travaux sera également présenté.

2.1. Clarification de la terminologie, pour utiliser une expression mieux appropriée.

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

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

S'est alors posée la question de « démarche programmée » mais encore une fois le terme de programmation est apparu trop dictatorial. En effet notre projet se veut plus une aide à la décision qu'un algorithme fermé. Le terme de « démarche décisionnelle » n'a également pas répondu à nos attentes. Selon le dictionnaire, décider c'est « *résoudre après un examen une chose douteuse et contestée* ». Ce terme ne peut donc correspondre à une démarche en médecine de premier recours. L'incertitude y étant parfois trop importante pour apporter immédiatement une solution.

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

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

Nous nous sommes alors recentrés sur l'enjeu principal de notre travail : le risque lié à l'incertitude diagnostique en médecine de premier recours. Les sciences du risque nous ont apporté le terme de « gestion du risque » [14]. Cependant notre travail porte davantage sur le danger que sur le risque. Le risque est l'éventualité que se réalise

un danger. Même si notre travail se doit d'évaluer le risque cela est fait dans le but d'écarter la menace qui est bien le danger [15].

Est donc ensuite venu le terme de « cindynique ». Du grec *kíndunos*, danger, il regroupe les sciences qui étudient les dangers. Ce néologisme a été introduit lors d'un colloque tenu à la Sorbonne en 1987 [16].

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

Nous pourrions donc retenir comme dénomination de notre travail :

Cindynique de la démarche diagnostique en médecine générale

2.2. Une démarche diagnostique spécifique

Il existe deux démarches diagnostiques, une pour le praticien du soin primaire et une seconde pour les médecins du second et troisième recours, et celles-ci, bien que quasiment inversées dans leurs constructions intellectuelles, sont complémentaires.

La démarche diagnostique de l'hospitalier, grâce à la mobilisation de compétences techniques, va consister à identifier la cause du trouble présenté par le patient. Celle du généraliste, qui est en amont, s'organise prioritairement en fonction des fréquences de maladies et des risques à éviter. Ainsi l'hospitalier travaille légitimement sur un mode de recherche systématique d'étiologie, quand le généraliste fonctionne, tout aussi légitimement, sur un mode probabiliste. On pourrait dire que le généraliste est sensible quand le spécialiste est spécifique. [17, 18]

La connaissance de cette notion par les futurs médecins généralistes et par l'ensemble du corps médical pourrait certainement permettre une meilleure compréhension entre médecine de premier recours et médecine de spécialité

d'organe, chacune reconnaissant la fonction de l'autre, et prenant conscience que les incompréhensions entre ces deux mondes soient issues de démarches médicales nécessairement différentes et complémentaires.

2.3. La place du premier risque d'erreur diagnostique

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

Ces « cas » ou entités nosologiques nommées Résultats de consultation, contrairement à un diagnostic complet, comportent un doute étiologique conscient. Elle permet au médecin de garder l'esprit en éveil et de surveiller l'évolution possible des troubles observés.

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

Mais avant d'élaborer sa démarche décisionnelle, le clinicien doit s'assurer qu'il ne s'est pas trompé de RC. Cette erreur d'étiquetage l'amènerait à échafauder une stratégie de gestion du risque qui ne serait pas adaptée à ce dont souffre son patient. C'est ce qu'on nomme ici le 1er risque (Figure 1).

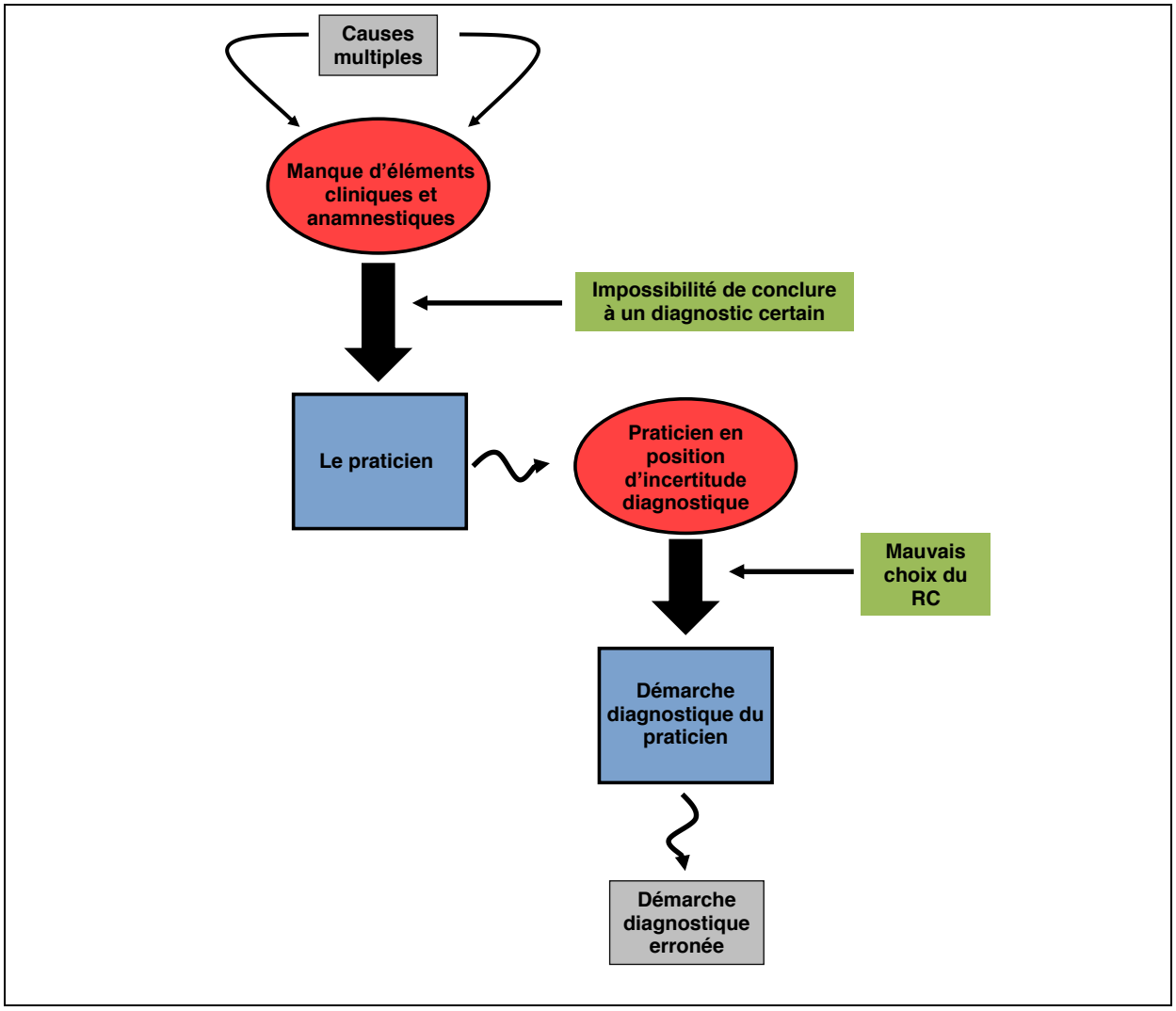


Figure 1. Représentation du 1er risque diagnostique

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

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

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

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

Cependant, cette matérialisation en RC présente un nouveau risque. Effectivement, cette incertitude du diagnostic met le praticien devant une nouvelle source de danger. Il va devoir choisir en fonction de sa plus haute certitude clinique, le RC correspondant à la situation clinique. L'événement redouté ici est celui de ne pas faire le bon choix du RC, ce qui aurait pour conséquence de provoquer une démarche erronée car orientée par un mauvais RC.
Pour éliminer le risque de se « tromper » de RC, de faire un mauvais choix sémiologique qui amènerait le praticien à échafauder une conduite à tenir hasardeuse, chaque Résultat de consultation présente une définition, une position diagnostique, une liste de « Voir aussi » et un argumentaire [19].

3. Une particularité en soins primaires : la prise en compte de la polypathologie

Le médecin généraliste prend en charge des problèmes multiples. Il est appelé à gérer tous les problèmes et demandes concernant la santé de ses patients. Il est de ce fait amené à s'occuper simultanément de maladies aiguës et chroniques.
Envisager de créer des conduites à tenir adaptées à la pratique du généraliste doit donc se confronter à cette réalité qu'est la polypathologie.
En effet, en France un médecin généraliste est amené lors d'une consultation à prendre en charge en moyenne 2,1 problèmes de santé. Ce nombre atteint 4 pour les patients de plus de 60 ans. Ces pathologies deviennent alors très souvent chroniques [20, 21].

3.1. Quelques précisions lexicales

Appréhender la notion de polypathologie nécessite de rappeler la définition d'un ensemble de termes.
Une maladie est une altération de l'état de santé se manifestant par un ensemble de signes et de symptômes perceptibles directement ou non, correspondant à des troubles généraux ou localisés, fonctionnels ou lésionnels, dus à des causes internes ou externes et comportant une évolution [22].

La maladie aiguë désigne une maladie au parcours abrupt, de survenue généralement brutale et de fin rapide.
Elle s'oppose à la maladie chronique qui, selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [23], est une affection de longue durée qui en règle générale, évolue lentement sur plusieurs années. Elle est souvent associée à une invalidité et au risque de complications graves. Le retentissement d'une maladie chronique sur le quotidien d'une personne est considérable et détériore la qualité de vie. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète, *etc.*) sont les premières causes de mortalité dans le monde.
Les progrès de l'hygiène, de la médecine et des technologies, l'amélioration des soins médicaux et des actions de santé publique ont permis un accroissement de la population âgée et donc l'augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques multiples.

La polypathologie, bien qu'étant un néologisme, est définie comme une association d'affections au long cours présentes chez un même individu, nécessitant une prise en charge et un suivi régulier et prolongé. On parle de polypathologie dès qu'un individu cumule au moins deux pathologies [24]. Le nombre d'affections augmente avec l'âge : 4 à 6 maladies coexistent en moyenne et sont source d'incapacité et de dépendance [25].
La gestion de la polypathologie est donc une des caractéristiques de la médecine générale, qu'elle partage avec la gériatrie. Cette particularité est un des éléments de complexité de la discipline. En effet, du fait d'une augmentation ces dernières années du nombre de problèmes à gérer, 40 % des consultations concernent un patient polypathologique chronique [26]. Ainsi la consultation de médecine générale est ressentie par les professionnels comme plus longue, plus difficile et plus complexe [27]. Néanmoins, il est à noter que la polypathologie n'est pas un problème réservé aux âges avancés : elle peut également concerner des patients jeunes. Une étude de 2008 montre que 25 % des pathologies chroniques concernent des patients de moins de 60 ans [26]. Cependant, il est avéré que le nombre de pathologies chroniques par patient augmente avec l'âge.

La comorbidité, quant à elle, est la présence d'un ou de plusieurs troubles associés à une maladie primaire. Elle est aussi définie par le Larousse comme une « *association de deux maladies, psychiques ou physiques, fréquemment observée dans la population, sans causalité établie, contrairement aux complications* ». La notion de comorbidité correspond bien à la polypathologie rencontrée en soins primaires.

La notion de polymorbidité semble actuellement être préférée à celle de polypathologie [28]. Ce terme désigne habituellement la coexistence de plusieurs pathologies et facteurs de risques, le plus souvent chroniques, chez le même individu. La polymorbidité serait en passe de devenir la règle en pratique clinique et ce, aussi bien à l'hôpital qu'en ambulatoire [29]. Plusieurs phénomènes se conjuguent pour expliquer la fréquence croissante de ce problème [30] : certains facteurs de risque sont communs à plusieurs pathologies, certaines affections sont très souvent associées en raison d'un terrain génétique commun, enfin, il convient de ne pas oublier les troubles cognitifs, et la comorbidité psychique, dont la prévalence est élevée.
On voit que les différents mots sont souvent utilisés les uns pour les autres. En ce qui concerne la médecine générale, le terme de polymorbidité est sans doute le plus approprié, car les troubles de santé pris en charge ne sont pas tous des comorbidités et les problèmes pris en compte ne sont pas tous pathologiques (contraception, prévention, *etc.*).

3.2. La question des données de la science

La principale difficulté que rencontre le praticien face à la polymorbidité est la pauvreté des données actuelles de la science sur lesquelles il peut s'appuyer. Depuis toujours, les sciences médicales et la recherche se sont faites dans le paradigme de la maladie unique [31]. Par exemple, la recherche de nouveaux traitements s'attachent à isoler le plus possible la maladie étudiée en restreignant tant que faire se peut le nombre de comorbidités du patient afin d'extraire le maximum de résultats non biaisés par celles-ci, d'augmenter au maximum la validité du protocole de recherche et de bien isoler l'effet du nouveau médicament ou de la

nouvelle prise en charge. Cette validité interne se fait donc aux dépens de la validité externe, autrement dit, de la mise en situation du traitement dans la vie « réelle » [32].

Par conséquent, les données actuelles issues de ces études s'appliquent mal aux patients présentant plusieurs pathologies. Le praticien doit rester très critique en regard de la littérature médicale en raison de ces limites.

Une difficulté supplémentaire pour le praticien est que la plupart des recommandations de bonnes pratiques publiées et mises à jour de manière régulière sont issues de ces recherches et tiennent peu souvent compte de l'association des maladies.

3.3. La question de la iatrogénie

La polymorbidité occupe une place majeure dans l'activité des généralistes et s'accompagne inévitablement de polyprescriptions [33]. En effet, la quantité de médicaments prescrits a un lien direct avec le nombre de pathologies prises en charge. Comme le montre l'étude de Clerc [33], les prescriptions polymédicamenteuses liées aux polypathologies (4 à 6 médicaments en moyenne chez les patients de plus de 65 ans) sont fréquentes, avec une éventualité élevée d'interactions médicamenteuses et de contre-indications. Bien que la iatrogénie potentiellement grave ne dépasse pas 7% des prescriptions, elle représente près de 10 % des hospitalisations [34], avec des conséquences telles que chutes, confusion, troubles digestifs. Il existe des causes principales : la mauvaise observance, l'effet « cocktail » de l'association de médicaments et leur toxicité propre en cas de surdosage.

L'importance des risques impose donc des règles de prescription :

- Évaluation régulière du rapport bénéfice/risque, en particulier pour les médicaments présentant des risques élevés d'effets indésirables (AINS, AVK, corticoïdes, médicaments du système nerveux, *etc.*).
- Limitation du nombre de médicaments après hiérarchisation. Il existe une corrélation positive entre le nombre d'interactions médicamenteuses et la fréquence des effets indésirables [35].

- Surveillance clinique et biologique régulière, en particulier des fonctions hépatique et rénale.
- Vigilance particulière pour les prescriptions issues de différents acteurs de soins, pour limiter le risque de collusion de l'anonymat [36].

La complexité inhérente liée à la polymorbidité a des prolongements dans la prise en charge thérapeutique. La multiplication et le croisement des protocoles thérapeutiques recommandés pour chaque maladie mettent le médecin traitant dans une situation délicate. Il doit apporter au patient le traitement le plus adapté aux données actuelles de la science, tout en ne lui faisant pas perdre de chance en multipliant les médicaments aux risques de contre-indication élevés.

L'association de plusieurs maladies chez un patient peut entraîner un autre type de iatrogénie, celle d'une « surmédicalisation », notamment des investigations. Le médecin généraliste est parfois amené à les prioriser. On parle de prévention quaternaire. On connaît en effet aujourd'hui un glissement de la gestion de la maladie vers une gestion du risque [37]. La multiplication des examens de surveillance due à la juxtaposition de plusieurs maladies et facteurs de risque chez un même patient peut avoir des effets indésirables y compris sur l'observance.

3.4. La prise en charge du patient polymorbide

Pour la prise en charge des polymorbidités, l'application des différentes recommandations pour chaque maladie est source de conflits fréquents entre les différentes prises en charge [38,39]. Il est souvent difficile de juxtaposer les recommandations pour chaque Résultat de consultation relevé dans une même consultation. Un exemple, pour un patient auquel on relève : ARTHROPATHIE, HTA, DIABETE et INSUFFISANCE RENALE au cours d'une même consultation. Selon les recommandations, il est pertinent d'utiliser des anti-inflammatoires non stéroïdiens dans le traitement de la douleur articulaire, mais cela entre en conflit avec les recommandations sur l'hypertension et l'insuffisance rénale.

Sans mettre de côté les recommandations, le médecin doit développer des stratégies spécifiques pour faire face à ce problème. Une méthode consiste en une approche centrée sur le patient, bien que ce cadre conceptuel ne soit pas spécifique aux polymorbidités :

- Explorer autant la maladie (ou les maladies) que l'expérience de la maladie
- Comprendre la personne dans sa globalité
- Trouver un terrain d'entente : établir des priorités, s'entendre sur des buts de traitement, s'entendre sur des rôles
- Intégrer la prévention et la promotion de la santé
- Mettre en valeur la relation médecin-patient
- Rester réaliste et prendre le temps de gérer les problèmes en plusieurs fois.

La notion de « renouvellement d'ordonnance » évoquée par certains médecins est inadaptée, sinon délétère pour la prise en charge des polymorbidités. Il s'agit en effet d'un raisonnement à l'envers, en allant de la décision (le traitement) vers le diagnostic [40]. Lors de ces consultations, il s'agirait plutôt de réévaluation des pathologies en cours. Parler de réévaluation de pathologies c'est, devant chaque patient, reconsidérer chaque pathologie et la nécessité de sa prise en charge en fonction du contexte. Cette approche problème par problème permet une véritable remise en question des prescriptions, améliore l'observance et limite la iatrogénie.
La négociation s'installe entre le "souhaitable" du médecin et le "possible" du patient, pour s'accorder sur un "acceptable" commun. Une approche par problème à prendre en charge, au-delà du simple renouvellement d'ordonnance, permet donc de gérer les risques.
La problématique des polymorbidités, ne peut donc pas être étudiée par la combinaison mathématique des différentes pathologies, tant les possibilités seraient nombreuses. Une piste actuelle est de réfléchir à des recommandations par typologie de patients polymorbides. En partant de l'analyse de 284126 actes de médecins généralistes, une première étude, appelée Polychrome [26], distingue six classes de pathologies représentant 80% des actes. Celles-ci sont organisées autour de la combinaison de plusieurs axes tels que la tranche d'âge, le sexe, la fréquence annuelle de consultation, le nombre de pathologie, le cardiovasculaire, les troubles musculo-squelettiques, la psychiatrie, le respiratoire, la dermatologie, *etc.* Sans être exhaustive, une démarche cindynique adaptée à ces différentes classes pourrait aider le médecin dans la prise de décision, d'autant que certaines d'entre elles représentent un fort risque d'interactions médicamenteuses.

3.5. En pratique

La prise en compte des polymorbidités nécessiterait donc l'élaboration de recommandations, conduites à tenir et autres protocoles adaptés à cette réalité. Cette préoccupation imposerait un décloisonnement des regards où chaque hyperspécialiste de telle ou telle maladie, accepterait un compromis afin d'arriver à établir, dans une approche pluridisciplinaire, des recommandations pour les principales associations de maladies. Il faudra tenir compte des contraintes comme la nécessaire hiérarchisation des problèmes, la non adéquation entre les préoccupations du médecin et celles du patient et des atouts comme le suivi dans le temps, la possibilité de différer, *etc.*

Dans l'immédiat, il faudrait déjà adapter les recommandations par pathologie à la réalité de la médecine en soins primaires. En effet, comme l'illustre parfaitement le Carré de White [3], l'écologie du diabète par exemple n'est pas la même dans un service spécialisé dédié à cette maladie et dans les cabinets de médecine de ville [5]. De manière générale, l'hyperspécialiste, concentré sur une unique pathologie, est tenté de rigidifier les protocoles notamment de surveillance, alors que le médecin généraliste est confronté à leurs difficultés d'application pour le patient et l'ensemble des problèmes médicaux, psychologiques et environnementaux qui lui sont inhérents. Force est de constater que jusqu'à maintenant les sociétés scientifiques de la discipline n'ont pas su proposer des pistes dans ce domaine.

Une réflexion sur la gestion du risque diagnostique pour les 278 situations cliniques (Résultats de consultation) les plus fréquentes en médecine générale serait une première étape avant d'envisager une démarche cindynique pour des typologies de polymorbidité.

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

4. Question de l’étude et objectifs

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

L’objectif principal est de construire une méthode pour élaborer une conduite à tenir pour chaque Résultat de consultation du Dictionnaire des Résultats de consultation.

Les objectifs secondaires sont de proposer une définition de la notion de conduite à tenir, d’élaborer une méthode de création et de valider ces conduites à tenir afin de les généraliser à l’ensemble du dictionnaire des résultats de consultation.

L'objectif opérationnel est la rédaction et la validation de conduites à tenir pour une vingtaine de résultats de consultation au total, dont 5 seront présentés dans cette thèse.

MATÉRIEL & MÉTHODE

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Organisation de l'étude

Pour répondre à l'objectif donné, nous avons constitué une équipe et élaboré une méthode qui s'est déroulée en plusieurs étapes.

1.1. Les ressources humaines

Cette étude s'intègre dans le projet triennal de recherche théorique de la Société Française de Médecine Générale (SFMG), placé sous la responsabilité de son Secrétariat du Département du Dictionnaire des Résultats de consultation (SD²RC), chargé de sa mise à jour. 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.,
- L'ensemble des Sociétaires du projet triennal de la SFMG auquel le projet a été présenté à deux reprises et qui a entériné la fiabilité de la méthode de travail.

1.2. Les grandes étapes de l'étude

Le travail a été mené en 5 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 d'élaboration de conduites à tenir,
- 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,

- Un temps de synthèse et d'adaptation éventuelle de la méthode avant généralisation.

2. Déroulé de l'étude

2.1. Reprise des éléments antérieurs à la réflexion

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

En effet, le médecin de premier recours se trouve dans 70% des cas face à des tableaux cliniques sans certitude diagnostique à l'issue de la consultation [7]. Dans les autres cas, ceux ou le médecin connaît avec certitude le diagnostic (ulcère gastrique, cancer, *etc.*), 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 à partir des travaux de R.N. Braun, permet de caractériser les tableaux cliniques au terme de la consultation et de définir le ou les problème(s) que le praticien estime avoir à résoudre. Par cette nomenclature, l'ensemble des praticiens ont à leur disposition un langage commun [12, 41].

Les 278 tableaux cliniques appelés Résultats de consultation (RC) que contient le Dictionnaire, permettent au médecin d'appréhender l'incertitude diagnostique en se basant sur sa certitude clinique. Chaque RC est pondéré selon 5 « positions diagnostiques » : A: symptôme, B : syndrome, C : tableau de maladie, D : diagnostic certifié et Z : non pathologique, qui précisent le degré d'ouverture diagnostique et donc de vigilance que doit porter le médecin à la situation qui se présente à lui [42].
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 lesquelles une intervention médicale adaptée pourrait éviter, partiellement ou totalement, une évolution péjorative pour le patient [13].

Afin de pondérer les DiC, il y a été rattaché la notion de criticité. La criticité intègre trois paramètres (Annexe 2) :

- 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 [21]. Ces données relevées par 220 médecins concernent plus de 7 millions de consultations et près de 10 millions de Résultats de consultation. Ceci permet de valider la valeur épidémiologique des situations cliniques représentées par les RC et leur hiérarchie statistique.

2.2. Première tentative de méthode et résultats des tests

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

Un groupe de travail constitué de 7 généralistes membres titulaires de la SFMG s'est

mis en place afin d'élaborer une méthode permettant d'écrire pour chaque RC des conduites à tenir adaptées à notre discipline.

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

- Les DiC
- Les complications du RC en cas de position C et D
- La vulnérabilité du patient : âge, antécédents, facteurs de risque, métier, *etc.*
- Les différentes formes cliniques ou tableaux cliniques du RC
- La prégnance du tableau : intensité des symptômes
- Le code suivi ou plutôt la durée d'évolution d'une maladie

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

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

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

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

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

Les rubriques retenues étaient les suivantes :

- **Généralités** sur les causes principales du RC et la démarche générale habituelle :

  C'est la transition entre l'argumentaire et le tableau établissant la démarche programmée. Cette rubrique met en avant le ou les points essentiels du RC.
- **Présentation clinique évocatrice d'un DiC** (dans les critères du RC) :

  Il s'agit de l'association à d'autres items du RC pouvant faire évoquer un DiC.
- **Durée d'évolution** anormale qui ferait évoquer un DiC :

  Cette rubrique comprend la notion de durée naturelle de l'épisode et celle de la récidive. 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 associé au RC en cause au cours lors de la consultation amenant à évoquer un DiC.
- **Contexte épidémiologique**
- **Taux de révision du RC**
- **Complications** : Il s'agit là des complications potentielles du RC et non des DiC.
- **Conduites à tenir en première intention**

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

L'application de la grille pour un des RC les plus courants, PLAINTE ABDOMINALE, est représentée ci-dessous (Tableau 1).

Tableau 1. Modèle de démarche cindynique

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

Sous forme de texte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3. Finalisation d'une méthode et organisation du travail

Suite aux résultats des tests de faisabilité nous avons précisé une méthode et organisation de travail. Le groupe de travail était constitué des 7 médecins du groupe initial et de 4 internes préparant leur thèse. Quatre sous-groupes de trinômes ont été créés, chacun comprenant un interne, un directeur de thèse et un relecteur.
Vingt Résultats de consultation ont été sélectionnés pour être répartis entre les quatre internes. Nous avons retenu les 20 premiers RC parmi la liste des 50 RC les plus fréquents, en nombre d'actes, à partir des données de l'OMG en 2009 (Tableau 2), ceci en veillant à exclure les RC en position Z (non pathologique), dont les démarches cindyniques sont différentes dans l'esprit et afin de rester dans une démarche clinique.

Tableau 2. 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	PLAINTE ABDOMINALE	2758	4.04
15	CONTRACEPTION	2658	3.90
16	TABAGISME	2588	3.80
17	DIARRHEE - NAUSEE - VOMISSEMENT	2512	3.68
18	TOUX	2498	3.66
19	PROCEDURE ADMINISTRATIVE	2479	3.64
20	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	2356	3.45
21	BRONCHITE AIGUË	2333	3.42
22	DIABETE DE TYPE 2	2328	3.41
23	DERMATOSE	2231	3.27
24	INSOMNIE	2191	3.21
25	OTITE MOYENNE	2113	3.10
26	ANXIETE - ANGOISSE	2093	3.07
27	ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	2011	2.95
28	ARTHROSE	1927	2.83
29	ASTHENIE - FATIGUE	1902	2.79
30	ASTHME	1872	2.75
31	CYSTITE - CYSTALGIE	1869	2.74
32	CERVICALGIE	1820	2.67
33	EPAULE (TENOSYNOVITE)	1812	2.66
34	CONTUSION	1790	2.62
35	ECZEMA	1635	2.40
36	SUITE OPERATOIRE	1619	2.37
37	CONSTIPATION	1501	2.20
38	SINUSITE	1481	2.17
39	DEPRESSION	1452	2.13
40	CEPHALEE	1431	2.10
41	SCIATIQUE	1427	2.09
42	VERTIGE - ETAT VERTIGINEUX	1404	2.06
43	EPIGASTRALGIE	1366	2.00
44	HYPOTHYROIDIE	1346	1.97
45	DORSALGIE	1334	1.96
46	CONJONCTIVITE	1329	1.95
47	HUMEUR DEPRESSIVE	1323	1.94
48	NEVRALGIE - NEVRITE	1245	1.83
49	TENOSYNOVITE	1232	1.81
50	ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	1219	1.79

Les 20 RC retenus sont donc les suivants :

- HTA
- RHINOPHARYNGITE – RHUME
- LOMBALGIE
- ARTHROPATHIE
- RÉACTION A SITUATION ÉPROUVANTE
- REFLUX – PYROSIS – ŒSOPHAGITE
- ARTHROSE
- OTITE MOYENNE
- INSOMNIE
- ANXIÉTE – ANGOISSE
- RHINITE
- DÉPRESSION.
- PLAINTE ABDOMINALE.
- ANGOR – INSUFFISANCE CORONARIENNE.
- ÉPAULE (TENOSYNOVITE)
- HUMEUR DÉPRESSIVE.
- ANGINE.
- ASTHME.
- HYPOTHYROÏDIE.
- TOUX.

Ces 20 RC ont été répartis par tirage au sort en 4 paquets de 5 RC, en choisissant alternativement un RC du début et de la fin de la liste. Quelques ajustements ont été opérés pour regrouper des RC proches conceptuellement (Tableau 3).

Tableau 3. Répartition des 20 RC entre les 4 trinômes de travail

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

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

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

Les propositions et avancées du travail étaient d'abord finalisées au sein du trinôme pour être présentées lors des réunions plénières organisées en grand groupe tous les deux mois.
A la suite de chaque réunion un document par RC était rédigé afin d'être adressé aux Groupes des Sociétaires de la SFMG participant à ce projet.

2.5. Validation par les experts

Les 20 démarches cindyniques établies ont été soumises à un groupe de médecins afin d'en évaluer l'intérêt, l'utilité, les limites et l'applicabilité.
Nous avons utilisé la liste de confrères ayant répondu à une enquête sur l'intérêt et l'utilisation du DRC, menée en 2014, par le biais du site Internet de la SFMG. Nous avons scindé cet échantillon de 785 médecins en quatre groupes :

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

Nous avons fait le choix d'envoyer deux RC et leurs démarches cindyniques à chaque médecin. Nous avons fait en sorte que chaque démarche cindynique soit relue par des investigateurs des 4 groupes. Dix sous-groupes de médecins ont été créés pour recevoir un binôme de RC-Cindynique attribué, répartis selon l'ordre alphabétique.

Un questionnaire a été construit, demandant des renseignements sur l'âge des répondants, l'utilisation du DRC, sa fréquence d'utilisation et enfin la préférence de la forme tableau ou texte.
Puis le recueil des réponses s'est fait en fonction de deux axes principaux :

- L'utilité et la pertinence des démarches cindyniques proposées, de manière générale et pour chaque RC. Le but étant ici de valider la pertinence de démarches adaptées au premier recours.

- L’applicabilité de ces démarches cindyniques à l’exercice du praticien, de manière générale et pour chaque RC.

Enfin, les répondants pouvaient émettre des commentaires en texte libre.

Chaque médecin a reçu par mail :

- une explication rapide de notre travail (Annexe 3).
- la définition du RC accompagnée de sa démarche cindynique.
- le lien vers le questionnaire à remplir en ligne, mais aussi en version imprimable (Annexe 4).

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 jusqu’en avril 2016.
Les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel de création de la grille de recueil Google Forms® et retranscrits sur tableur.

2.6. Rédaction de la méthode finalisée

Une réécriture des conduites à tenir a été enfin réalisée à la lumière des relectures collectives. Un historique des débats était colligé dans un unique document texte (format .doc), appelé « main courante ».

3. Discussion et perspectives

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

RÉSULTATS

RÉSULTATS

1. Réalisation des démarches cindyniques pour cinq RC

Pour tenter de répondre à l'objectif principal de notre travail, nous avons appliqué la méthode de création des démarches cindyniques aux 5 Résultats de consultation choisis : ANGOISSE – ANXIÉTÉ, ARTHROSE, INSOMNIE, OTITE MOYENNE et REFLUX – PYROSIS – ŒSOPHAGITE. Dans un souci de clarté, la description du RC précède les démarches cindyniques réalisées.

1.1. Résultat de consultation ANGOISSE – ANXIÉTÉ

1.1.1. Le Résultat de consultation

Définition

++++ SENSATION DE MALAISE PSYCHIQUE
    ++1| tension interne, appréhension
    ++1| sensation d'un danger imprécis, peur de mourir
    ++1| crainte diffuse (inquiétude, attente craintive)
++++ SANS CRITÈRE ÉVOQUANT UN AUTRE RÉSULTAT DE CONSULTATION
++++ NE SURVENANT PAS DANS UNE SITUATION STÉRÉOTYPÉE

+ - malaise physique
    ++1| neurologique (céphalée, paresthésies, algie, tremblements, spasmes)
    ++1| respiratoire (oppression thoracique, dyspnée, tachypnée)
    ++1| cardiaque (palpitations, tachycardie, précordialgie)
    ++1| digestive (nausée, vomissement, épigastralgie, douleur abdominale, diarrhée)
    ++1| neurovégétative (bouffées de chaleur, sueurs, vertiges, sécheresse de bouche, boule dans la gorge)

+ - non reconnue comme telle par le patient
+ - fond permanent d'anxiété quasi quotidien depuis au moins 6 mois
+ - anxiété transitoire
+ - attaque de panique
+ - examen après disparition des symptômes
+ - perturbations du sommeil

+ - récidive

Argumentaire

Dénomination

Recouvre à la fois le trouble anxieux banal, l'anxiété généralisée et l'attaque de panique. Exclut l'agoraphobie et les phobies spécifique ou sociale qui se produisent dans des circonstances particulières.
Pour des manifestations passagères en relation avec un facteur déclenchant, on choisira RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE.

Critères d'inclusion

Le malade décrit un malaise intérieur plus ou moins intense, avec inquiétude, peur, anticipation négative, sensation d'être "sur le qui-vive".
Ce malaise psychique s'accompagne, le plus souvent, d'une symptomatologie physique.
Ces malaises ne surviennent pas dans une situation stéréotypée comme on le voit en particulier dans PHOBIE

Compléments sémiologiques

Ils précisent la durée d'évolution, et la notion de reconnaissance (ou non) par le malade de son anxiété. Deux critères, s'ils sont choisis, entraînent une caractérisation particulière : la notion d'état de panique et la notion de fond continu d'anxiété. Les troubles du sommeil évoqués sont ici le plus souvent une insomnie d'endormissement.

Positions diagnostiques

A : Si seul apparaît le critère d'inclusion : malaise psychique
C : Si association avec malaise physique

Correspondance CIM10

F41.9 Trouble anxieux sans précision
F41.1 Anxiété généralisée
F41.0 Trouble panique (anxiété épisodique paroxystique)

Voir Aussi

Il faudra surtout éliminer les autres troubles psychiques s'accompagnant d'une anxiété : le cas sera alors classé au résultat de consultation correspondant.

ACCÈS ET CRISE
ASTHENIE - FATIGUE
BOUFFÉES DE CHALEUR
CÉPHALÉE
DÉPRESSION
DYSPNÉE
ECZEMA
HTA
HUMEUR DÉPRESSIVE
INSOMNIE
MAL DE GORGE
MALAISE - ÉVANOUISSEMENT
PALPITATION-ÉRÉTHISME CARDIAQUE
PHOBIE
PLAINTE ABDOMINALE
PRÉCORDIALGIE
PRURIT GÉNÉRALISÉ
PSYCHIQUE (TROUBLE)
RÉACTION A SITUATION ÉPROUVANTE
TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE
TIC
TRAC
TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)

Liste des Diagnostics Critiques (DiC)

DiC	Criticité	Fréquence
Embolie pulmonaire	3000	0.06/100
Hyperthyroïdie	270	1.3/100
Hypoglycémie	3000	1.5/100 pat-années (diabétiques)
Infarctus du myocarde	3000	0,216/100
Péricardite	3000	1 à 2/100
Phéochromocytome	630	1/500 000

1.1.2. Démarche cindynique

Etablie à partir des diagnostics critiques, la démarche cindynique pour le RC ANXIÉTÉ – ANGOISSE est présentée ci-dessous, sous forme de tableau puis de texte.

Tableau 4. Démarche cindynique du RC ANXIÉTÉ – ANGOISSE

Généralités sur les causes principales et la démarche générale	Le RC ANXIETE – ANGOISSE se retrouve au 17ème rang des RC relevés en médecine générale. Si la présence de symptômes physiques associés au malaise psychique invite le médecin à rechercher une cause organique, il ne doit pas perdre de vue que l'origine psychogène est de loin la plus fréquente.
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	Devant une angoisse non reconnue comme telle par le patient, il convient d'éliminer les diagnostics critiques. Si l'angoisse est accompagnée de céphalées, troubles digestifs, troubles neurovégétatifs, ou si elle n'est pas reconnue par le patient, il faut éliminer une hypoglycémie. La présence de signes cardio-respiratoires peut faire évoquer une péricardite. L'hyperthyroïdie sera à évoquer devant la présence de signes évocateurs tels que palpitations, tachycardie, diarrhée, ou bouffées de chaleur.
Durée d'évolution anormale qui ferait évoquer un DiC	La survenue soudaine de l'angoisse sans cause retrouvée doit faire rechercher un infarctus du myocarde, une embolie pulmonaire ou une hypoglycémie.
Vulnérabilité **Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de**	Chez un patient ayant eu une pathologie cancéreuse, alité, ayant eu une intervention chirurgicale ou un traumatisme récemment, une embolie pulmonaire peut être évoquée.

survenue du DiC	Une vigilance particulière sera de mise chez le patient à haut risque cardiovasculaire afin de ne pas méconnaitre un infarctus du myocarde.
Impact **Facteurs augmentant les complications d'un DiC sur le patient**	
RC associés au RC en cause amenant à évoquer un DiC	La présence d'un GOITRE doit faire évoquer une hyperthyroïdie.
Contexte épidémiologique	
Taux de révision du RC	Non connue
Complications	La persistance du trouble anxieux peut entrainer une addiction voire une tendance suicidaire, avec une répercussion sociale importante dans tous les cas.
Conduite à tenir de 1ère intention	Elle associe des conseils hygiéno-diététiques, une psychothérapie de soutien et si besoin une psychothérapie structurée, telle que cognitivo-comportementale ou analytique. Les médicaments anxiolytiques pourront éventuellement être proposés de façon transitoire.

Démarche cindynique du RC ANXIETE – ANGOISSE sous forme de texte

Le RC ANXIETE – ANGOISSE se retrouve au 17ème rang des RC relevés en médecine générale.

Si la présence de symptômes physiques associés au malaise psychique invite le médecin à rechercher une cause organique, il ne doit pas perdre de vue que l'origine psychogène est de loin la plus fréquente.

Devant une angoisse non reconnue comme telle par le patient, il convient d'éliminer les diagnostics critiques.

Si l'angoisse est accompagnée de céphalées, troubles digestifs, troubles neurovégétatifs, ou si elle n'est pas reconnue par le patient, il faut éliminer une hypoglycémie.

La présence de signes cardio-respiratoires peut faire évoquer une péricardite.

L'hyperthyroïdie sera à évoquer devant la présence de signes évocateurs tels que palpitations, tachycardie, diarrhée, ou bouffées de chaleur.

La survenue soudaine de l'angoisse sans cause retrouvée doit faire rechercher un infarctus du myocarde, une embolie pulmonaire ou une hypoglycémie.

Chez un patient ayant eu une pathologie cancéreuse, alité, ayant eu une intervention chirurgicale ou un traumatisme récent, une embolie pulmonaire peut être évoquée.
Une vigilance particulière sera de mise chez le patient à haut risque cardiovasculaire afin de ne pas méconnaitre un infarctus du myocarde.
La présence d'un GOITRE doit faire évoquer une hyperthyroïdie.
La persistance du trouble anxieux peut entrainer une addiction voire une tendance suicidaire, avec une répercussion sociale importante dans tous les cas.
La conduite à tenir de 1ère intention associe des conseils hygiéno-diététiques, une psychothérapie de soutien et si besoin une psychothérapie structurée, telle que cognitivo-comportementale ou analytique. Les médicaments anxiolytiques pourront éventuellement être proposés de façon transitoire.

1.1.3. Résumé des débats

Les DiC de ce RC étaient déjà réalisés avant la création de la démarche cindynique.
La liste des DiC ne comporte aucun diagnostic d'ordre psychiatrique. Il est en effet difficile lors d'une consultation d'envisager une pathologie psychiatrique devant un tableau anxieux. En revanche, il est apparu important au SD^2RC de ne pas méconnaitre une pathologie « organique » potentiellement grave qu'un tableau d'angoisses pourrait mimer et dont la prise en charge serait urgente.
Il n'a pas été retrouvé de données épidémiologiques quant à l'apparition des DiC au sein du RC ANXIÉTÉ – ANGOISSE.

1.2. Résultat de consultation ARTHROSE

1.2.1. Le Résultat de consultation

Définition

++++ DOULEUR ARTICULAIRE DE TYPE MÉCANIQUE
++++ LIMITATION DES MOUVEMENTS ARTICULAIRES
++++ ABSENCE DE SIGNE BIOLOGIQUE D'INFLAMMATION
++++ SIGNES D'IMAGERIE D'ARTHROSE (RADIOGRAPHIE, SCANNER, IRM)
    ++1| pincement d'un interligne articulaire
    ++1| ostéophytes

++1| DOIGTS Y COMPRIS RHIZARTHROSE
++1| ÉPAULE(S)
++1| GENOU(X)
++1| HANCHE(S)
++1| RACHIS CERVICAL
++1| RACHIS LOMBAIRE
++1| RACHIS THORACIQUE
++1| AUTRE(S) ARTICULATION(S) (À PRÉCISER EN COMMENTAIRE)

+ - d'origine secondaire (post-traumatique)
+ - déformation, y compris nodosités des doigts
+ - augmentation de volume de l'articulation
+ - exacerbation de la douleur sur fond chronique

Argumentaire

Dénomination

La définition de l'arthrose étant essentiellement radiologique, il serait logiquement possible de retenir ce résultat de consultation pour un patient, ne possédant pas de signes cliniques patents (douleurs, limitation fonctionnelle, *etc.*), mais présentant des signes d'imagerie typiques, parfois de découverte fortuite. Néanmoins, par convention, seule la conjonction de manifestations cliniques et radiologiques permettra de choisir ce RC.

Critères d'inclusion

On ne peut choisir cette définition qu'en présence de signes cliniques (douleur et limitation des mouvements) associés à des signes d'imagerie (radiographie, scanner

ou IRM) typiques d'arthrose. Il peut s'agir d'un pincement articulaire, ou de la présence d'ostéophytes, les autres signes (géodes, hyperdensité sous-chondrale) n'étant pas spécifiques. La présence de signes biologiques d'inflammation (VS élevée, CRP élevée) ne permet pas de rattacher la symptomatologie clinique aux signes radiologiques d'arthrose. Une liste de localisations les plus fréquentes est proposée ; les autres, plus rares, seront notées en commentaire.

Compléments sémiologiques

L'augmentation de volume de l'articulation peut désigner soit un épanchement, soit une augmentation de volume sans épanchement décelable ni cliniquement, ni par ponction articulaire. L'item « déformation » permettra, par exemple, de noter les déformations des doigts mais aussi les nodosités (Héberden et Bouchard).

Positions diagnostiques

C : la conjonction des signes cliniques et radiologiques permet d'utiliser cette position « C », puisque en toute rigueur, seule la vérification anatomique autoriserait l'utilisation de la position D.

Voir aussi

ALGODYSTROPHIE : à choisir devant un tableau clinique évocateur d'arthrose mais sans (ou en attente de) signes radiologiques

GOUTTE : peut coexister dans la même séance, si le médecin ne pense pas que l'arthrose objectivée est à l'origine de la douleur.

DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE : peut coexister dans la même séance, si le médecin ne pense pas que l'arthrose objectivée est à l'origine de la douleur.

OSTÉOPOROSE

ARTHROPATHIE-PÉRIARTHROPATHIE : à choisir devant un tableau clinique évocateur d'arthrose mais sans (ou en attente de) signes radiologiques

ÉPAULE (TENOSYNOVITE) : peut coexister dans la même séance, si le médecin ne pense pas que l'arthrose objectivée est à l'origine de la douleur.

CERVICALGIE : peut coexister dans la même séance, si le médecin ne pense pas que l'arthrose objectivée est à l'origine de la douleur

DORSALGIE : peut coexister dans la même séance, si le médecin ne pense pas que l'arthrose objectivée est à l'origine de la douleur.

LOMBALGIE : peut coexister dans la même séance, si le médecin ne pense pas que l'arthrose objectivée est à l'origine de la douleur.

Liste des Diagnostics Critiques (DiC)

Il n'y a pas de DiC pour ce RC.

1.2.2. Démarche cindynique

Tableau 5. Démarche cindynique du RC ARTHROSE

Généralités sur les causes principales et la démarche générale	L'ARTHROSE est une pathologie qui s'inscrit dans la chronicité et est, à l'heure actuelle des connaissances médicales, irréversible. Les douleurs liées à l'arthrose sont trop souvent négligées dans le cadre des polypathologies et doivent être prise en compte du fait du retentissement important sur la vie quotidienne.
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	
Durée d'évolution anormale qui ferait évoquer un DiC	L'évolution peut se faire par crises aiguës sur fond chronique.
Vulnérabilité **Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC**	
Impact **Facteurs augmentant les complications d'un DiC sur le patient**	
RC associés au RC en cause amenant à évoquer un DiC	
Contexte épidémiologique	
Taux de révision du RC	
Complications	L'ARTHROSE a un retentissement sur l'activité quotidienne du fait de la douleur et/ou de la limitation des mouvements, telle que la marche en cas d'arthrose du membre inférieur, favorise une diminution de l'autonomie et augmente le risque de chute chez la personne âgée. Il y a un retentissement sur l'activité professionnelle chez le sujet ayant un emploi physique.
Conduite à tenir de 1ère intention.	La mise au repos de l'articulation arthrosique associée à des antalgiques au long cours et une rééducation de l'articulation doit être la règle en premier lieu. Possibilité d'associer des AINS mais en tenant compte des risques cardiovasculaires, digestifs et rénaux, ainsi que de l'âge du patient.

Démarche cindynique du RC ARTHROSE sous forme de texte

L'ARTHROSE est une pathologie qui s'inscrit dans la chronicité et est, à l'heure actuelle des connaissances médicales, irréversible.
Les douleurs liées à l'arthrose sont trop souvent négligées dans le cadre des polypathologies et doivent être prise en compte du fait du retentissement important sur la vie quotidienne.
L'évolution peut se faire par crises aiguës sur fond chronique.
L'ARTHROSE a un retentissement sur l'activité quotidienne du fait de la douleur et/ou de la limitation des mouvements, favorise une diminution de l'autonomie et augmente le risque de chute chez la personne âgée.
Il y a un retentissement sur l'activité professionnelle chez le sujet ayant un emploi physique. La mise au repos de l'articulation arthrosique associée à des antalgiques au long cours et une rééducation de l'articulation doit être la règle en premier lieu. Possibilité d'associer des AINS mais en tenant compte des risques cardiovasculaires, digestifs et rénaux, ainsi que de l'âge du patient.

1.2.3. Résumé des débats

L'absence de DiC pour ce RC a considérablement simplifié la réalisation de la démarche cindynique. En effet, le RC étant en position C ou D, le diagnostic est souvent clairement établi. Ainsi, une fois ce RC choisi, l'incertitude diagnostique disparait et la démarche diagnostique du praticien s'arrête. Il peut alors se focaliser sur la prise en charge thérapeutique.
Cette démarche cindynique avait pour but de souligner le caractère irréversible et chronique de cette pathologie et son retentissement sur le patient.

1.3. Résultat de consultation INSOMNIE

1.3.1. Le Résultat de consultation

Définition

++++ PLAINTE DE MAUVAIS SOMMEIL
++++ NON CLASSABLE AILLEURS

++1| ENDORMISSEMENT DIFFICILE
++1| RÉVEILS FRÉQUENTS
++1| RÉVEILS PRÉCOCES
++1| CAUCHEMARS
++1| AUTRE(S) (SENSATION DE SOMMEIL DE MAUVAISE QUALITÉ, *ETC*... À PRÉCISER EN COMMENTAIRE)

+ - au moins 3 fois par semaine depuis 1 mois
+ - occasionnelle
+ - usage d'excitants (café...)
+ - retentissement sur l'activité

Argumentaire

Dénomination

Il s'agit de la prise en compte d'une plainte concernant la qualité et la quantité de sommeil, ne pouvant être incluse dans un autre Résultat de consultation.

Critères d'inclusion

La plainte de mauvais sommeil ne doit pas pouvoir être incluse dans un autre RC.
Il faut choisir au moins l'un des types de plainte.

Compléments sémiologiques

La durée d'évolution peut être indiquée, de même que l'aspect occasionnel (voyage en avion par exemple) de l'insomnie, ainsi que son retentissement éventuel (le malade indique qu'il ne peut pas travailler correctement quand il n'a pas « bien dormi » ou que cette insomnie constitue pour lui une souffrance insupportable).
La mise en évidence d'une cause précise permet une action préventive et un traitement mieux adapté.

Position diagnostique

A

Voir aussi

La liste indique les Résultats de consultation où figure le critère d'inclusion « insomnie ». Il faudra y classer le cas si les éléments cliniques associés l'autorisent.

ANXIÉTÉ - ANGOISSE

DÉPRESSION

HUMEUR DÉPRESSIVE

PSYCHIQUE (TROUBLE)

RÉACTION A SITUATION ÉPROUVANTE

BRONCHOPATHIE – APNÉE DU SOMMEIL : s'il existe des ronflements, il n'y a pas d'insomnie.

SYNDROME MANIACO-DÉPRESSIF

Liste des Diagnostics Critiques

DiC	Criticité	Fréquence
Apnée du sommeil	60	2/100
Dépression	60	8/100
Anxiété	2	30/100

1.3.2. Démarche cindynique

Tableau 6. Démarche cindynique du RC INSOMNIE

Généralités sur les causes principales et la démarche générale.	La plainte d'insomnie est fréquente. Elle a des répercussions humaine, sociale et économique. Si environ un tiers de la population générale manifeste un symptôme d'insomnie, c'est un plainte unique et isolée chez seulement 3.21% de nos patients (statistiques OMG).
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	
Durée d'évolution	Une insomnie persistante au-delà de 6 mois et présente plutôt en deuxième partie de nuit doit faire évoquer une dépression. Une insomnie d'endormissement évoque plutôt une angoisse.
Vulnérabilité **Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC.**	La présence de ronflements, d'un excès de poids ou d'une somnolence diurne doit faire évoquer un syndrome d'apnée du sommeil.
Impact **Facteurs augmentant les complications, les dommages d'un DiC sur le patient.**	
RC associés au RC en cause amenant à évoquer un DiC.	
Contexte épidémiologique	
Taux de révision du RC	
Complications	Une insomnie devenant chronique peut entrainer une dépendance à des médicaments.
Conduite à tenir de 1ère intention	Le traitement non médicamenteux est à privilégier en première intention, par un travail de rééducation de l'hygiène du sommeil, voire par une thérapie cognitivo-comportementale si l'insomnie est chronique. La prescription médicamenteuse doit être la plus prudente possible. Il y a lieu de privilégier les sédatifs légers. En 2ème intention, un hypnotique à demi-vie courte est possible mais seulement sur une courte période, de quelques jours à 2 ou 3 semaines. Il faut informer le patient du risque de dépendance et du risque de syndrome de sevrage à l'arrêt.

Démarche cindynique du RC ISOMNIE sous forme de texte

La plainte d'insomnie est fréquente. Elle a des répercussions humaine, sociale et économique. Si environ un tiers de la population générale manifeste un symptôme d'insomnie, c'est un plainte unique et isolée chez 3,21% de nos patients (Statistiques OMG).
Une insomnie persistante au-delà de 6 mois et présente plutôt en deuxième partie de nuit doit faire évoquer une dépression. Une insomnie d'endormissement évoque plutôt une angoisse.
La présence de ronflements, d'un excès de poids ou d'une somnolence diurne doit faire évoquer un syndrome d'apnée du sommeil.
Une insomnie devenant chronique peut entrainer une dépendance à des médicaments.
Le traitement non médicamenteux est à privilégier en première intention, par un travail de rééducation de l'hygiène du sommeil, voire par une thérapie cognitivo-comportementale si l'insomnie est chronique.
La prescription médicamenteuse doit être la plus prudente possible. Il y a lieu de privilégier les sédatifs légers. En 2ème intention, un hypnotique à demi-vie courte est possible mais seulement sur une courte période, de quelques jours à 2 ou 3 semaines. Il faut informer le patient du risque de dépendance et du risque de syndrome de sevrage à l'arrêt.

1.3.3. Résumé des débats

Les DiC de ce RC ont été créés lors de l'élaboration de la démarche cindynique.
Le DiC Apnée du sommeil a été longuement discuté au sein du groupe de travail. D'aucuns pensaient que cette pathologie n'existait pas, d'autres qu'elle n'avait pas sa place dans le RC INSOMNIE, l'apnée du sommeil n'entraînant pas d'insomnie. Or ce RC est défini par une plainte de mauvais sommeil, qui n'est pas forcément un « non sommeil ».
Pour les DiC Dépression et Anxiété, nous avons abordé la différence entre le 1er risque, celui de se tromper de Résultat de consultation et le 2ème risque, celui de ne pas méconnaitre une pathologie grave sous-jacente (DiC). Cette nuance théorique

importante, est parfois floue en pratique courante dans le temps de la consultation et peut se trouver à la limite de la congruence/pertinence clinique. En effet, certains ont évoqué que le médecin au terme de sa consultation devrait s'orienter plutôt sur le RC DÉPRESSION ou ANXIÉTÉ - ANGOISSE lors d'une plainte d'insomnie d'un patient. Il a été répondu que le patient pouvait au départ simplement évoquer une insomnie. L'insomnie peut donc parfois être le premier signe d'une dépression ou d'une anxiété, non connue du patient, ou inversement en être une cause. Il est alors apparu justifié de le rappeler au médecin dans cette démarche cindynique.

1.4. Résultat de consultation OTITE MOYENNE

1.4.1. Le Résultat de consultation

Définition

++++ TYMPAN(S) MODIFIÉ(S)
++1| rouge vif
++1| rosé ou ambré
++1| mat ou blanchâtre
++1| bombé (partiellement ou totalement)
++1| rétracté
++1| phlycténulaire ou phlycténulo-hémorragique
++1| épaissi
++1| niveaux liquides (ou bulles hydroaériques)
++1| perforation spontanée ou après paracentèse (exclus les traumatismes récents)
++1| autre (à préciser en commentaire)

+ - droite
+ - gauche

+ - fièvre ou sensation de fièvre
+ - otalgie
+ - otorrhée ou otorragie
+ - hypoacousie
+ - résultat d'impédancemétrie

Argumentaire

Dénomination

Ce Résultat de consultation permet d'inclure les principales pathologies infectieuses, aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne. Elle exclut les perforations traumatiques.

Critères d'inclusion

Les divers aspects du tympan modifié par l'infection aiguë ou chronique peuvent être relevés, voire révisés, en fonction de l'évolution de la symptomatologie. A noter que la perforation doit être spontanée ou secondaire à la pratique d'une paracentèse.

Compléments sémiologiques

Ils servent à noter les divers signes locaux ou généraux associés et considérés par le médecin comme secondaires à l'otite sans avoir besoin de recourir à un autre Résultat de consultation. Le critère + - récidive, s'applique aux formes aiguës récidivantes ou aux formes chroniques dont on constate une reprise des symptômes.

Position diagnostique

C

Voir aussi

TYMPAN (PERFORATION TRAUMATIQUE)
CÉRUMEN (BOUCHON DE)
SURDITE
OTALGIE
OTITE EXTERNE
ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
RHINOPHARYNGITE – RHUME
ÉTAT FÉBRILE

Liste des Diagnostics Critiques

DiC	Criticité	Fréquence
Cholestéatome	210	1/10 000 habitants
Tumeur du cavum	300	5 à 2/100 000

1.4.2. Démarche cindynique

Tableau 7. Démarche cindynique du RC OTITE MOYENNE

Généralités sur les causes principales et la démarche générale	L'otite moyenne est une pathologie essentiellement pédiatrique, dont le pic d'incidence se situe à 9 mois. Elle est beaucoup moins fréquente après 6 ans.
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	Une otorrhée peut faire penser à un cholestéatome.
Durée d'évolution anormale qui ferait évoquer un DiC	Une otite moyenne ne guérissant pas dans les délais classiques ou ayant de nombreuses récidives doit faire rechercher un cholestéatome ou une tumeur du cavum.
Vulnérabilité **Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC**	Toute otite séromuqueuse unilatérale chez l'adulte doit faire rechercher une tumeur du cavum.
Impact **Facteurs augmentant les complications d'un DiC sur le patient**	
RC associés au RC en cause amenant à évoquer un DiC	
Contexte épidémiologique	
Taux de révision du RC	
Complications	Les complications sont exceptionnelles. Il s'agit de la méningite bactérienne, la paralysie faciale périphérique, la mastoïdite, la labyrinthite, la thrombophlébite cérébrale et l'abcès du cerveau.
Conduite à tenir de 1ère intention.	Chez l'adulte et les enfants de moins de 2 ans, il est préconisé une antibiothérapie d'emblée. Chez les enfants de plus de 2 ans, l'antibiothérapie sera proposée seulement après un délai de 48 à 72 heures, sauf tableau bruyant. En cas de conjonctivite associée, il sera suspecté une infection à Haemophilus influenzae, l'antibiothérapie recommandée sera alors l'association amoxicilline-acide clavulanique.

Démarche cindynique du RC OTITE MOYENNE sous forme de texte

L'otite moyenne est une pathologie essentiellement pédiatrique, dont le pic d'incidence se situe à 9 mois. Elle est beaucoup moins fréquente après 6 ans.
Une otorrhée peut faire penser à un cholestéatome.
Une otite moyenne ne guérissant pas dans les délais classiques ou ayant de nombreuses récidives doit faire rechercher un cholestéatome ou une tumeur du cavum.
Toute otite séromuqueuse unilatérale chez l'adulte doit faire rechercher une tumeur du cavum.
Les complications sont exceptionnelles. Il s'agit de la méningite bactérienne, la paralysie faciale périphérique, la mastoïdite, la labyrinthite, la thrombophlébite cérébrale et l'abcès du cerveau.
Chez l'adulte et les enfants de moins de 2 ans, il est préconisé une antibiothérapie d'emblée.
Chez les enfants de plus de 2 ans, l'antibiothérapie sera proposée seulement après un délai de 48 à 72 heures, sauf tableau bruyant.
En cas de conjonctivite associée, il sera suspecté une infection à Haemophilus influenzae, l'antibiothérapie recommandée sera alors l'association amoxicilline-acide clavulanique.

1.4.3. Résumé des débats

Les DiC de ce RC ont été créés lors de l'élaboration de la démarche cindynique.
Il nous est paru important de souligner que l'otite moyenne était une pathologie retrouvée essentiellement chez l'enfant et rarement compliquée. Il nous a aussi paru essentiel d'attirer l'attention du médecin devant une otite de l'adulte, plus rare et devant lui faire rechercher un DiC.

1.5. Résultat de consultation REFLUX – PYROSIS – ŒSOPHAGITE

1.5.1. Le Résultat de consultation

Définition

++1| BRÛLURE ÉPIGASTRIQUE REMONTANT VERS LA GORGE (PYROSIS)
++1| RÉGURGITATIONS SANS EFFORT APPARENT (REFLUX)
  ++1| stade 1 : érythémateuse
  ++1| stade 2 : ulcérée
  ++1| OESOPHAGITE CONFIRMÉE PAR LA FIBROSCOPIE
  ++1| stade 3 : sténosée

+ - favorisée(s) par certaines positions (procubitus ou décubitus dorsal)
+ - survenant en période post-prandiale
+ - rejet (surtout pour les nourrissons)
+ - pituite (rejet à jeun au lever, d'un liquide aqueux, surtout pour l'alcoolique)
+ - gêne pharyngée
+ - toux
+ - hoquet, éructation

+ - douleur thoracique postérieure
+ - récidive

Argumentaire

Dénomination

L'expression « reflux gastro-œsophagien » étant communément retenue, le mot « reflux » est placé en premier dans le titre afin de permettre aux utilisateurs de retrouver rapidement la définition. Le terme de pyrosis, du grec *pyros*, caractérise les brûlures dont souffre le patient, occasionnées par le reflux et les régurgitations. L'œsophagite est de plus en plus authentifiée, il a donc été décidé, lors de la mise à jour du dictionnaire, de rajouter œsophagite dans la définition qui s'appelait avant PYROSIS-REFLUX. Jusqu'alors l'œsophagite devait être relevée en DHL.

Critères d'inclusion

Trois entrées possibles dans la définition :

- soit par une douleur épigastrique (le plus souvent à type de brûlure),
- soit par des régurgitations, qui se font sans effort apparent, ce qui les distingue des vomissements
- soit par l'œsophagite, après une fibroscopie.

Compléments sémiologiques

Ils permettent d'enrichir le tableau clinique, d'orienter d'éventuelles explorations ou encore de préciser la cause des douleurs. Le « rejet » est l'extériorisation hors de la bouche des régurgitations. Il est souvent retrouvé chez l'enfant. La pituite est un rejet à jeun au lever, d'un liquide aqueux. Il est souvent retrouvé chez l'alcoolique.

Positions diagnostiques

A pour reflux et pyrosis

D pour œsophagite

Voir aussi

DYSPHAGIE

HERNIE HIATALE

PRÉCORDIALGIE

GASTRITE CHRONIQUE

ULCÈRE DUODÉNAL

ULCÈRE GASTRIQUE

ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE

ÉPIGASTRALGIE

NAUSÉE OU VOMISSEMENT

HERNIE HIATALE : ne peut être affirmée que sur les examens complémentaires. VOMISSEMENT : se fait avec des « efforts » contrairement à la régurgitation. Ni spécifiques, ni pathognomoniques, les signes associés, les infections respiratoires à répétition, les douleurs pseudo-angineuses, l'asthme, seront relevés séparément.

Liste des Diagnostics Critiques

DIC	Criticité	Fréquence
Cancer	300	0,017/100
Origine exogène	90	NC
Psychogène	2	NC
Hernie hiatale	60	20 à 60/100

1.5.2. Démarche Cindynique

Tableau 8. Démarche cindynique du RC REFLUX-PYROSIS-ŒSOPHAGITE

Généralités sur les causes principales et la démarche générale	Un des RC les plus fréquents (21ème selon l'OMG) et en augmentation, le reflux, pathologie essentiellement bénigne, aux complications rares mais graves, touche 10 à 20 % de la population.
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	
Durée d'évolution anormale qui ferait évoquer un DiC	Un reflux chronique ou récidivant doit faire évoquer une complication à type de cancer ou d'œsophagite.
Vulnérabilité **Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC**	Chez un patient alcoolo-tabagique de plus de 50 ans, il faut penser au cancer et envisager une fibroscopie.
Impact **Facteurs augmentant les complications d'un DiC sur le patient**	
RC associés au RC en cause amenant à évoquer un DiC	Le reflux associé à un AMAIGRISSEMENT, APPETIT (PERTE D'), une DYSPHAGIE ou une ANÉMIE doit faire évoquer un cancer.
Contexte épidémiologique	
Taux de révision du RC	
Complications	Les complications du reflux sont plutôt rares et ne sont pas corrélées avec la sévérité des symptômes. Il s'agit de la sténose œsophagienne peptique, de l'endobrachyœsophage (lésion précancéreuse), et du cancer de l'œsophage qui est une complication tardive. Les complications de l'œsophagite au stade sévère sont le saignement digestif et la sténose œsophagienne.
Conduite à tenir de 1ère intention	En premier lieu on conseille des modifications hygiéno-diététiques durables telles que : réduction pondérale, arrêt du tabagisme et de l'alcool, surélévation de la tête du lit,

	respect de l'intervalle de 3 heures entre diner et coucher. Si cela persiste, proposer des antiacides plus ou moins associés à un inhibiteur de la pompe à protons. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire avant la mise en route du traitement avant l'âge de 50 ans, et en l'absence de signes d'alarme (dysphagie, anémie, amaigrissement). En cas d'œsophagite, un traitement par IPP à pleine dose devra être réalisé d'emblée.

Démarche cindynique du RC REFLUX-PYROSIS-ŒSOPHAGITE sous forme de texte

Un des RC les plus fréquents (21ème selon l'OMG) et en augmentation, le reflux, pathologie essentiellement bénigne, aux complications rares mais graves, touche 10 à 20 % de la population.

Un reflux chronique ou récidivant doit faire évoquer une complication à type de cancer ou d'œsophagite.

Chez un patient alcoolo-tabagique de plus de 50 ans, il faut penser au cancer et envisager une fibroscopie.

Le reflux associé à un AMAIGRISSEMENT, APPETIT (PERTE D') une DYSPHAGIE ou une ANÉMIE doit faire évoquer un cancer.

Les complications du reflux sont plutôt rares et ne sont pas corrélées à la sévérité des symptômes. Il s'agit de la sténose œsophagienne peptique, de l'endobrachyœsophage (lésion précancéreuse), et du cancer de l'œsophage qui est une complication tardive. Les complications de l'œsophagite au stade sévère sont le saignement digestif et la sténose œsophagienne.

Concernant le traitement, on conseillera en premier lieu des modifications hygiéno-diététiques durables telles que : réduction pondérale, arrêt du tabagisme et de l'alcool, surélévation de la tête du lit, respect de l'intervalle de 3 heures entre diner et coucher. Si cela persiste, proposer des antiacides plus ou moins associés à un inhibiteur de la pompe à protons.

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire avant la mise en route du traitement avant l'âge de 50 ans, et en l'absence de signes d'alarme (dysphagie, anémie, amaigrissement).

En cas d'œsophagite, un traitement par IPP à pleine dose devra être réalisé d'emblée.

1.5.3. Résumé des débats

Ces DiC ont été créés lors de la réalisation de la démarche cindynique.
La complexité de ce RC était dans le regroupement de deux pathologies au sein d'un même RC, dont l'une est la complication de l'autre. Pour la construction de cette démarche, nous avons essentiellement insisté sur le risque de cancer, qui nous a semblé le plus important.

2. Résultats de l’évaluation des démarches cindyniques

Pour répondre à l’objectif donné, nous avons procédé à l’évaluation des démarches cindyniques par un échantillon de médecins généralistes choisis parmi les médecins français ayant répondu auparavant à une enquête sur l'intérêt et l'utilisation du DRC, menée en 2014, par le biais du site Internet de la SFMG.
Suite à une sollicitation par courrier électronique expliquant notre travail, accompagné de la définition du RC et de sa démarche cindynique, ceux-ci ont dû répondre à un questionnaire en ligne ou en version papier, avec une évaluation par échelle de Likert.

2.1. Description de l’échantillon

785 médecins généralistes ont été sollicités. Pour rappel, 460 étaient adhérents de la SFMG dont 214 utilisateurs du DRC et 246 non utilisateurs du DRC. Parmi les 345 non adhérents de la SFMG, 88 étaient utilisateurs du DRC et 257 ne l’utilisaient pas.

93 médecins ont répondu au questionnaire (83 en ligne, 10 par courrier électronique, voie postale ou fax), soit un taux de réponse de 11,8 %.
Un médecin n’a pas répondu aux questions sous forme d’échelle numérique, mais il a répondu de manière qualitative aux questions ouvertes.

2.1.1. Répartition par âge

Parmi les 93 réponses, la répartition par tranches d’âge était la suivante (Figure 2) :

- 66 avaient 50 ans et plus
- 11 avaient de 40 à 49 ans
- 14 avaient de 30 à 39 ans
- 2 avaient moins de 30 ans
- 1 ne s’est pas prononcé

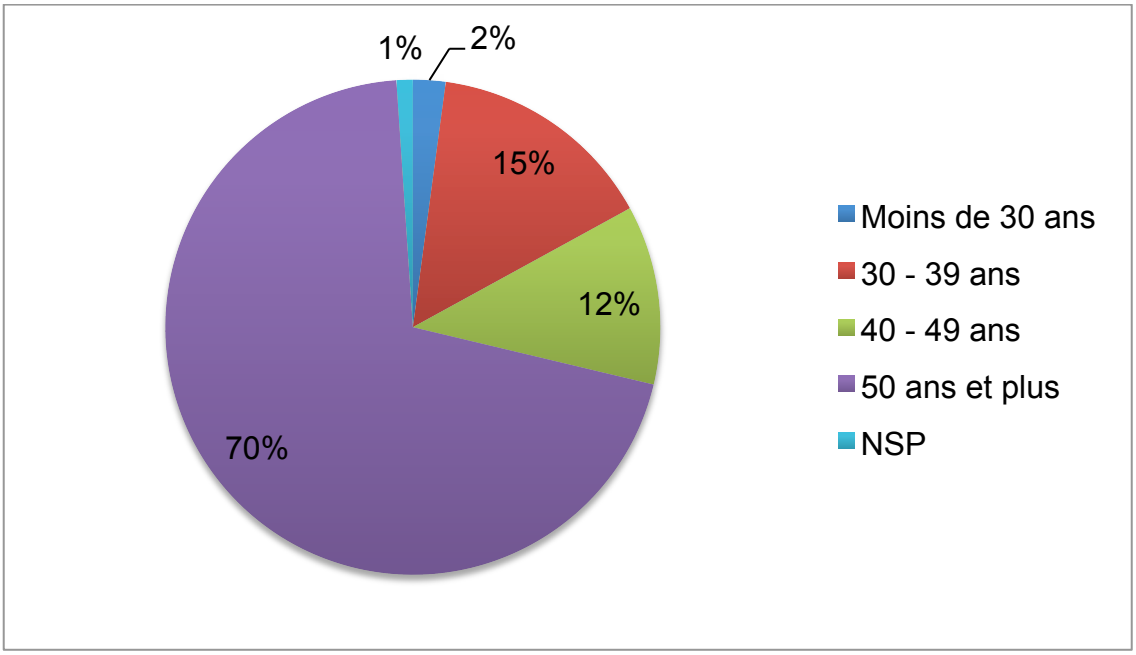


Figure 2. Répartition des répondants selon l'âge.

La majorité des répondants étant âgés de plus de 50 ans, notre échantillon paraît représentatif de la démographie médicale concernant la médecine générale en France ; l'âge moyen des médecins généralistes en 2015 étant de 52 ans selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins [52].

2.1.2. Utilisation du DRC

Parmi les 93 répondants à la question « Utilisez-vous le Dictionnaire des Résultats de consultation ? », trois quarts (n = 69) ont répondu favorablement, et un quart (n = 23) ont déclaré ne pas l'utiliser.

Parmi les 69 utilisateurs du DRC, 41 l'utilisaient à chaque consultation, 19 de temps en temps et 9 l'utilisaient rarement. Deux personnes avaient répondu à cette question malgré la réponse « non » à la précédente (Figure 3).

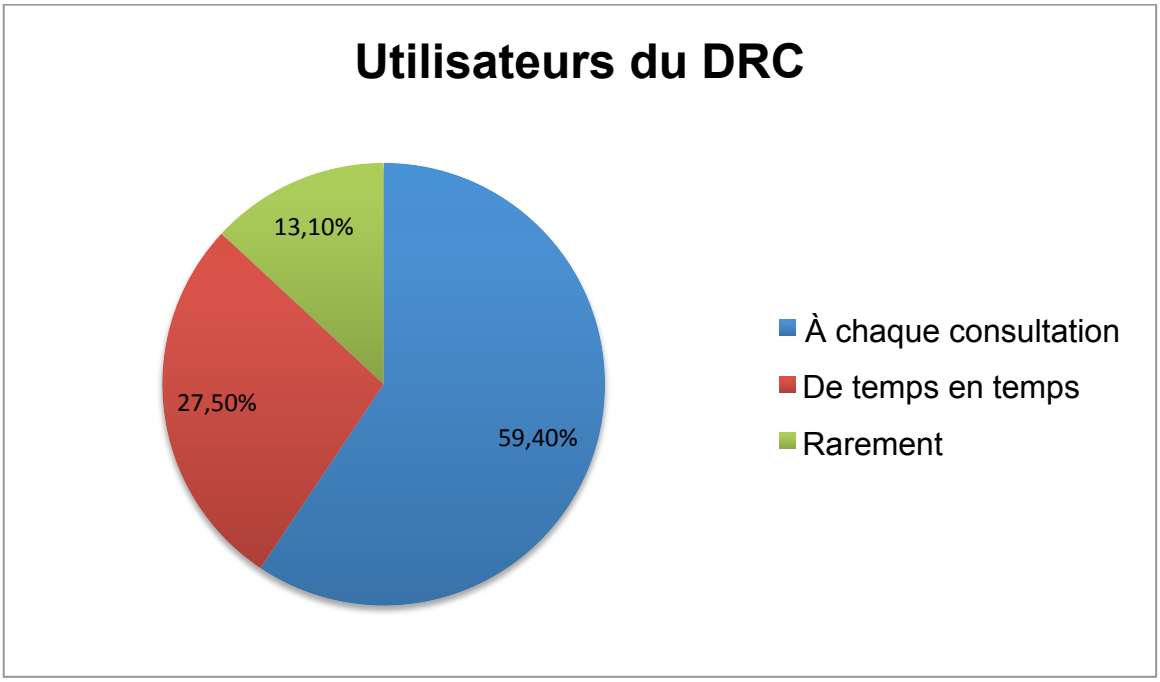


Figure 3. Utilisateurs du DRC parmi les répondants.

2.2. Évaluation du concept de la démarche cindynique

2.2.1. Intérêt et utilité

Parmi les 93 répondants au questionnaire, 92 ont répondu aux questions d'évaluation de l'intérêt et de l'utilité de la démarche cindynique après avoir lu le document expliquant le principe de cette démarche, en donnant une note entre 1 et 9.

À la question « Trouvez-vous qu'un travail sur les démarches cindyniques en médecin générale soit intéressant et utile ? » :

74 % ont donné une note de 7 ou plus, 22,8 % ont donné une note moyenne entre 4 et 6 et 3,2 % ont donné une note de 3 ou moins (Figure 4).

Avec une note moyenne de 7,17 et une note médiane de 7 sur 9, les démarches cindyniques ont semblé être suffisamment intéressantes et utiles à la pratique de la médecine générale selon les répondants.

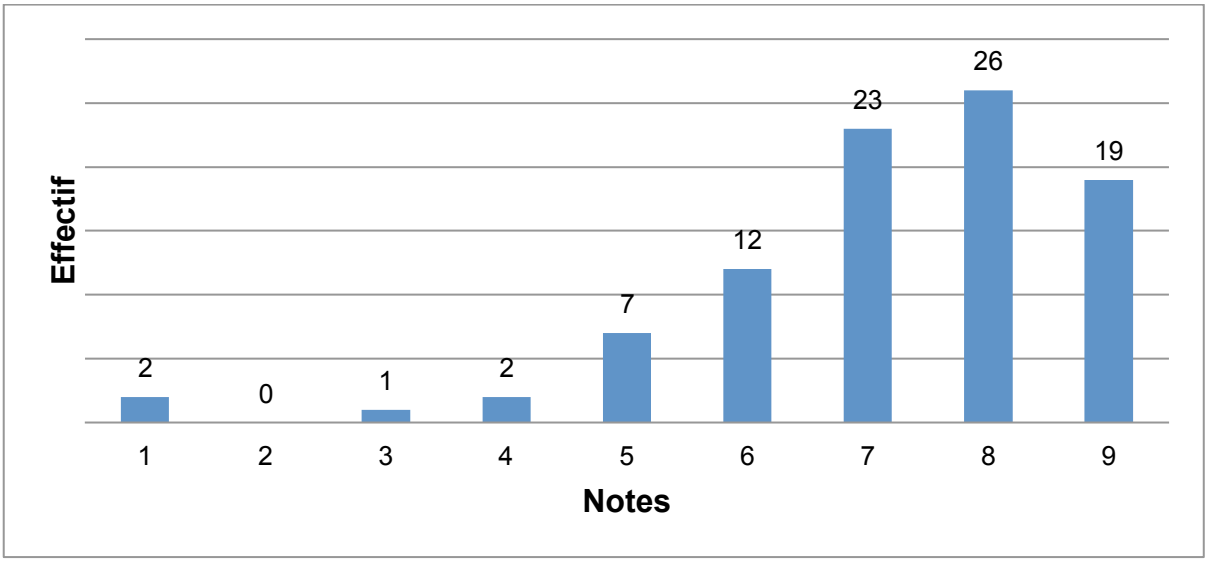


Figure 4. Répartition des réponses sur l'intérêt et l'utilité des démarches cindyniques en médecine générale.

2.2.2. Applicabilité

Parmi les 93 répondants au questionnaire, 91 ont répondu aux questions d'évaluation de l'applicabilité de la démarche cindynique, en donnant une note entre 1 et 9.

A la question « L'outil proposé (aide au clinicien) vous parait-il applicable dans votre pratique courante ? » :

61,5 % ont donné une note de 7 ou plus, 33 % ont donné une note moyenne entre 4 et 6, et 5,5 % ont donné une note de 3 ou moins (Figure 5).

Avec une note moyenne de 6,56 et une note médiane de 7 sur 9, les démarches cindyniques ont semblé applicables à la pratique de la médecine générale selon les répondants.

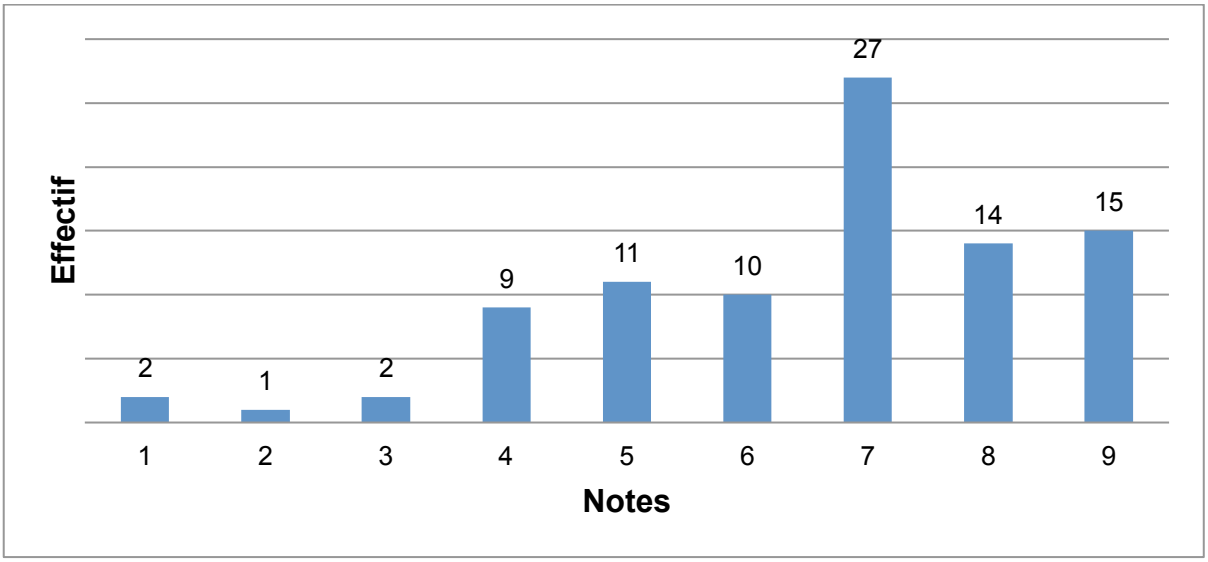


Figure 5. Répartition des réponses sur l'applicabilité des démarches cindyniques en médecine générale.

2.2.3. Format de la présentation

Concernant le format à donner aux différentes démarches cindyniques, 91 répondants sur 93 se sont prononcés : 70 (76,9 %) pour la présentation sous forme de tableau, et 21 (23,1 %) pour la présentation texte. On a donc noté une large préférence pour la forme tableau.

2.3. Influence des caractéristiques de l'échantillon

Nous avons analysé les réponses de l'échantillon en fonction de leur âge et de l'utilisation du DRC par ceux-ci.

2.3.1. Âge

Nous avons pu remarquer lors de l'analyse des résultats que l'âge des médecins interrogés n'avait pas d'influence sur l'intérêt, l'utilité ou l'applicabilité des démarches cindyniques (Figure 6 et Figure 7)

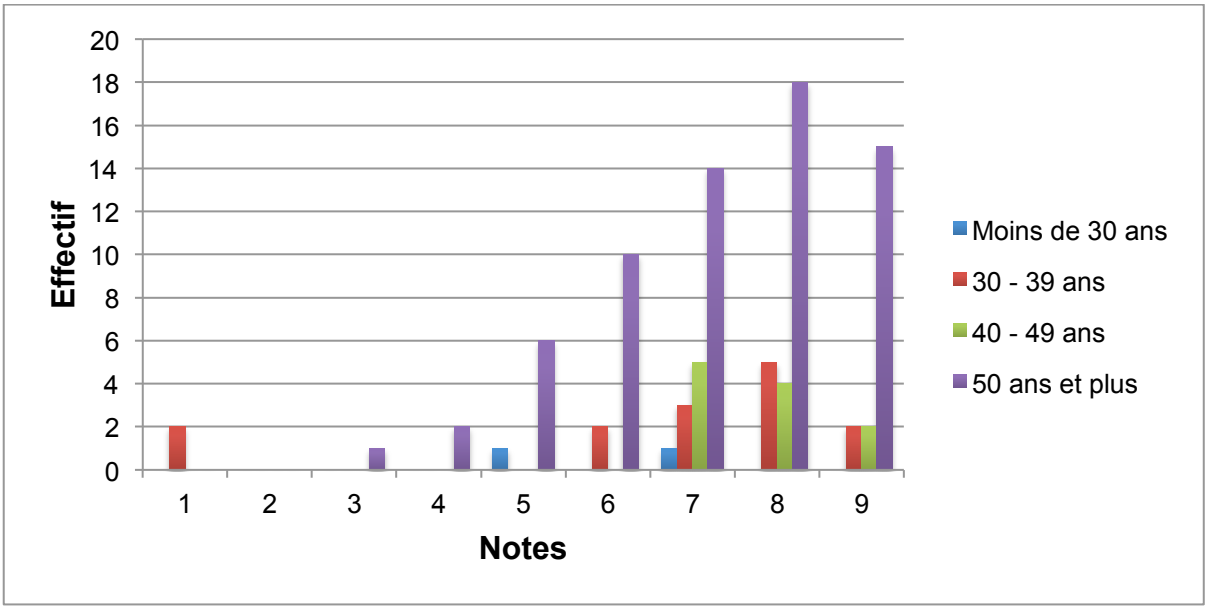


Figure 6. Intérêt des démarches cindyniques corrélée à l'âge des répondants

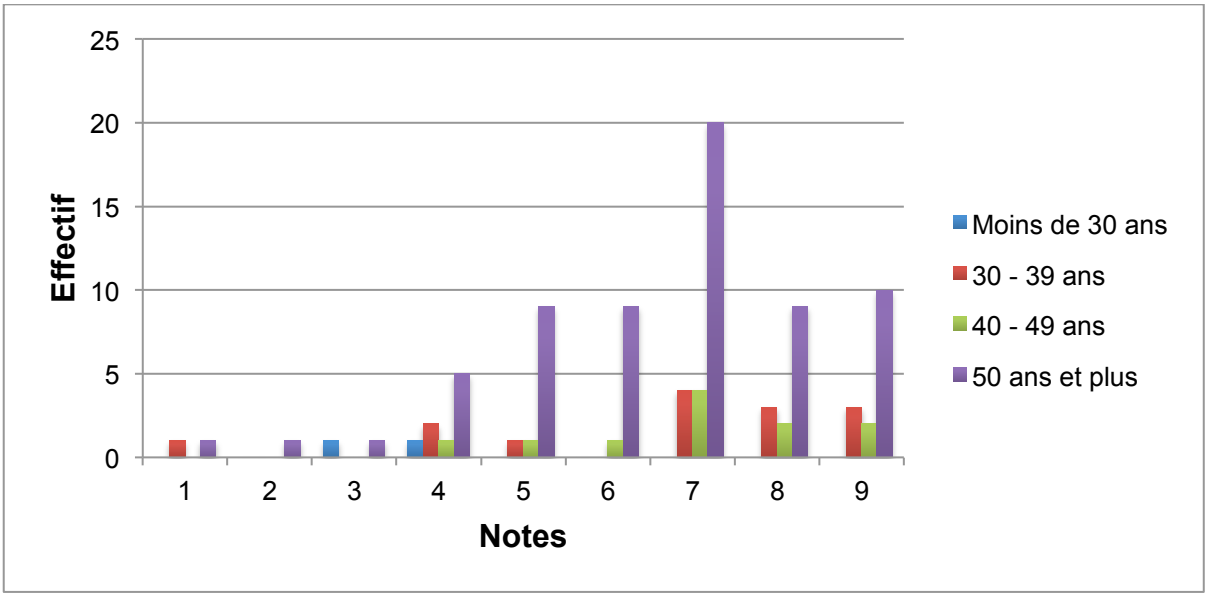


Figure 7. Applicabilité des démarches cindyniques corrélée à l'âge des répondants

2.3.2. Utilisation du DRC

En ce qui concerne l'intérêt porté aux démarches cindyniques, la note moyenne donnée par les utilisateurs du DRC était de 7,4 alors que la note moyenne donnée par ceux qui ne l'utilisent pas était de 5,8.
La note médiane attribuée par les répondants était identique dans les deux groupes soit une note de 7 (Figure 8).

Pour l'applicabilité des démarches cindyniques, la note moyenne donnée par les utilisateurs du DRC était de 6,9, alors que la note moyenne donnée par ceux qui ne l'utilisent pas était de 5,2.
La note médiane attribuée par les utilisateurs du DRC était de 7, tandis que la note médiane attribuée par ceux ne l'utilisant pas était de 5,5 (Figure 9).

Il a donc été retrouvé une différence d'appréciation des démarches cindyniques en fonction de la connaissance de l'outil DRC par les répondants.

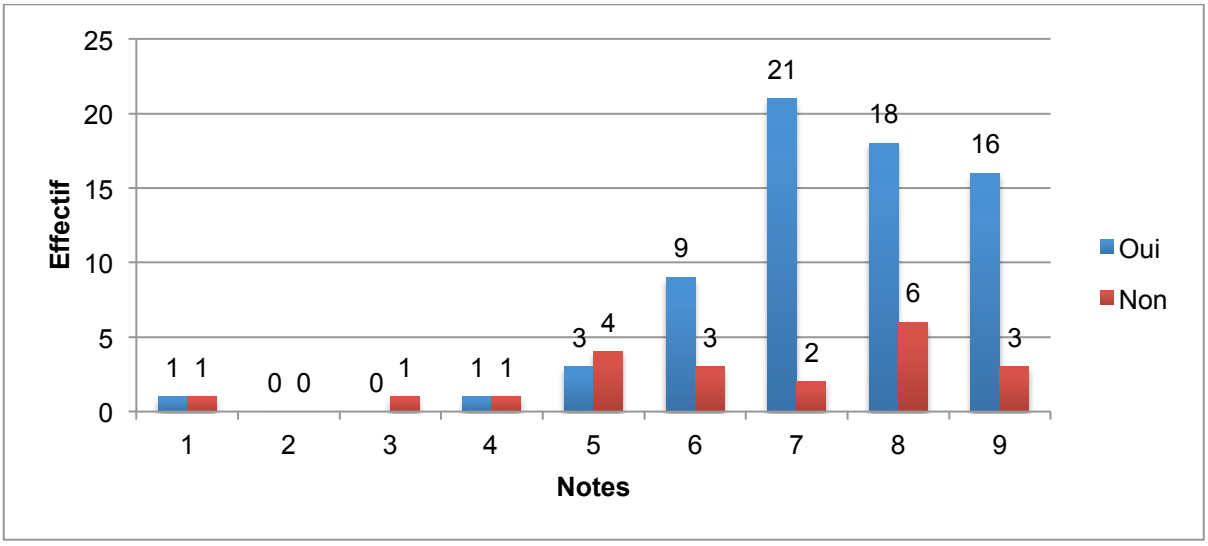


Figure 8. Intérêt des démarches cindyniques corrélée à l'utilisation du DRC

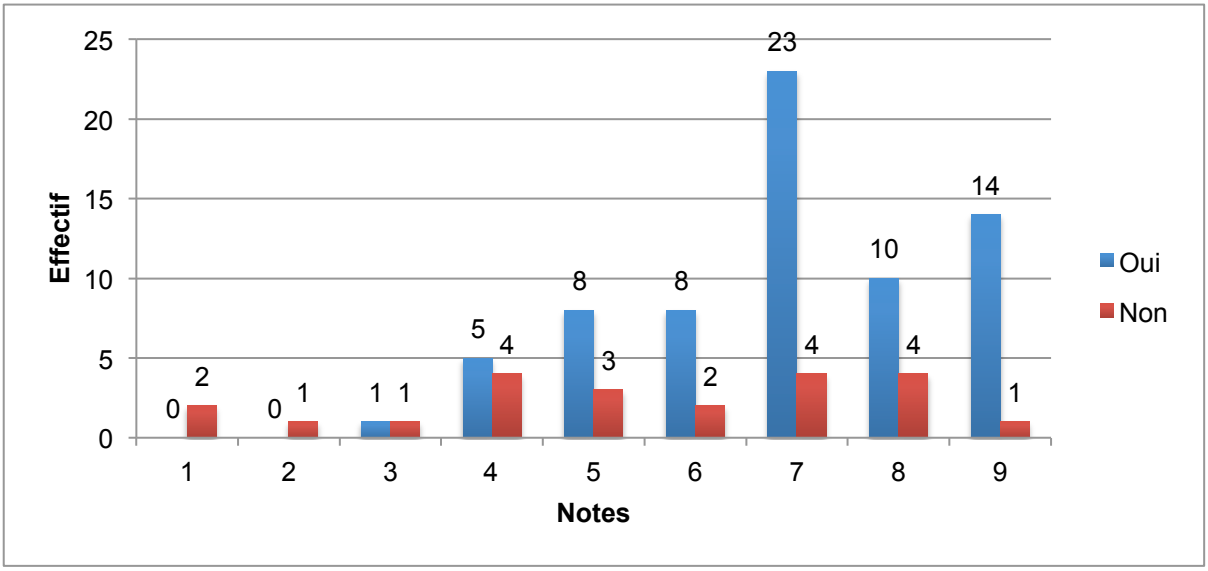


Figure 9. Applicabilité des démarches cindyniques corrélée à l'utilisation du DRC

2.4. Analyse des commentaires

Nous avons ensuite proposé aux répondants de donner leur avis général sur les démarches cindyniques, en texte libre.

Nous avons reçu 42 commentaires sur les 94 répondants, soit un peu moins de 1 répondant sur 2.

Pour une meilleure analyse de ce *verbatim*, nous avons décidé de classer les commentaires en 5 sections : les commentaires positifs, les commentaires négatifs, ceux évoquant des notions techniques, ceux proposant d'intégrer notre travail dans un logiciel médical professionnel, les commentaires sur le contenu et enfin les commentaires sur la forme (Tableau 9).

Nous retrouvons donc une majorité de commentaires positifs (38%), suivi de demandes d'intégration des démarches dans les logiciels médicaux (21%). Les commentaires négatifs représentent 14% de la totalité, et enfin les remarques sur le contenu et la forme représentent environ un quart des commentaires (respectivement 13 et 14%).

Tableau 9. Analyse des commentaires généraux des répondants

Commentaires positifs	**16 commentaires positifs (38%)** *« travail intéressant* » (4 fois), Le côté *« pratique de la démarche cindynique » (3 fois),* « *la démarche cindynique est utile » (2 fois),* *« synthétique » (2 fois),* *« Excellente méthode de travail »,* *« repère les signes d'alerte de gravité et en rappelant les diagnostic différentiels »,* *« aide indispensable ».* Un répondant a transmis les démarches à ses internes.
Commentaires négatifs	**6 commentaires négatifs (14%)** Lourdeur de l'outil informatique *« saturé de clic et de clac… », « j'essaye de consacrer du temps à l'écoute… »,* *« mauvais outil de suivi et d'ajustement thérapeutique mais bon outil diagnostique même s'il manque parfois quelques drapeaux rouges »,* *« ce type d'outil formel, tout en étant utile en permettant de formaliser une démarche, ne peut être utilisé "au chevet du malade"»,* *« trop complet, à simplifier »,* *« lisibilité à améliorer ».*
Notions techniques, demande d'intégration dans les logiciels médicaux	**9 commentaires (21%)** 7 répondants demandent l'intégration dans les logiciels médicaux par exemple : *« utilisables si [les démarches sont] intégrées dans Médistory 4 »,* *« à intégrer dans le logiciel métier »,* *« à quand une version MacOS X ? ».* D'autres proposent des améliorations techniques : *« Ajouter un lien vers le Drefc quand cela est utile* », « Avoir des cases à cocher menant au DiC ».
Le contenu des démarches cindyniques	**5 commentaires (13%)** Remarques sur les dénominations même du DRC et sa présentation : *« il me manque les localisations en TITRE…».* Un répondant pense que ce travail a plus d'intérêt sur les RC persistants (1 commentaire), d'autres pensent que *« la démarche cindynique est plus adaptée pour certains RC… ».* Un répondant se pose la question des sources bibliographiques des démarches. Un autre previent de faire « *attention de ne pas tomber dans une trop grande généralisation et oublier de s'adapter à chaque cas* ».

La forme des démarches cindyniques	**6 commentaires (14%)** 2 commentaires montrent une préférence pour la forme tableau. Un souhaitait garder les deux formes. Un répondant proposait des démarches sous forme d'algorithme. Un répondant explique que « *la présentation tableau est illogiquement moins claire que la forme texte* » à ses yeux.

2.5. Évaluation des démarches cindyniques par RC

2.5.1. ANXIÉTÉ – ANGOISSE

Le questionnaire concernant le RC ANXIÉTÉ – ANGOISSE a été envoyé à 76 médecins généralistes. Il y a eu six répondants, dont un ne s'est pas prononcé, soit un taux de réponse de 7,9 %.
66% avaient 50 ans ou plus et 66 % utilisaient le DRC.
Les caractéristiques des répondants sont reprises dans le Tableau 10.

Tableau 10. Réponses à l'évaluation du RC ANXIÉTÉ - ANGOISSE

	Âge	**Utilisation du DRC**	**Démarche pertinente (1 à 9)**	**Démarche utile (1 à 9)**
1	Entre 30 et 39 ans	À chaque consultation	9	9
2	50 ans et plus	À chaque consultation	9	9
3	50 ans et plus	À chaque consultation	7	7
4	50 ans et plus	À chaque consultation	5	4
5	50 ans et plus	Non	7	5
6	NSP	NSP	NSP	NSP

Pertinence :
À la question « Trouvez-vous le contenu de cette démarche pertinent ? », quatre médecins ont donné une note entre 7 et 9, et un a répondu 3 (Figure 10).
La note moyenne était de 7,2, la médiane des notes était de 8.

Les répondants ont donc trouvé le contenu de la démarche cindynique pour ce RC pertinente.

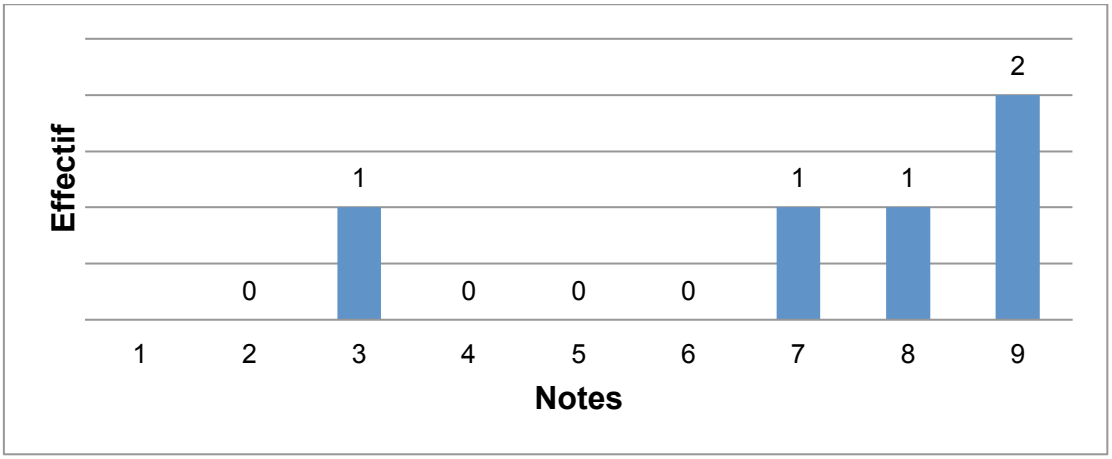


Figure 10. Pertinence du contenu de la démarche cindynique pour le RC ANXIÉTÉ - ANGOISSE

Utilité :

À la question « Au cours d'une consultation dans laquelle vous avez rencontré ce cas clinique, cette démarche vous aurait-elle été utile ? », quatre médecins ont donné une note entre 7 et 9, et un a répondu 2 (Figure 11).

La note moyenne était de 6,6, la médiane des notes était de 7.

Les répondants ont donc trouvé le contenu de la démarche cindynique pour ce RC plutôt utile.

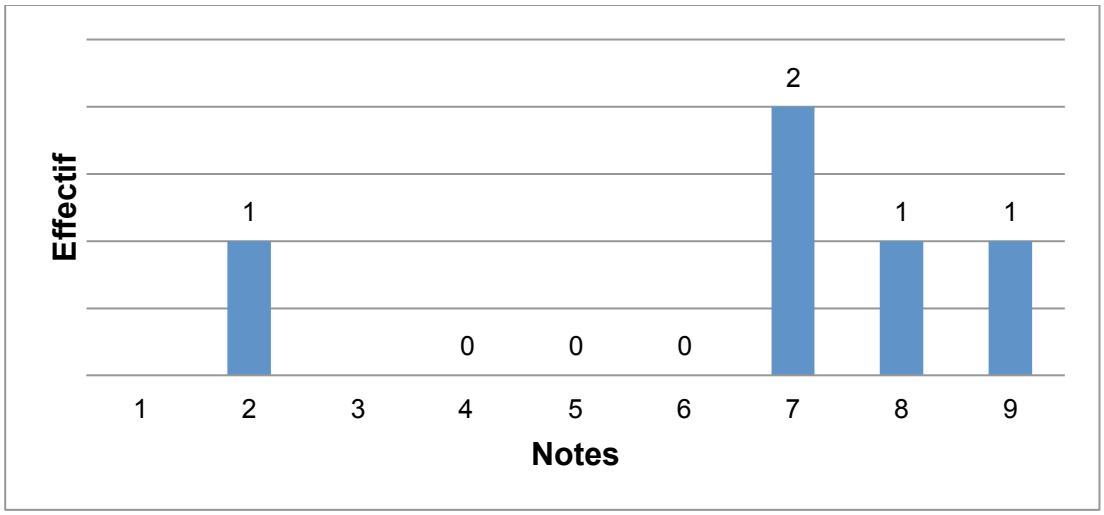


Figure 11. Utilité de la démarche cindynique pour le RC ANGOISSE – ANXIÉTÉ

Pour ce RC, il n'y a pas eu de remarques ni de commentaires de la part des répondants.

2.5.2. ARTHROSE

Le questionnaire concernant le RC ARTHROSE a été envoyé à 78 médecins généralistes. Il y a eu douze répondants, soit un taux de réponse de 15,4 %.
83 % avaient 50 ans ou plus, et 83 % utilisaient le DRC.
Les caractéristiques des répondants sont reprises dans le tableau 11.

Tableau 11 : Réponses à l'évaluation du RC ARTHROSE

	Âge	Utilisation du DRC	Démarche pertinente (1 à 9)	Démarche utile (1 à 9)
1	50 ans et plus	À chaque consultation	9	9
2	50 ans et plus	À chaque consultation	9	9
3	50 ans et plus	À chaque consultation	7	7
4	50 ans et plus	À chaque consultation	6	5
5	50 ans et plus	À chaque consultation	5	5
6	50 ans et plus	À chaque consultation	5	4
7	50 ans et plus	De temps en temps	6	9
8	50 ans et plus	De temps en temps	6	7
9	50 ans et plus	Rarement	7	6
10	Entre 30 et 39 ans	À chaque consultation	7	5
11	Entre 30 et 39 ans	Non	8	7
12	50 ans et plus	Non	9	8

Pertinence :

À la question « Trouvez-vous le contenu de cette démarche pertinent ? », dix médecins ont donné une note entre 7 et 9 et deux ont répondu 6 (Figure 12).
La note moyenne était de 8, la médiane des notes était de 8. Les répondants ont donc trouvé le contenu de la démarche cindynique pour ce RC très pertinente.

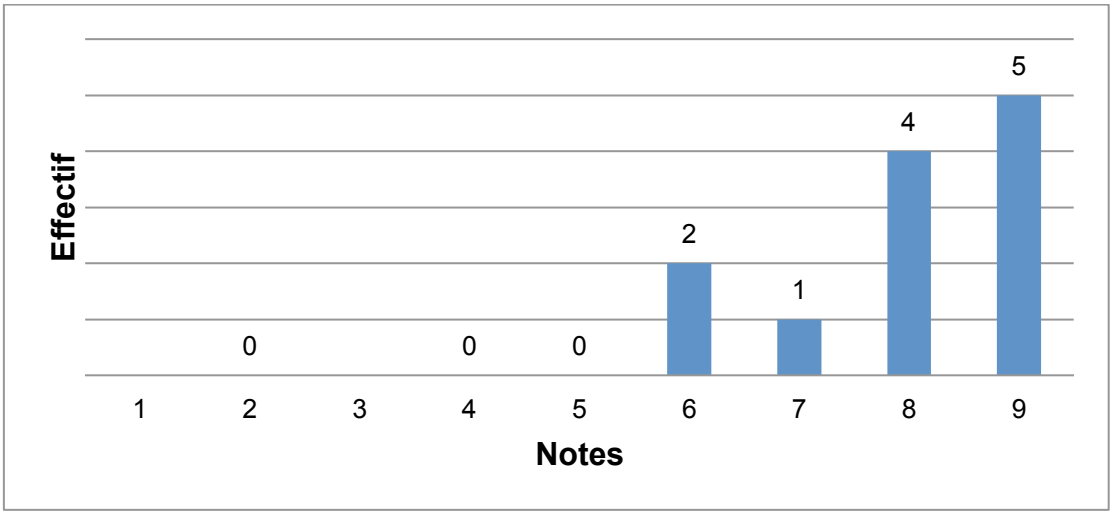


Figure 12. Pertinence du contenu de la démarche cindynique pour le RC ARTHROSE

Utilité :

À la question « Au cours d'une consultation dans laquelle vous avez rencontré ce cas clinique, cette démarche vous aurait-elle été utile ? », neuf médecins ont donné une note entre 7 et 9, et trois d'entre eux une note entre 4 et 6 (Figure 13).

La note moyenne était de 6,75, la médiane des notes était de 7,5. Les répondants ont donc trouvé le contenu de la démarche cindynique pour ce RC utile.

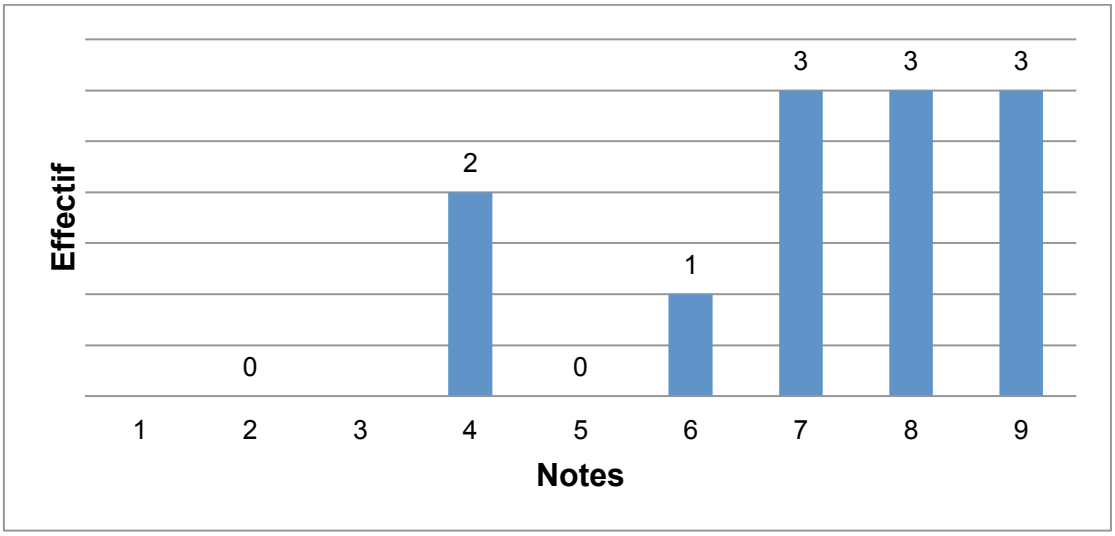


Figure 13. Utilité de la démarche cindynique pour le RC ARTHROSE

Pour ce RC, il y a eu trois commentaires :

1. *« Il manque les localisations, le RC doit dire par exemple “arthrose genou gauche“ ou “arthrose genou droit“ car la recherche dans le dossier n'est pas la même. Les épisodes répétitifs d'arthrose du genou gauche n'ont pas la même portée qu’un épisode d’arthrose du genou gauche puis droite puis de cheville gauche* etc.*»*
2. *« Certes, le raisonnement est logique, mais un peu scolaire. En fait, il décrit "autrement" une démarche que l'on fait plus ou moins inconsciemment et de façon automatique, en cherchant ce que l'on appelait les diagnostics différentiels, les facteurs de gravité.... pour aboutir à un faisceau d'arguments permettant de ne pas méconnaître une pathologie plus grave. »*
3. *« Trop d’items, on ne peut faire une démarche aussi poussée pour tous les cas surtout si le diagnostic s’impose de façon évidente. Ces questions on ne se les pose peut être pas assez, certes, mais le temps manque ! »*

2.5.3. INSOMNIE

Le questionnaire concernant le RC INSOMNIE a été envoyé à 78 médecins généralistes. Il y a eu onze répondants, soit un taux de 14,1 %, mais un n’a pas répondu à la deuxième question.
64 % avaient 50 ans ou plus, et 64 % utilisaient le DRC.
Les caractéristiques des répondants sont reprises dans le Tableau 12.

Tableau 12. Réponses à l'évaluation du RC INSOMNIE

	Âge	Utilisation du DRC	Démarche pertinente (1 à 9)	Démarche utile (1 à 9)
1	50 ans et plus	À chaque consultation	8	8
2	50 ans et plus	À chaque consultation	8	6
3	50 ans et plus	De temps en temps	7	7
4	50 ans et plus	De temps en temps	6	7
5	Entre 30 et 39 ans	À chaque consultation	8	8
6	Entre 30 et 39 ans	De temps en temps	1	9
7	Entre 30 et 39 ans	Rarement	7	7
8	Entre 30 et 39 ans	Non	6	4
9	50 ans et plus	Non	6	6
10	50 ans et plus	Non	5	2
11	50 ans et pus	Non	8	NSP

Pertinence :

À la question « Trouvez-vous le contenu de cette démarche pertinent ? », huit médecins ont donné une note entre 7 et 9, et trois une note entre 4 et 6 (Figure 14). La note moyenne était de 7,5, la médiane des notes était de 8. Les répondants ont donc trouvé le contenu de la démarche cindynique pour ce RC très pertinente.

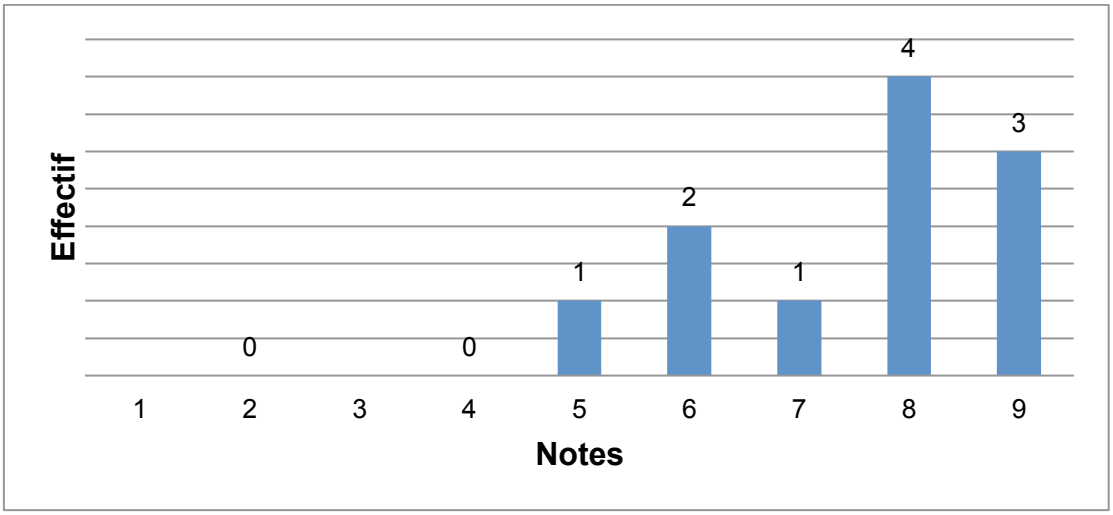


Figure 14. Pertinence du contenu de la démarche cindynique pour le RC INSOMNIE

Utilité :

À la question « Au cours d'une consultation dans laquelle vous avez rencontré ce cas clinique, cette démarche vous aurait-elle été utile ? », six médecins ont donné une note entre 7 et 9, et quatre une note entre 4 et 6 (Figure 15).

La moyenne était de 6,6 et une médiane des notes à 7. Les répondants ont donc trouvé le contenu de la démarche cindynique pour ce RC utile.

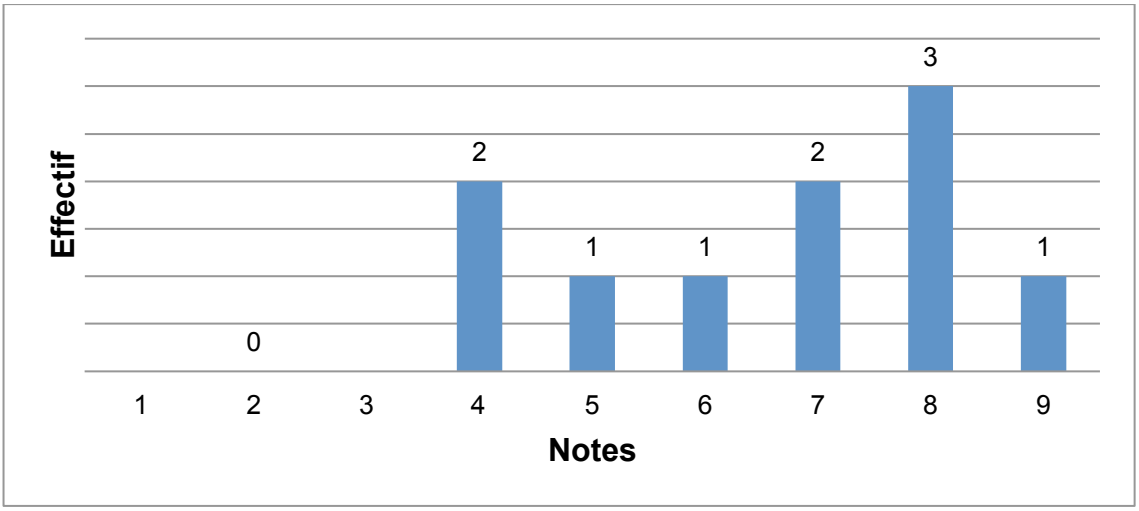


Figure 15. Utilité de la démarche cindynique pour le RC INSOMNIE

Pour ce RC, il y a eu trois commentaires :

1. *« Trop complet, à simplifier et à intégrer dans le logiciel métier, une fiche papier part à la poubelle, pas de trace dans le dossier (zéro papier dans mon cabinet) »*
2. *« J'en suis satisfait. »*
3. *« Plus facile à manier et mémoriser »*

2.5.4. OTITE MOYENNE

Le questionnaire concernant le RC OTITE MOYENNE a été envoyé à 78 médecins généralistes. Il y a eu cinq répondants, soit un taux de 6,4 % mais un n'a pas répondu à la deuxième question.
100 % avaient 50 ans ou plus, et 60 % utilisaient le DRC.
Les caractéristiques des répondants sont reprises dans le Tableau 13.

Tableau 13. Réponses à l'évaluation du RC OTITE MOYENNE

	Âge	Utilisation du DRC	Démarche pertinente (1 à 9)	Démarche utile (1 à 9)
1	50 ans et plus	À chaque consultation	9	7
2	50 ans et plus	De temps en temps	8	7
3	50 ans et plus	Rarement	7	7
4	50 ans et plus	Non	8	8
5	50 ans et plus	Non	8	7

Pertinence :
À la question « Trouvez-vous le contenu de cette démarche pertinent ? », les cinq médecins répondants ont donné une notre entre 7 et 9 (Figure 16).
La note moyenne était de 7,8, la médiane des notes était de 8. Les répondants ont donc trouvé le contenu de la démarche cindynique pour ce RC très pertinente.

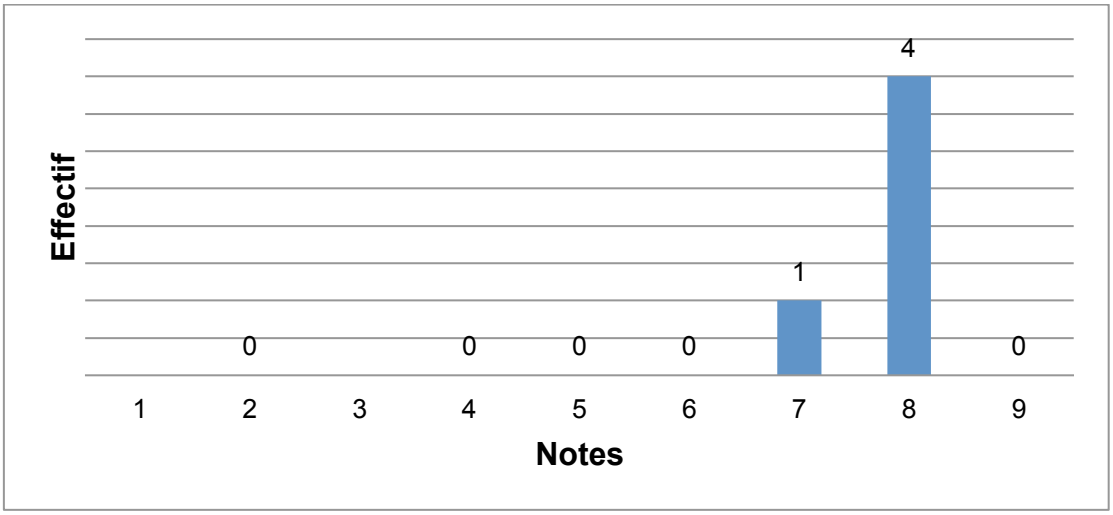


Figure 16. Pertinence du contenu de la démarche cindynique pour le RC OTITE MOYENNE

Utilité :

À la question « Au cours d'une consultation dans laquelle vous avez rencontré ce cas clinique, cette démarche vous aurait-elle été utile ? », trois médecins ont donné une note comprise entre 7 et 9, et un seul a répondu 5 (Figure 17).

La moyenne était de 7, la médiane des notes était de 7,5. Les répondants ont donc trouvé le contenu de la démarche cindynique pour ce RC utile.

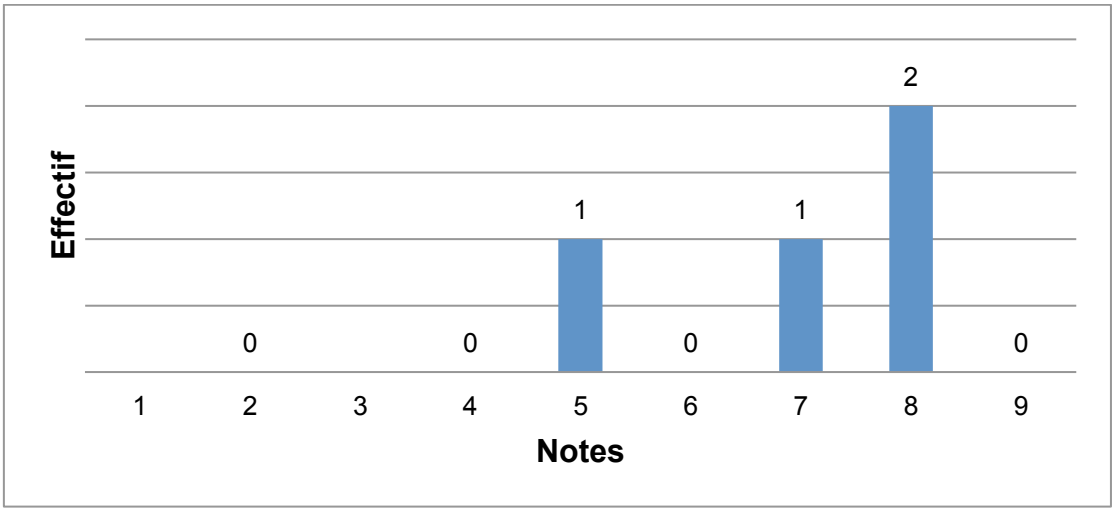


Figure 17. Utilité de la démarche cindynique pour le RC OTITE MOYENNE

Pour ce RC, il n'y a eu aucun commentaire.

2.5.5. REFLUX – PYSOSIS - ŒSOPHAGITE

Le questionnaire concernant le RC REFLUX – PYSOSIS – ŒSOPHAGITE a été envoyé à 77 médecins généralistes. Il y a eu huit répondants, soit un taux de 10,4%.
75 % avaient 50 ans ou plus, et 75 % utilisaient le DRC.
Les caractéristiques des répondants sont reprises dans le Tableau 14.

Tableau 14. Réponses à l'évaluation du RC REFUX – PYROSIS - ŒSOPHAGITE

	Âge	Utilisation du DRC	Démarche pertinente (1 à 9)	Démarche utile (1 à 9)
1	50 ans et plus	À chaque consultation	4	3
2	50 ans et plus	Rarement	8	7
3	50 ans et plus	Rarement	7	7
4	50 ans et plus	Rarement	6	6
5	Entre 40 et 49 ans	À chaque consultation	9	9
6	Entre 30 et 39 ans	De temps en temps	7	7
7	50 ans et plus	Non	9	1
8	50 ans et plus	Non	7	6

Pertinence :

À la question « Trouvez-vous le contenu de cette démarche pertinent ? », cinq médecins ont donné une note entre 7 et 9, et trois ont mis une note entre 4 et 6 (Figure 18).

La note moyenne était de 6,4, la médiane des notes était de 7. Les répondants ont donc trouvé le contenu de la démarche cindynique pour ce RC moyennement pertinent.

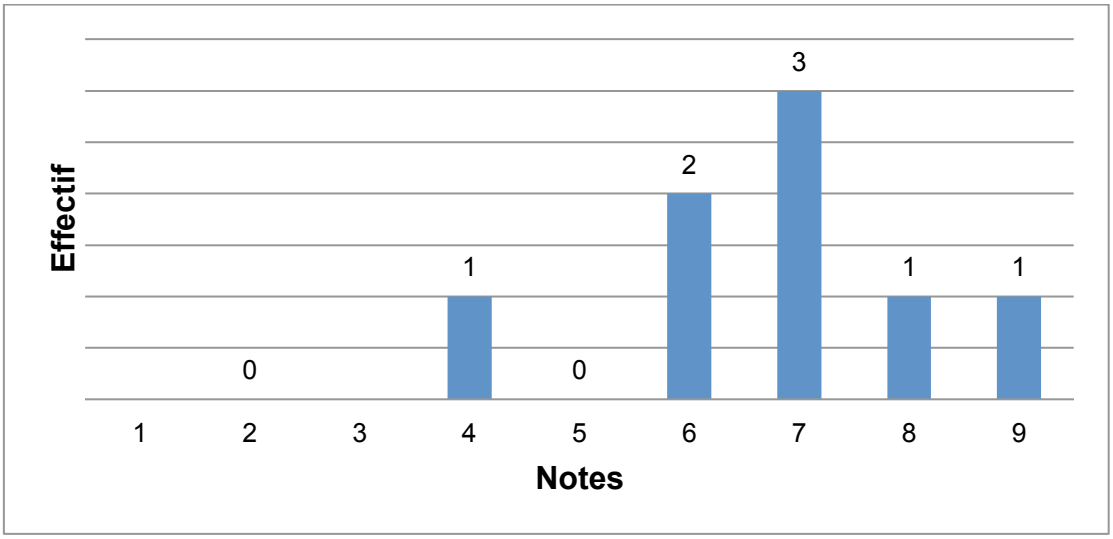


Figure 18. Pertinence du contenu de la démarche cindynique pour le RC REFLUX – PYROSIS - ŒSOPHAGITE

Utilité :

À la question « Au cours d'une consultation dans laquelle vous avez rencontré ce cas clinique, cette démarche vous aurait-elle été utile ? », quatre médecins mis une note entre 7 et 9, trois ont répondu entre 4 et 6, un seul a répondu 2 (Figure 19).

La note moyenne était de 6,5, la médiane des notes était de 6,5. Les répondants ont donc trouvé le contenu de la démarche cindynique pour ce RC moyennement utile.

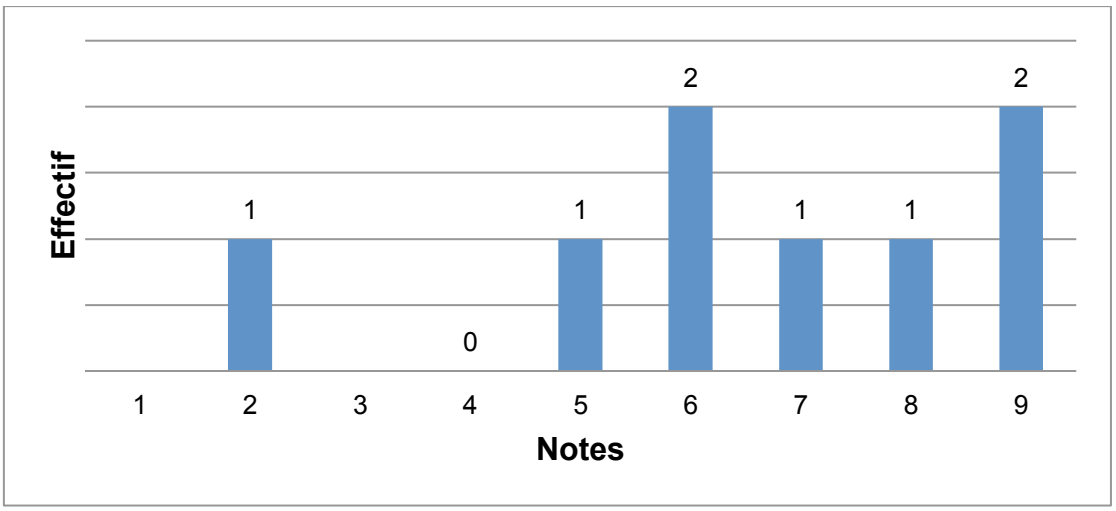


Figure 19. Utilité de la démarche cindynique pour le RC REFLUX – PYROSIS - ŒSOPHAGITE

Pour ce RC, il y a eu deux commentaires :

1. *« Un bon résumé de notre démarche cindynique »*
2. *« Ne pas oublier le reflux gastro-œsophagien dans l'asthme, à mettre en rapport avec l'aggravation et les crises ».*

2.6. Synthèse des analyses pour les cinq Résultats de consultation

Au terme de cette évaluation de la démarche cindynique pour cinq RC, 42 médecins sur 387 ont répondu aux questionnaires, soit 10,8%.
32 médecins étaient âgés de 50 ans et plus, soit 76% des répondants, 30 médecins utilisaient le DRC, soit 71% des répondants.

Selon l'âge des répondants, les notes moyennes données pour la pertinence et l'utilité des démarches cindyniques pour les RC étaient respectivement de 7,1 et 6,3 pour les répondants âgé de 50 et plus, et de 6,9 et 7,2 pour les répondants plus jeunes.
Il n'y a donc pas d'influence de l'âge de manière significative sur l'évaluation de la démarche cindynique appliquée aux 5 RC étudiés.

Pour les utilisateurs du DRC, les notes moyennes données à la pertinence et l'utilité étaient respectivement de 6,9 et 6,9.
Pour les non utilisateurs, elles étaient respectivement de 7,4 et 5,4.
Il n'y a donc pas d'influence significative de l'expérience du DRC sur l'évaluation e la démarche cindynique appliquée aux cinq RC étudiés.

DISCUSSION

DISCUSSION

1. Un travail novateur

1.1. 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. Ce concept trouve peu d'écho dans la littérature existante. En effet, bien qu'il existe des publications sur l'incertitude diagnostique en médecine générale, peu concernent sa gestion. Selon 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*" [41].

Dans une thèse de 2013 soutenue par Marie Pince [42], analysant les mécanismes de gestion déployés par les médecins généralistes face à l'incertitude, il est montré que les médecins s'appuient essentiellement sur l'expérience, l'intuition, les tests thérapeutiques et les avis de pairs, mais que cela n'en retire pas leur inquiétude.

Un article de la revue *Le médecin du Québec* de 2010 [43] a répertorié les différentes possibilités d'approches des médecins face à l'incertitude :

- Les processus de raisonnement « non analytiques » ou « intuitifs » [44] : 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 » : une autre démarche de type analytique, 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 : Consiste à faire l'inventaire des éléments susceptibles d'aboutir à un diagnostic, avec

exploration de toutes les hypothèses possibles même les plus rares.

- L'utilisation d'arbres décisionnels ou d'algorithmes : Cheminement de type binaire amenant 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. 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, comme par exemple la reconnaissance des formes, la méthode hypothético-déductive et probabiliste. Notre démarche cindynique fait référence à ces manières d'appréhender l'incertitude.

Voulant justement partir des situations cliniques concrètes, la question de la nomenclature utilisée se pose. La référence est indiscutablement la Classification Internationale des Maladies 10ème édition ou CIM-10. En médecine de premier recours il existe aussi la Classification Internationale des Soins Primaires ou CISP. Ces deux classifications, bien référencées, sont régulièrement utilisées pour les travaux scientifiques. Mais la CIM-10 avec ses plus de 35000 entrées confine régulièrement le médecin généraliste, 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 permettaient pas une élaboration structurée de nos démarches. Le DRC ayant une correspondance multiple avec la CIM-10, 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 (Annexe 5).

Sur le plan de la méthode, ce que l'on retrouve le plus souvent dans la littérature sont les arbres décisionnels et les algorithmes. Nous devrions probablement, dans les années à venir, passer des fiches d'orientation diagnostique aux logiciels de diagnostic algorithmique. L'algorithme est, selon le Centre National de Ressources

Textuelles et Lexicales, « *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 donc préféré partir d'entités nosologiques définies, correspondant à l'épidémiologie des soins primaires, selon le Carré de White [1], 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.

1.2. Originalité du concept de démarche cindynique

Si la notion de risque liée à la médecine de premier recours est clairement reconnue dans la littérature, peu de méthodes de sa prise en charge objective y sont retrouvées. En revanche, plusieurs études ont montré que l'utilisation d'un outil, comme la casugraphie ou le DRC, permettait de gérer au mieux et avec une économie de moyens ce risque lié à l'incertitude diagnostique [45, 46].
Tout médecin étant amené à tenir compte du risque dans sa pratique, et bien qu'il possède peu d'outils pertinents, appréhende cette notion de façon plus ou moins consciente, et donc de manière plus ou moins intentionnelle ou éveillée. La difficulté pour lui est de tenir compte des éventuels risques graves, tout en ne se lançant pas dans une démarche d'investigation qui serait anxiogène, coûteuse, voire iatrogène, avec une forte probabilité de résultats négatifs.
Le travail présenté ici a pour ambition de proposer une méthode de limitation du risque diagnostique en médecine générale, pour permettre aux médecins de réaliser consciemment une prise en charge de ce risque diagnostique.

Le Dictionnaire des Résultats de consultation est un premier outil mis à disposition du médecin généraliste [19]. Établi par la SFMG en 1996 pour la première édition à partir des travaux novateurs de Braun [12, 47, 48] et regroupant 95 % des situations observées par un médecin généraliste, le DRC est fondé sur la certitude clinique que le médecin a observée au cours de sa consultation. Il permet de ce fait d'éviter une extrapolation diagnostique, pure supposition. En guidant le médecin et en lui évitant

de se tromper de Résultat de consultation, le DRC permet ainsi de réduire ce premier risque.

Une étape supplémentaire de la gestion du risque est présentée en 2011 dans les travaux du Docteur Damien Jouteau à travers sa thèse [13]. La première qualité de ce travail a été d'avoir défini clairement la notion de risque en médecine générale. Après avoir détaillé le premier risque - le choix du mauvais RC - il s'est intéressé à l'élaboration d'une méthode permettant de créer une liste d'événements à redouter une fois le bon RC choisi, autrement nommée le second risque, en créant et hiérarchisant des Diagnostics Critiques (DiC). La création des DiC pour tous les RC du dictionnaire est actuellement en cours d'élaboration.

Notre travail fait donc suite à cette réflexion novatrice menée par la SFMG, et inspirée des travaux de Braun : « *C'est lorsqu'il [le médecin généraliste] traitera de façon programmée les cas à problèmes qu'il se rendra plus clairement compte de l'amélioration de sa fonction. En fait, son expérience l'a déjà lui-même "programmé" 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 »* [49].

Il apparaissait alors intéressant et complémentaire d'établir une « démarche programmée » du risque diagnostique spécifique à chaque RC, en s'appuyant sur les Diagnostics Critiques.
Par ailleurs, comme montré précédemment, nous avons découvert au cours de nos recherches que cette « science du risque » avait un nom, du moins dans l'univers des technologies : la cindynique [16]. Nous avons donc décidé d'appliquer ce terme existant déjà à la prise en charge du risque en médecine.
Ce sont désormais ces démarches cindyniques que nous avons tenté de réaliser au travers de ce travail.

2. Conception théorique

2.1. Constitution du groupe de travail

Pour réaliser ce travail, il a paru pertinent de débuter par la constitution d'un groupe de travail, constitué de médecins généralistes, certains à la retraite, d'autres en exercice, expérimentés mais aussi jeunes installés.
Quatre internes de médecine générale ont donc été recrutés pour compléter ce groupe de travail, permettant au nombre de membres de s'élever à 12 et d'en faire un travail de thèse.
En prenant en compte son savoir, son expérience et son regard sur la médecine générale, chacun des membres a pu apporter une expertise complémentaire. Cette collégialité a permis d'atteindre un consensus plus fort dans les décisions prises.
Durant les différentes étapes de ce travail, le groupe s'est appuyé sur la SFMG pour l'expertise et les facilités logistiques qu'elle apporte.

2.2. Construction des grilles

2.2.1. Réflexions initiales

Dès le début, il est apparu important de fixer les limites de ces démarches de prise en charge du risque. Devaient-elles être seulement diagnostiques ou devaient-elles inclure des éléments de thérapeutique voire même proposer une prise en charge complète à la manière des recommandations officielles ?
Nous avons très vite écarté la dernière possibilité. En effet, le médecin généraliste étant le plus souvent confronté à un trouble de santé n'ayant pas de particularité pathognomonique ni de certitude étiologique au moment de la consultation, créer des démarches spécifiques et précises reviendrait à construire des arbres décisionnels exhaustifs, complexes et inopérants en pratique courante pour le médecin généraliste.
En nous basant sur les différents temps de démarche diagnostique et de démarche décisionnelle, nous nous sommes rendu compte que l'objectif du médecin généraliste, dans l'intérêt du patient, était d'orienter sa démarche en fonction des

maladies dangereuses pouvant être la cause du tableau clinique de son patient, afin de les éviter ou d'éviter leurs conséquences.

2.2.2. Premières tentatives

Les réflexions initiales, qui ont permis d'entrevoir plusieurs ébauches de méthode, ont mis en lumière le fait que la méthode de construction des démarches devait s'appuyer principalement sur la notion de gestion du risque diagnostique. Ainsi, il a été convenu que ces démarches s'articuleraient autour de la liste des DiC du RC, afin de permettre au médecin d'y penser, voire de les éliminer.
Enfin par rapport à la forme à adopter, il a fallu choisir entre un format de maquette, ressemblant à un tableau facile à lire et un document écrit et ponctué ; il a été décidé d'adopter une forme de tableau avec texte phrasé, afin de permettre une lecture aisée de l'utilisateur, tout en évitant le sentiment d'obligation ou de parcours de réflexion obligatoire que pourrait évoquer des démarches sous forme d'algorithme. En effet il est rappelé que ces démarches sont une aide à la réflexion des médecins, et ne doivent donc pas se substituer à celle-ci.

2.2.3. Élaboration de la démarche dans sa forme définitive

La grille standardisée que nous avons élaborée, tel un canevas à remplir, reprend tous les éléments que nos échanges théoriques et les tests pratiques avaient permis d'identifier comme pouvant influer sur cette démarche du médecin de 1er recours.
La forme tableau de la grille a été choisie dans un souci de clarté de remplissage et de reproductibilité.
Toutes les cases de ce tableau ne sont pas forcément remplies à chaque RC car chacun a une démarche spécifique.
La forme texte est restée en proposition. N'ayant pas réussi à nous décider objectivement sur la forme, nous souhaitions connaître l'avis des futurs usagers de cette démarche.

2.2.4. Rédaction des démarches cindyniques pour chaque RC

Ce travail reflète les résultats du groupe ayant travaillé sur les RC ANGOISSE – ANXIÉTÉ, ARTHROSE, INSOMNIE et REFLUX – PYROSIS – ŒSOPHAGITE.
La proposition de démarche cindynique a été formulé après une recherche bibliographique par l'interne et soumise aux deux autres membres du sous-groupe pour corrections, puis débattues et adoptées de manière collégiale en réunions plénières bimestrielles. En rajoutant l'expérience et les références de chacun aux ressources mobilisées, nous avons pu augmenter la pertinence et le sérieux de ce travail.

3. Construction de grilles appliquées à chaque RC

3.1. RC ANGOISSE - ANXIÉTÉ

Les DiC de ce RC existaient déjà au moment de la création de la démarche cindynique. Nous nous sommes donc penchés sur le risque de méconnaissance d'un diagnostic somatique pour ce RC psychiatrique. La principale source de recommandations était le guide de la Haute Autorité de Santé (HAS) daté de juin 2007 [50].

3.2. RC ARTHROSE

La principale difficulté lors de la création de la démarche cindynique était la faiblesse de l'existence de recommandations générales sur l'arthrose. De nombreuses recommandations de bonnes pratiques étaient axées sur une articulation particulière, et non de manière générale.
Mais l'absence de DiC pour ce RC a permis d'axer la démarche essentiellement sur les conduites à tenir en première intention dans la sphère du premier recours, ce qui a considérablement simplifié la démarche.
Ce RC a pu montrer la limite de notre travail en se questionnant sur l'utilité de création d'une démarche de prise en charge du risque en l'absence de diagnostic critique.

3.3. RC INSOMNIE

Comme indiqué dans les résultats, la création de la liste des DiC pour ce RC a été longuement discutée au sein du groupe de travail.
Par ailleurs, la plupart des sources de travail retrouvées avaient pour sujet la place des traitements médicamenteux, notamment les benzodiazépines, dans l'insomnie.
Les principales sources mobilisées ont été les *recommandations de prise en charge du patient se plaignant d'insomnie en médecine générale* de la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG), en partenariat avec la HAS, et datant de décembre 2006 [51]. L'avantage de ces recommandations était qu'elles étaient adaptées à la médecine générale.

3.4. RC OTITE MOYENNE

Cette démarche cindynique s'est inspirée de la casugraphie de R.N. Braun et du « cas » Otite moyenne [41]. Elle s'est essentiellement appuyée sur deux sources : les recommandations de bonnes pratiques de l'Afssaps de novembre 2011 [52], des recommandations canadiennes, luxembourgeoises (elles-mêmes tirées de l'Afssaps) et belges, retrouvées sur la base de données des recommandations de langue française DReFC (Diffusion des Recommandations Francophones en Consultation de médecine de la SFMG) [53, 54]. Nous les avons appliquées à la réalité de la médecine générale et modifiées lors des débats du groupe de travail.
Les DiC créés nous ont paru essentiels et la démarche cindynique en accord avec les recommandations de pratique clinique. L'otite moyenne étant une pathologie retrouvée principalement en médecine générale, les recommandations existantes étaient essentiellement orientées pour la pratique en soins primaires.

3.5. RC REFLUX – PYROSIS – ŒSOPHAGITE

La principale source de travail pour la création de la démarche cindynique concernant le reflux et l'œsophagite a été le collège d'hépato-gastro-entérologie, jugé comme une source fiable [55, 56]. Le point essentiel de cette démarche était d'alerter sur le risque de méconnaitre un cancer, bien que de fréquence faible en

médecine générale. Par ailleurs la subtilité de ce RC, composé de deux facettes pathologiques (le reflux et l'œsophagite), a rendu la création de la démarche plus difficile. En effet nous avons dû composer avec la prise en charge différente de ces deux pathologies.

4. Validation des démarches par enquête

4.1. Questionnaire

La forme de questionnaire d'évaluation auprès des médecins généralistes nous a semblé la plus pertinente pour valider les créations de ce travail. Nous avons utilisé un modèle d'évaluation standardisé et reconnu : l'échelle de Likert [57]. Celle-ci permet d'évaluer l'attitude d'un individu en mesurant l'intensité de son approbation. Nous avons choisi de proposer 9 échelons sur cette échelle, permettant ainsi une plus grande liberté de jugement pour les répondants. Après application et exploitation du questionnaire, nous avons émis la réflexion que nous aurions pu aussi diminuer le nombre d'échelons, cela aurait eu le mérite de simplifier le choix des médecins tout en restant pertinent. Cela étant, dans un souci de clarté, nous avons donc réparti les réponses en trois groupes regroupant les notes de 1 à 3 pour le rejet du travail, de 4 à 6 une indécision et de 7 à 9 une acceptation.

Pour valider ce travail, une autre possibilité aurait été de réaliser des entretiens mais cela présentait plusieurs inconvénients que nous avons pris en compte : contrainte de temps, risque de biais par interaction avec le répondant, résultats difficilement comparables entre les travaux de thèse concernant d'autres RC.

4.2. Échantillon

Les médecins généralistes sélectionnés pour évaluer les démarches cindyniques ont été choisis parmi un panel ayant répondu auparavant à une enquête sur l'intérêt et l'utilisation du DRC, menée en 2014 par la SFMG.
Cela a permis d'avoir une base de donnée fiable de médecins. La différence des populations de médecins généralistes (certains étant adhérents à la SFMG, d'autres

non, certains connaissant et utilisant le DRC, d'autres non) de ce panel a permis de majorer la représentativité de l'échantillon même si leur nombre était faible pour certains RC, pouvant entraîner un biais.
Cela a cependant entraîné un biais de recrutement, en effet les médecins composant ce panel avaient déjà été sensibilisés à l'existence et l'utilisation du DRC.

4.3. Résultats généraux

Les 93 répondants devaient en premier lieu préciser leur tranche d'âge. Nous avons voulu connaître l'âge des participants à l'étude pour le comparer avec l'âge moyen des médecins généralistes dans un but de représentativité. 72% des répondants étaient âgés de 50 ans et plus. Cela était donc similaire à l'âge moyen des médecins généralistes exerçant en France car sur les 88886 médecins généralistes recensés au 1er janvier 2016 par le Conseil de l'Ordre Des Médecins, 56879 étaient âgés de 50 ans et plus, soit 64% (74% en 2014), avec une moyenne d'âge de 52 ans [58].
Nous avons pu constater que l'âge des répondants n'avait pas d'influence sur l'évaluation de l'intérêt et l'utilité des démarches cindynique d'une part, ni sur leur applicabilité d'autre part.

Les répondants devaient par la suite préciser s'ils utilisaient le DRC et à quelle fréquence. Avec 75% de praticiens utilisant le DRC, dont la moitié d'entre eux à chaque consultation, ces résultats n'étaient pas représentatifs des médecins généralistes exerçant en France, cependant cela était attendu devant le biais de recrutement réalisé.
Il faut par ailleurs préciser que le fait d'utiliser le DRC n'était pas nécessaire pour évaluer les démarches cindyniques. Nos résultats n'ont par ailleurs pas montré de différence significative sur l'intérêt porté aux démarches entre les utilisateurs et les non utilisateurs ; mais sur l'évaluation de l'applicabilité des démarches cindyniques. En effet, la note médiane attribuée par les utilisateurs du DRC était de 7, tandis que la note médiane attribuée par ceux ne l'utilisant pas était de 5,5. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les médecins utilisant le DRC voient en cet outil la continuité d'une démarche intellectuelle qu'ils utilisent régulièrement et avec laquelle ils sont donc plus à l'aise.

4.4. Résultats des évaluations des RC

4.4.1. RC ANGOISSE-ANXIÉTÉ

Les résultats nous montrent que pour la démarche cindynique de ce RC, avec une note moyenne de 7,2/9 les répondants ont trouvé le contenu pertinent, et avec une note moyenne de 6,6/9, cette démarche utile.
Pour ce RC, il n'a pas été retrouvé d'influence de l'âge ou de l'utilisation du DRC.
Il n'y a pas eu de commentaires de la part des répondants.

Une explication aux bons résultats et à l'absence de commentaires pourrait être l'inexistence de DiC psychiatriques, pouvant être sujet à discussion de la part des praticiens.
Ces bons résultats sont malgré tout à modérer par le faible nombre de répondants (six).

4.4.2. RC ARTHROSE

Les 12 réponses ont montré une adhésion des médecins répondants à cette démarche : la note moyenne de pertinence était de 8, et d'utilité de 6,75.
Encore une fois, l'âge et l'utilisation du DRC n'ont pas eu d'influence sur les notations.

On peut expliquer ces bonnes évaluations par l'absence de DiC pour ce RC, et par son positionnement diagnostique en C ou D soit un niveau de certitude diagnostique avancé. Cela a probablement réduit le nombre de points de désaccord.
Il y a cependant eu des commentaires. Certains s'interrogeant sur la pertinence de réaliser une démarche pour ce RC, le diagnostic s'imposant de façon évidente. Nous atteignons peut-être une limite de la démarche cindynique avec ce RC ; le haut niveau de certitude diagnostique et l'absence de DiC donc de risque limitant la pertinence de créer une démarche de réflexion sur celui-ci.

4.4.3. RC INSOMNIE

Pour ce RC, les 11 répondants ont globalement répondu favorablement à la question de la pertinence et de l'utilité avec respectivement des notes moyennes de 7,5 et 6,6.

Il y a eu une différence de notation en fonction de l'utilisation du DRC : l'utilité de la démarche a été moins bien noté parmi les quatre non-utilisateurs du DRC (moyenne de 4 sur 9 *versus* 7,4 sur 9). Cette différence peut s'expliquer par la non expérience d'utilisation du DRC, pouvant être parfois difficile à manier pour les non initiés.
Les commentaires étaient contradictoires dans ce RC. Un commentateur ayant rapporté selon lui une démarche trop complexe nécessitant une simplification et une intégration dans le logiciel métier, cela est précisément la finalité de notre travail, tandis qu'un autre a expliqué que ce RC était simple à manier et à mémoriser.

4.4.4. RC OTITE MOYENNE

Pour ce RC, les notes des cinq répondants ont été très positives dans l'ensemble, avec une moyenne des réponses de 7,8 sur 9 pour l'utilité et de 7 sur 9 pour la pertinence.
Il n'y a pas eu de différence de notation en fonction de l'utilisation du DRC. L'âge n'intervenait pas car tous les répondants avaient plus de 50 ans.
Ce très bon résultat peut s'expliquer d'une part par la faiblesse du nombre de répondants, ce qui en fait une limite de puissance, mais cela était dû à un problème d'envoi tardif des questionnaires pour ce RC par rapport à la collecte des réponses.

4.4.5. RC REFLUX – PYROSIS – ŒSOPHAGITE

La démarche a été globalement acceptée par les huit répondants. Un répondant expliquant même avoir trouvé en notre travail un bon résumé de la démarche.
Encore une fois, nous pouvons nous poser la question de la puissance de l'évaluation avec seulement 8 réponses, mais il est rappelé que cette évaluation permettait surtout d'avoir un retour de la population concernée sur notre travail.

5. Comparaison des travaux et élargissement

Le travail exposé dans cette thèse est issu des résultats obtenus pour l'évaluation des démarches cindyniques de 5 Résultats de consultation parmi les 20 évalués au total. Les 15 autres sont détaillés dans les autres travaux de thèses du groupe de travail. Nous avons pu comparer ces résultats et pu constater des résultats similaires sur le plan de l'adhésion des médecins répondants à la méthode proposée, mais aussi sur le plan de la pertinence et de l'utilité de ces démarches.

6. Limites et biais

6.1. Biais de recrutement

Afin de valider notre méthode de création de démarches cindyniques, nous avons fait appel une évaluation par des médecins généralistes. L'échantillon de médecins généralistes a été choisi parmi un panel de médecins français ayant répondu auparavant à une enquête sur l'intérêt et l'utilisation du DRC, menée en 2014, par le biais du site Internet de la SFMG. 93 médecins ont répondu parmi les 785 sollicités, le taux de réponse était de 11,8 %. Ce taux élevé - supérieur à 10 % - peut s'expliquer par le biais de recrutement réalisé par la méthode de sélection de l'échantillon, constitué de médecins déjà sensibilisés à la SFMG en général et au Dictionnaire des Résultats de Consultation en particulier. Cette sélection était volontaire, dans un souci d'accès facilité à une part de médecins déjà sensibilisés au DRC par l'appui logistique de la SFMG.

6.2. Faiblesse du nombre de répondants

Malgré un taux de réponses assez élevé pour ce genre de travail (11,8%), le nombre de médecins contactés pour cette évaluation était assez faible (795) ainsi que le nombre de répondants. Cela constitue une limite importante à une évaluation fiable de notre travail.

Pour limiter ces biais, nous aurions pu proposer l'évaluation des démarches cindyniques à un panel représentatif de médecins généralistes, par exemple en contactant tous les médecins généralistes d'une région donnée, comme par exemple Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes. Cela aurait eu l'avantage d'augmenter notre échantillon et de limiter le biais de recrutement mais avec les inconvénients d'une difficulté logistique d'accès aux coordonnées de l'ensemble des médecins de ce territoire et d'avoir le risque d'un taux de réponses extrêmement faible. De plus la non connaissance du DRC dans un échantillon plus large de médecins aurait probablement réduit le nombre de réponses et entraîné des réactions négatives liées à la difficulté de compréhension du travail plutôt qu'à sa pertinence.

6.3. Absence de validation par le comité de mise à jour du DRC

Une autre limite de ce travail est l'absence de validation par le SD^2RC, le comité de mise à jour du Dictionnaire des Résultats de consultation, instance émanant de la SFMG. Dans un but de publication de ce travail au sein du DRC, la relecture et la validation par ce comité sont nécessaires. Le comité de mise à jour du DRC est en effet chargé de s'assurer que le DRC soit en accord avec les données actuelles de la science, et permet à son contenu d'être à jour au regard des recommandations officielles, mais aussi de faire correspondre le DRC avec la nomenclature internationale CIM10.
Cette étape de validation des démarches cindyniques est actuellement en projet et devrait être réalisée courant 2016-2017.

6.4. Absence de taux de révision des RC

Lors de la construction des démarches cindyniques, il avait été évoqué l'intégration des taux de révision de chaque RC, en particulier par le traitement des données de l'Observatoire de la Médecine Générale, afin de pouvoir mettre en perspective notre travail, la prise en compte des DiC et leur apparition dans le cadre de l'évolution d'un épisode de soins donné.
Malheureusement au moment de la réalisation de ce travail, ces taux de révision par

RC n'étaient pas connus. Un groupe de travail créé au sein de la SFMG se penche actuellement sur le sujet, et leurs premières conclusions devraient être connues en septembre 2016.

6.5. Limitation de la démarche à un RC donné

Cette limite est difficilement corrigeable car c'est aussi son essence, puisqu'il s'agit de la limitation de la démarche cindynique au cadre restreint d'un RC donné. Or, la prise en charge du risque ne devrait pas se limiter à un seul RC, mais prendre en compte le patient dans sa globalité, afin d'être au plus proche de la pratique de la médecine générale. Cela pourrait en faire une démarche plus « théorique » qu'applicable à la réalité pratique. Mais l'évaluation de l'applicabilité de notre travail a montré que ce n'était pas forcément le cas. Bien que perfectible, la prise en compte des « RC associés » dans la réalisation des démarches cindyniques permet de diminuer cette limite, bien que le but ultime soit la prise en compte des polymorbidités du patient, comme évoqué au début de ce travail.

6.6. La partie « conduite à tenir de 1ère intention »

Enfin, la partie « conduite à tenir de 1ère intention » des démarches cindyniques pourrait prêter à confusion. L'objectif du travail n'était pas de proposer des projets de recommandations de bonnes pratiques, notamment thérapeutiques, mais de proposer une aide au praticien pour une meilleure gestion du risque diagnostique.
L'idée initiale était de proposer une « Thérapeutique d'épreuve », synonyme dans les démarches de « Temps thérapeutique », parfois utile à la démarche diagnostique.
A posteriori, suite à une présentation de ces travaux en réunion du comité d'experts de la SFMG, cette réflexion a été confortée. Nous aurions donc peut-être simplement dû orienter le médecin vers les recommandations actuelles *via* le DReFC, et proposer uniquement des démarches décisionnelles à visée diagnostique (Thérapeutique d'épreuve, épreuve du temps, *etc.*).

CONCLUSION

CONCLUSION

Notre travail de thèse avait pour but de créer des démarches de prise en charge du risque lié à l'incertitude diagnostique adaptées à la médecine générale, appelées démarches cindyniques. Ce travail a été réalisé en complémentarité avec trois autres thèses, ces quatre travaux sont issus d'un groupe de recherche de la Société Française de Médecine Générale.

La création de démarches cindyniques a été réalisée initialement pour 20 Résultats de consultation du Dictionnaire, auxquels il faut rajouter le RC test CEPHALÉE. Cinq démarches ainsi que leur évaluation ont été présentées dans ce travail. Il a aussi été développé secondairement la problématique de la gestion des polymorbidités, apanage de la médecine générale.

Nous avons pu montrer que cette démarche novatrice s'intégrait complètement dans le corps et l'esprit du DRC. L'évaluation secondaire a permis de confirmer que notre orientation et nos choix étaient pertinents, avec une bonne acceptabilité de la part des médecins généralistes ayant participé à l'enquête.
Mais ce travail ne se limite pas simplement aux vingt démarches créées. L'étape suivante sera de poursuivre et d'étendre la création des démarches cindyniques aux 258 RC restants.

En effet, l'objectif de ce travail était de créer une démarche qui soit à la fois une aide à la pratique quotidienne et un rappel pour le médecin amené à être en difficulté lors d'une consultation. Les démarches cindyniques des 278 RC auront donc pour finalité d'être intégrées au DRC, y compris dans sa version informatique intégrée dans les logiciels médicaux, dans ce but d'utilisation pratique.

Dans le futur, l'intérêt sera d'adapter ces démarches cindyniques afin de les rapprocher au plus près de la pratique de la médecine générale ; notamment en poursuivant ce travail et en le mettant en perspective avec d'autres travaux en cours, portant sur la prise en charge des polymorbidités, et sur la notion de prise en charge de problèmes aigus et chroniques, sur l'instant et sur la durée, ce que l'on qualifie

d’épisodes de soins diachroniques et synchroniques [59].

Ces travaux sont actuellement en cours au sein de groupes de travail de la SFMG.

On pourra donc imaginer à l’avenir une prise en charge du risque dans le cadre de plusieurs RC relevés au cours d’une consultation de médecine générale, ou encore s’intégrant dans la prise en charge de patients ayant des polymorbidités. Des travaux importants et sur le long terme mais qui pourront constituer une véritable avancée dans l’exercice de la médecine générale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. La définition européenne de la médecine générale. Médecine de famille. WONCA Europe 2002.

2. Kandel O. Bousquet MA. Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale. Paris. GMSanté ; 2015

3. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961 ;265:885-92

4. White KL. The Ecology of Medical Care: Origins and Implications for Population-Based Healthcare Research. Health Serv Res 1997;32:11-21

5. Giet D. Écologie des soins médicaux, carré de White, soins primaires et médecine générale. Rev Med Liege 2006;61:5-6:277-84

6. Katon WJ, Walker EA. Medically unexplained symptoms in primary care. J Clin Psychiatry 1998;59(suppl 20):15-21

7. Société Française de Médecine Générale, «Dictionnaire des Résultats de Consultation en Médecine Générale ». Avant-propos. Révision 2010. SFMG. Documents de Recherche en médecine générale. Juin 2010 ; n°66-70.

8. CNGE, CNOSF et al. Référentiels métiers et compétences : médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris : Berger-Levrault, 2010 : 155 p. (Chapitre 1 : Référentiel métiers et compétences des médecins généralistes p. 21-78).

9. Biehn J. Managing uncertainty in family practice. Can Med Assoc J 1982 ; 126:915-7.

10. Galam E. Ed. Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain. Paris : Editions Autrement, 1996 : 202p.

11. Skrabanek P, McCormick J. Diagnostics et étiquettes. Idées folles, idées fausses en médecine. Paris : Odile Jacob, 2002 : 206p :81-116.

12. Braun RN. Pratique, Critique et Enseignement de la médecine générale. Paris : Payot, 1979 : 512p.

13. Jouteau D. La notion de risque lié à l'incertitude diagnostique en médecine de premier recours. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Poitiers, Université de Poitiers, 2011, 216p.

14. Lesbats M., Dos Santos J., Perilhon P., « Contribution à l'élaboration d'une science du danger. École d'été « Gestion scientifique du risque ». Albi. Septembre 1999.

15. Jousse G., « Traité de riscologie – La science du danger ». Editions Imestra. 2009.

16. *Le Monde* du 10.12.1987. Naissance de la cindynique, Une science du risque. [En ligne]. Consulté le 21 mars 2015. Disponible sur http://www.lemonde.fr/archives/article/1987/12/10/naissance-de-la-cindynique-une-science-du-risque_4076376_1819218.html#s1i1MGKzA02HtOCY.99

17. Pelaccia T, Tardif J, Triby E et al. Comment les médecins raisonnent-ils pour poser des diagnostics et prendre des décisions thérapeutiques », Les enjeux en médecine d'urgence. Ann Fr Med Urgence 2011 ; 1:77-84.

18. Pestiaux D, Vanwelde C, Laurin S et al. Raisonnement clinique et décision médicale. Le Médecin du Québec 2010 ; 45 (5):59-63.

19. Ferru P. Le Dictionnaire des Résultats de Consultations : à quoi ça sert ? Comment ça marche ? Société Française de Médecine Générale, eDocuments de Recherche en Médecine Générale n°4, septembre 2003.

20. Signoret J. Évolution du contenu de la consultation de médecine générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010. Thèse de médecine, faculté des sciences de la santé Simone Veil, Université de Versailles, 212, 96p.

21. Observatoire de médecine générale disponible sur : http://omg.sfmg.org [en ligne]. Consulté le 23 septembre 2014.

22. Définition de la maladie, Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, disponible sur http://www.cnrtl.fr/definition/maladie [en ligne]. consulté le 23 septembre 2014.

23. Les maladies chroniques ; Organisation Mondiale de la Santé, disponible sur : http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/, [en ligne] consulté le 23 septembre 2014.

24. Sermet C. La polypathologie des personnes âgées. Paris : CREDES, 1994 : 22p.

25. Druais PL, Gay B, Le Goaziou MF, Budowski M, Gilberg S, Médecine générale, Abrégé connaissances et pratiques, Paris : Masson ; 2009 :320-26.

26. Clerc P, Lebreton J, Mousques J, et al. Étude Polychrome : Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale. Pratiques et Organisation des Soins 2008 :39(1):43-51.

27. Bloy G. Schweyer FX. Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale. Rennes : Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2010 : 424p.

28. Perrier A, Gaspoz JM, Waeber G, Cornuz J, La polymorbidité : règle ou exception ? Rev Med Suisse 2013;171-172

29. Salisbury C. Multimorbidity: Redesigning health care for people who use it. Lancet 2012;380:7-9

30. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. Lancet 2012;380:37-43

31. Stange KC. The Paradox of the parts and the whole in understanding and improving general practice. Int Qual Health Care 2002 ; 14:267-8

32. Fortin M, Dionne J, Pinho G, Gignac J, Almirall J, Lapointe L. Randomized clinical trials: do they have external validity or patients with multiple comorbidities ? Ann Fam Med 2006 ; 4:104-8

33. Clerc P, Lebreton J, Mousques J, et al. Étude Polychrome : Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale. Pratiques et Organisation des Soins 2009 :40(3):167-75.

34. Keita K. État des lieux des admissions des personnes âgées de plus de 65 ans au service des urgences du CHRU de Limoges pour iatrogénie. Thèse de médecine, Limoges, 2001.

35. Rédaction Prescrire. Psychotropes chez les personnes âgées. Rev Prescrire 1998 ; 189:776-9

36. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 2009 :80-92.

37. Jamoulle M, Roland M. Quaternary prevention. Wonca Classification Committee, Hong-Kong, 1995.

38. Fortin M, Dionne J, Pinho G, Gignac J, Almirall J, Lapointe L. Randomized clinical trials: do they have external validity or patients with multiple comorbidities? Ann Fam Med 2006 ; 4:104-8

39. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA 2005 ; 294:716-24

40. Chouilly J, Gabillard G, Jouteau D, Kandel O. Le renouvellement d'ordonnance, un vrai « mal » entendu. Vers une approche professionnelle du suivi des pathologies chroniques. Congrès de médecine générale 2013, Nice.

41. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. Sciences sociales et santé 2008 ; 26:67-9. [En ligne]. Consulté le 10 décembre 2015. http://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2008-1-page-67.htm

42. Pince M. Gestion de l'incertitude en médecine générale : Étude quantitative en Corrèze. Thèse de médecine. Université de Limoges ; 2013, 71p.

43. Pestiaux D, et al. Raisonnement Clinique et décision médicale. Le Médecin du Québec 2010 ; 45:59-63.

44. Coppens M, et al. L'intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « gut feelings ». Exercer 2011 ; 95:16-20.

45. Oscar Rosowsky, Jérôme Andral, Jacques Cittée. 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'une étude menée à la demande de URML d'Île-de-France. GRETEC, juin 2002.

46. Amari Amal. Le risque d'erreur diagnostique en médecine générale ambulatoire : analyse d'un échantillon de dossiers médico-juridiques d'une société d'assurance civile professionnelle. Thèse de médecine, Université de Paris XII, Créteil, 2010

47. Braun R.N., Danninger H., Landolt-Theus P. « Kasugraphie, Benennung der regelmässig häufigen Fälle in der Allgemeinpraxis ». Verlag-Kirchheim, 1992.

48. Rosowsky O. Le « Résultat de Consultation » selon R.N.Braun. Revue du praticien MG N°72. Octobre 1989.

49. La médecine générale, sa position et son rôle dans la médecine. Documents de Recherche en Médecine Générale N° 7-8 ; 1983.

50. Haute Autorité de Santé. Affections psychiatriques de longue durée. Troubles anxieux graves. Guide affection longue durée. Paris : HAS, 2007.

51. Service des recommandations professionnelles et service évaluation médico-économique et santé publique. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : SFTG – HAS, 2006.

52. AFSSAPS. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant. Recommandations de bonnes pratiques, Paris : Afssaps, 2011.

53. Société Scientifique de Médecine Générale. L'otite moyenne aiguë. Recommandations de bonnes pratiques. Bruxelles : SSMG-IRE, 2000

54. S Forgie, G Zhanel, J Robinson. La prise en charge de l'otite moyenne aiguë. Société canadienne de pédiatrie. Paediatr Child Health 2009;14(7):461-4

55. Reflux gastro-œsophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale. Abrégé d'Hépato-Gastro-Entérologie, 2ème édition, Paris : Masson ; 2012.

56. Ulcère gastrique et duodénal. Gastrite. Abrégé d'Hépato-Gastro-Entérologie, 2ème édition, Paris : Masson ; 2012.

57. Rensis Likert, « A Technique for the Measurement of Attitudes », Archives of Psychology, vol. 140, 1932 :1–55

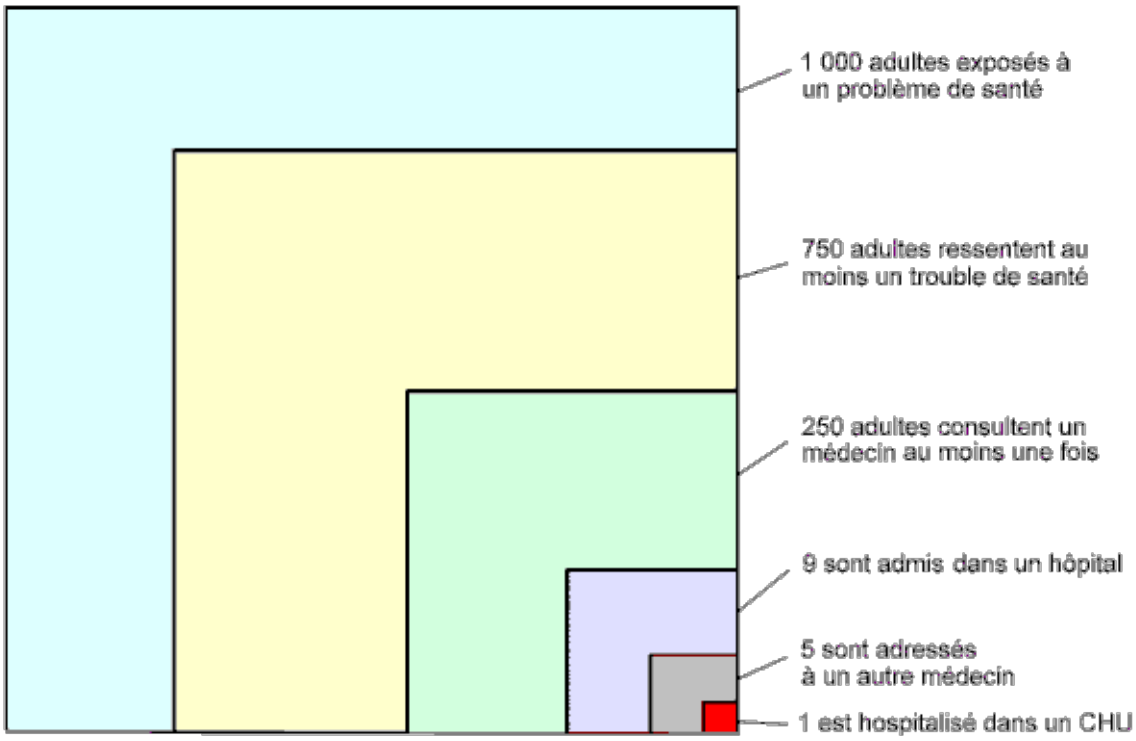
58. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Paris : CNOM ; 2016

59. Jamoulle M, Roland M. Champs d'action, gestion de l'information et formes de prévention clinique en médecine générale et de famille. Louvain Med 2003 ; 22:358-65.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Le Carré de White.

Issu des travaux réalisés par White, Williams & Greenberg et publiés en 1961 dans un article intitulé « The ecology of medical care », le carré de White illustre la réalité suivante : aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, au cours d'un mois, sur 1000 habitants exposés à un problème de santé, 750 personnes signalent des troubles, 250 parmi elles consultent un médecin, 9 sont hospitalisées, 5 sont adressées à un autre médecin et une seule personne est hospitalisée dans un centre hospitaliser universitaire.
Dans cet article, White interroge à la fois les travaux de recherche et la formation médicale des étudiants en médecine générale, réalisée au sein d'un centre universitaire.



Ces travaux ont été affinés en 2001 par Green, sans pour autant contredire l'idée première du carré de White. Pour Green, ces 500 personnes (750 ressentant un trouble de santé moins 250 consultant un médecin) déclarant une maladie et ne consultant pas de médecin correspondent à ce que Braun appelle le concept des maladies sans médecin. Il considérait à partir des travaux de Horder que les médecins ne voient qu'un quart de l'ensemble des maladies et donc que tous les troubles de santé ne lui parviennent pas. Ainsi, le médecin doit pratiquer une sélection rigoureuse des problèmes de consultation car « *chaque patient présente, pour peu que nous nous en occupions, des troubles et des signes de maladies variés en dehors du motif de consultation* ».

ANNEXE 2 : Méthode de calcul de la criticité.

Pondération de la GRAVITE

		Préjudice			
		Majeur	Modéré	Mineur	Absent
Mort	Inéluctable				
	Probable				
	Peu probable				
	Improbable				

Gravité	Cotation
Majeure	100
Sérieuse	70
Modérée	30
Nulle	1

Pondération de l'URGENCE

Urgence	Explication	Cotation
Extréme	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 3 : Document explicatif envoyé par mail aux médecins généralistes sur les démarches cindyniques à évaluer.

SFMG
le plaisir de comprendre
Société Française de Médecine Générale
sfmg@sfmg.org
www.sfmg.org

Les Démarches Cyndiniques

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 ?

1ère étape :

Devant cette incertitude de diagnostic :

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

2ème étape :

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

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

3ème 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 envoyé aux médecins pour évaluer les démarches cindyniques.

SFMG
le plaisir de comprendre
Société Française de Médecine Générale
sfmg@sfmg.org
www.sfmg.org

Questionnaire

Cher Sociétaire, Cher Confrère,

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

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

Question 1 : Utilisez-vous le DRC ?

Oui ☐ Non ☐

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

Question 2 : Quel âge avez-vous ?

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

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

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

Tableau ☐ Texte ☐

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

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

Totalement inintéressant *Totalement intéressant*

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

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

Totalement inapplicable *Totalement applicable*

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

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

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

Totalement impertinent *Totalement pertinent*

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

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

Totalement impertinent *Totalement pertinent*

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

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

Totalement inutile *Très utile*

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

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

Totalement inutile *Très utile*

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

Pavés de textes libres

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

Cher Sociétaire, Cher Confrère,

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

Damien Jouteau
Responsable du Groupe Démarches Programmées

Julie Chouilly
Directrice du Département du Dictionnaire des Résultats de consultation

Rendez-vous sur le site de la SFMG

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

ANNEXE 5 : Préface de l'édition 2010 du Dictionnaire des Résultats de consultation®

Vouloir décrire l'activité des médecins généralistes peut sembler une gageure en raison de la variété et de la fréquente imprécision des doléances des personnes qui les consultent. Parfois non médicaux, ces motifs de contact ne permettent pas toujours d'aboutir à un diagnostic de certitude, soit qu'un complément d'information s'avère nécessaire, soit que les plaintes sont difficiles à prouver. La *Société française de médecine générale* (SFMG) est parvenue à dresser le panorama des Résultats de Consultations en constituant un catalogue de fiches thématiques.

Exploiter les informations ainsi recueillies au cours de chaque consultation nécessite immanquablement l'encodage de ces fiches. Il faut féliciter la SFMG du choix de la 10ème révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) de *l'Organisation mondiale de la santé* (OMS) pour ce faire. Si elle est le standard international actuel en matière de codage des diagnostics et motifs de consultation, la CIM-10 n'est cependant pas toujours très bien adaptée à l'exercice de la médecine générale. Les experts de la SFMG qui ont entrepris cette tâche ardue ont pourtant montré une maîtrise de cet outil que l'ont souhaiterait plus répandue. Pour valider l'encodage de son catalogue, la SFMG a fait appel à *l'Association des utilisateurs des nomenclatures nationales et internationales de santé* (Aunis).

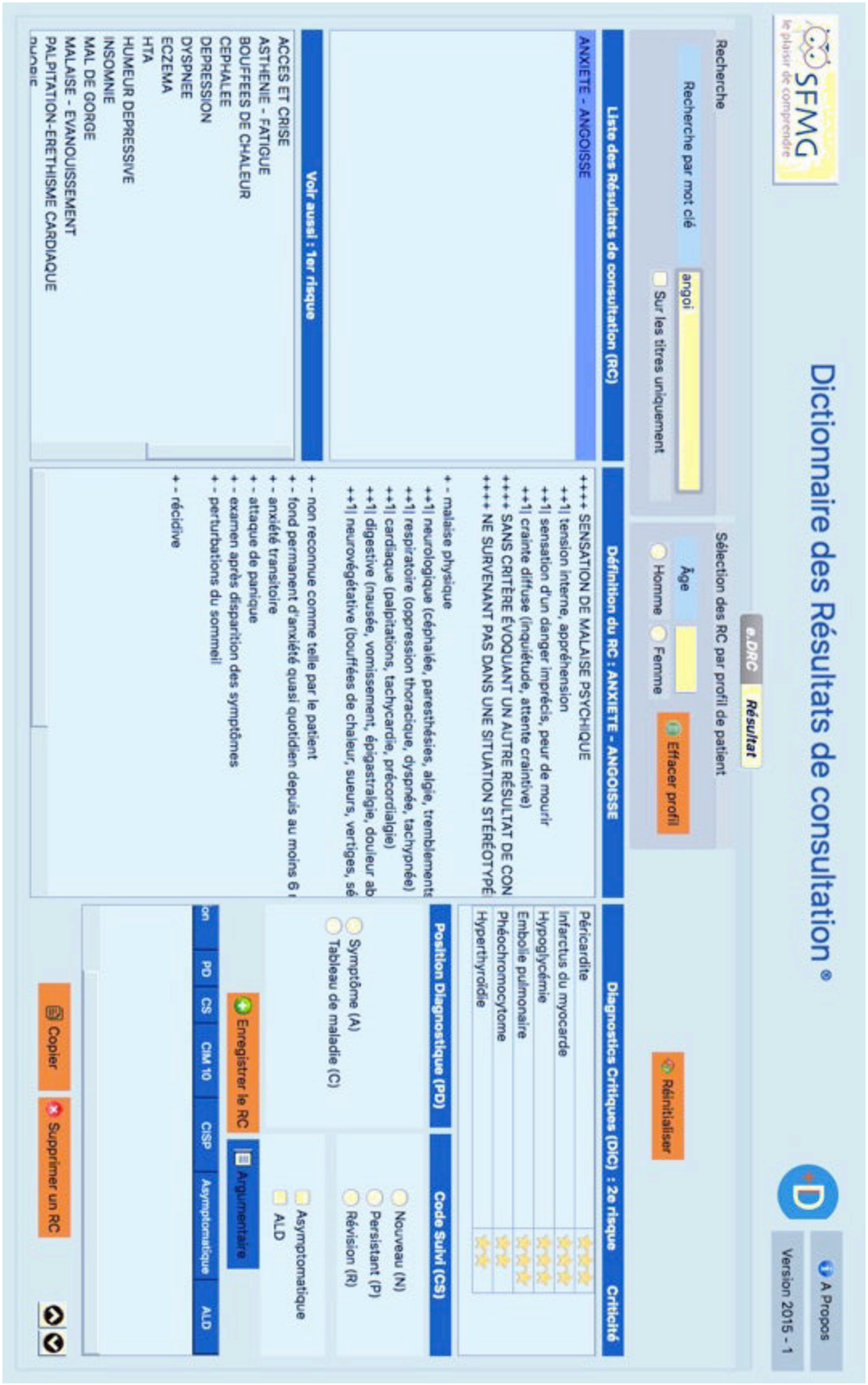
Le travail a été effectué par cinq experts de cette association, coordonnés par un expert qui a assuré la cohérence des propositions de correction et la validation du document final. Dans ce but se sont instaurés des échanges cordiaux et fructueux entre SFMG et Aunis : chacune des deux parties a ainsi mieux compris les objectifs poursuivis et les limites réciproques de ce travail. Cela a pu aboutir à des modifications de la proposition d'encodage, comme à un ajustement de la fiche de recueil.

Dans certains cas, le résultat est un compromis entre l'impérieuse nécessité de mettre à disposition des utilisateurs un outil souple, facile à employer et adapté à la pratique médicale et le souci idéaliste de fournir le codage le plus précis et détaillé. L'encodage fourni dans cette version ne peut donc pas être considéré comme définitif et intangible. Comme tout outil de cette nature, le catalogue de la SFMG est en effet appelé à évoluer ; les outils techniques mis à disposition des utilisateurs viendront eux-mêmes à se perfectionner, offrant des possibilités actuellement non satisfaites.

Par ailleurs la CIM-10 est périodiquement modifiée par l'OMS. C'est dire que le partenariat qui s'est instauré ici est susceptible de se renouveler. C'est en tout cas le souhait de l'Aunis qui a trouvé dans les experts de la SFMG avec qui elle a travaillé des interlocuteurs ouverts et cordiaux.

Docteur Jean-Pierre BODIN
Aunis

ANNEXE 6 : Exemple de RC sur version électronique du DRC



RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Dans plus de 70 % des cas le médecin généraliste se trouve en situation d'incertitude diagnostique en fin de consultation. Il doit faire face à deux dangers : le risque d'une erreur diagnostique et celui de ne pas évoquer un diagnostic grave. Le concept de Résultat de consultation (RC) permet, en caractérisant les situations cliniques les plus fréquentes, de maîtriser le premier risque. Notre travail s'est attaché à la gestion du second risque, que nous avons appelé démarche cindynique. Notre objectif était de répondre à la question suivante : est-il possible de rédiger des démarches cindyniques, adaptée aux situations cliniques les plus fréquentes en médecine générale ?

MATÉRIEL et MÉTHODE : Encadré par un groupe de huit médecins, le travail s'est déroulé en quatre étapes. Suite à une revue de la littérature, nous avons élaboré une méthode de création des démarches cindyniques, puis nous l'avons appliquée à 20 RC du Dictionnaire des Résultats de consultation (DRC) de la SFMG, et enfin soumise à validation auprès de 785 médecins généralistes, par une évaluation sur le modèle d'une échelle de Likert.

RÉSULTATS : Sont présentés dans ce travail cinq des vingt démarches cindyniques, pour ANXIÉTÉ-ANGOISSE, ARTHROSE, INSOMNIE, OTITE MOYENNE et REFLUX-PYROSIS-ŒSOPHAGITE. L'analyse de l'évaluation de ces démarches met en évidence une adhésion des médecins. L'intérêt et l'utilité générale des démarches cindyniques étaient notés à 7,2/9 en moyenne, avec une médiane à 7, et son applicabilité notée à 6,6/9 en moyenne, avec une médiane à 7. Les résultats pour chaque RC montraient une pertinence à plus de 7/9 et une utilité entre 5 et 8 suivant le RC. Les médecins utilisant le DRC ont globalement donné de meilleures appréciations.

CONCLUSION : L'avis favorable des confrères reçu par ce premier travail innovant incite à le poursuivre en l'étendant à tous les RC du Dictionnaire. Envisager des démarches cindyniques qui tiendraient compte des polymorbidités sera à envisager dans le futur.

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

SUMMARY

INTRODUCTION: In over 70% of cases the general practitioner is faced with a situation of diagnostic uncertainty in the end of a consultation. He faces two dangers : the risk of misdiagnosis and the risk to not mention a serious diagnosis. The « Result of consultation » (RC) concept allows, characterizing the most common clinical situations, to control the first risk. Our work has focused on the management of the second risk, that we called « cindynic approach ». Our objective was to answer the following question : is it possible to create cindynic approaches, adapted to the most common clinical situations in general practice ?

MATERIAL & METHOD: Framed by a group of eight doctors, the work took place in four stages. Following a review of the literature, we developed a method for creating cindynic approaches, we applied the method to 20 RC of the SFMG's Consultation results Dictionary (DRC), and finally subjected it to validation with 785 GPs, with an assessment on the model of a Likert scale.

RESULTS: Are presented in this work five of the twenty cindynic approaches, for ANXIETY, ARTHRITIS, INSOMNIA, OTITIS and REFLUX-HEARTBURN-ESOPHAGITIS. The analysis of the evaluation of these approaches highlights acceptance of doctors. The interest and the general utility of cindynic approaches were noted 7.2 / 9 on average, with a median of 7 and applicability rated 6.6 / 9 on average, with a median of 7. The results for each RC show relevance more than 7/9 and a value between 5 and 8 according to the RC. Doctors using the DRC gave overall better assessments.

CONCLUSION: The favorable opinion of the confreres received this first innovative work encourages further by extending it to all RC Dictionary. Cindynic approaches taking account of polymorbidity have to be considered in the future.

KEYWORDS: General medicine, uncertainty, diagnosis, guideline, risk, danger, cindynic, result of consultation, critical diagnosis, medical error.

SERMENT

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

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

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Dans plus de 70 % des cas le médecin généraliste se trouve en situation d'incertitude diagnostique en fin de consultation. Il doit faire face à deux dangers : le risque d'une erreur diagnostique et celui de ne pas évoquer un diagnostic grave. Le concept de Résultat de consultation (RC) permet, en caractérisant les situations cliniques les plus fréquentes, de maîtriser le premier risque. Notre travail s'est attaché à la gestion du second risque, que nous avons appelé démarche cindynique. Notre objectif était de répondre à la question suivante : est-il possible de rédiger des démarches cindyniques, adaptée aux situations cliniques les plus fréquentes en médecine générale ?

MATÉRIEL et MÉTHODE : Encadré par un groupe de huit médecins, le travail s'est déroulé en quatre étapes. Suite à une revue de la littérature, nous avons élaboré une méthode de création des démarches cindyniques, puis nous l'avons appliquée à 20 RC du Dictionnaire des Résultats de consultation (DRC) de la SFMG, et enfin soumise à validation auprès de 785 médecins généralistes, par une évaluation sur le modèle d'une échelle de Likert.

RÉSULTATS : Sont présentés dans ce travail cinq des vingt démarches cindyniques, pour ANXIÉTÉ-ANGOISSE, ARTHROSE, INSOMNIE, OTITE MOYENNE et REFLUX-PYROSIS-ŒSOPHAGITE. L'analyse de l'évaluation de ces démarches met en évidence une adhésion des médecins. L'intérêt et l'utilité générale des démarches cindyniques étaient notés à 7,2/9 en moyenne, avec une médiane à 7, et son applicabilité notée à 6,6/9 en moyenne, avec une médiane à 7. Les résultats pour chaque RC montraient une pertinence à plus de 7/9 et une utilité entre 5 et 8 suivant le RC. Les médecins utilisant le DRC ont globalement donné de meilleures appréciations.

CONCLUSION : L'avis favorable des confrères reçu par ce premier travail innovant incite à le poursuivre en l'étendant à tous les RC du Dictionnaire. Envisager des démarches cindyniques qui tiendraient compte des polymorbidités sera à envisager dans le futur.

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