

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 01 juin 2016 à Poitiers
par **Romain DINDINAUD**

Titre

Démarches cindyniques en médecine générale
Proposition de définition et finalisation d'une méthode permettant d'élaborer une
conduite à tenir pour chaque Résultat de Consultation (RC)
du Dictionnaire de la Société Française de Médecine Générale

Test de faisabilité sur les RC : PLAINTÉ ABDOMINALE, ASTHME, HTA, HYPOTHYROIDIE et
ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Claude Meurice

Membres :

Monsieur le Professeur Marc Paccalin

Monsieur le Professeur Luc-Philippe Christiaens

Monsieur le Professeur Frank Bridoux

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierre Ferru

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 01 juin 2016 à Poitiers
par **Romain DINDINAUD**

Titre

Démarches cindyniques en médecine générale
Proposition de définition et finalisation d'une méthode permettant d'élaborer une
conduite à tenir pour chaque Résultat de Consultation (RC)
du Dictionnaire de la Société Française de Médecine Générale

Test de faisabilité sur les RC : PLAINTÉ ABDOMINALE, ASTHME, HTA, HYPOTHYROIDIE et
ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Claude Meurice

Membres :

Monsieur le Professeur Marc Paccalin

Monsieur le Professeur Luc-Philippe Christiaens

Monsieur le Professeur Frank Bridoux

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierre Ferru

Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

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

Enseignants d'Anglais

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

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie 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)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Meurice,

Vous m'avez fait l'honneur de présider ma thèse, veuillez trouver dans ce travail tout le témoignage de ma reconnaissance.

A Messieurs les Professeurs Paccalin, Christiaens et Bridoux,

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

A Pierre Ferru,

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse. Ce travail est dans la continuité de ta carrière de médecin généraliste. Apprivoiser l'incertitude a fait partie de ta réflexion quotidienne, face aux patients et de ton travail au sein de la SFMG. Merci de tout ce que tu as pu m'apporter au cours de nos multiples discussions. Je te prie d'accepter ici mon plus profond respect ainsi que mon amitié. Merci Pierre.

A Olivier Kandel, Julie Chouilly, Damien Jouteau, Gilles Gabillard, Corinne et Christian Chaudon, Célia, Maxime et Edouard,

Mes compères de réflexions cindyniques, dont la justesse d'esprit, la pertinence, la gentillesse, m'ont permis de grandir médicalement et humainement au cours de nos réunions.

Aux médecins généralistes,

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

A mes parents,

Pour m'avoir toujours soutenu dans mes longues études et lors des moments de doutes. Merci pour votre amour que vous m'avez toujours apporté au quotidien. Je vous dédie ce travail. Papa, merci pour ta relecture finale.

A mes grands-parents,

Qui auraient été fiers de me voir ici.

A Elodie,

Mon amour, ce travail est pour toi aussi. Merci pour ton soutien au quotidien. Je t'aime.

A Louise et Côme,

Mes enfants. Merci pour la joie et le bonheur que vous m'apportez au quotidien. Gros bisous mes Loulous.

A mes beaux-parents, Antoine, Gaby et Yann,

Merci de votre soutien et de votre bienveillance.

A tous mes amis, présents ou non, mes co-internes

Merci pour tout.

A Nancy, pour son aide pour le résumé en Anglais, merci.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1. <u>Les soins primaires</u>	12
2. <u>L'incertitude du diagnostic</u>	13
3. <u>Une sémiologie des situations cliniques en médecine générale</u>	14
4. <u>Deux écueils</u>	15
4.1. <u>Le premier danger d'erreur diagnostique</u>	15
4.2. <u>Le deuxième danger d'erreur diagnostique</u>	16
5. <u>Les conduites à tenir</u>	16
6. <u>Clarification de la terminologie</u>	17
7. <u>Pourquoi la démarche diagnostique du médecin généraliste serait-elle différente de celle de ses confrères hospitaliers ?</u>	19
8. <u>Une particularité en soins primaires : la prise en compte de la polypathologie</u> ..	19
9. <u>Le premier risque d'erreur diagnostique</u>	20
9.1. <u>La certitude clinique</u>	21
9.2. <u>Le doute étiologique</u>	22
9.3. <u>Les raisons de l'incertitude diagnostique</u>	22
9.4. <u>Élément de cindynique</u>	23
9.5. <u>Pour éliminer le 1er risque</u>	26
9.5.1. <u>La définition</u>	26
9.5.2. <u>La liste des Voir aussi</u> ,	27
9.5.3. <u>5.3 L'argumentaire</u>	29
<u>Voir Aussi</u>	30
<u>Positions diagnostiques</u>	30

MATERIEL ET METHODE

1. <u>LA QUESTION DE RECHERCHE</u>	32
2. <u>LES OBJECTIFS</u>	32
3. <u>L'ORGANISATION DE L'ETUDE</u>	32
3.1 <u>Les ressources humaines</u>	32
3.2 <u>Les grandes étapes de l'étude</u>	33
4. <u>LE DEROULE DE L'ETUDE</u>	33
4.1 <u>Reprise des éléments antérieurs à la réflexion</u>	33
4.2 <u>Première tentative de méthode et résultats des tests</u>	35
4.3 <u>Finalisation d'une méthode et organisation du travail</u>	39
4.4 <u>Suivi de la création des 20 premières démarches cindyniques</u>	42
4.5 <u>Validation par les experts</u>	42

<u>4.6 Rédaction de la méthode finalisée</u>	43
<u>5. Discussion et perspectives</u>	43

RESULTATS

<u>1. Création des démarches cindyniques des 5 RC</u>	44
<u>1.1. RC PLAINTÉ ABDOMINALE</u>	44
<u>1.1.1. Définition :</u>	44
<u>1.1.2. Argumentaire</u>	45
<u>Dénomination</u>	45
<u>Critères d'inclusion</u>	45
<u>Compléments sémiologiques</u>	45
<u>1.1.3. Voir Aussi</u>	45
<u>1.1.4. Diagnostics Critiques (DiC)</u>	46
<u>1.1.5. Les démarches cindyniques pour le RC PLAINTÉ ABDOMINALE</u>	46
<u>1.1.6. Discussions autour de la création du tableau</u>	48
<u>1.2. RC ASTHME</u>	49
<u>1.2.1. Définition</u>	49
<u>1.2.2. Argumentaire</u>	49
<u>Dénomination</u>	49
<u>Critères d'inclusion</u>	49
<u>Compléments sémiologiques</u>	50
<u>1.2.3. Voir Aussi</u>	50
<u>1.2.4. Diagnostics Critiques (DiC)</u>	50
<u>1.2.5. Les démarches cindyniques du RC ASTHME</u>	51
<u>1.2.6. Discussion autour de la création du tableau</u>	52
<u>1.3. RC HTA</u>	53
<u>1.3.1. Définition</u>	53
<u>1.3.2. Argumentaire</u>	53
<u>Dénomination</u>	53
<u>Critères d'inclusion</u>	53
<u>Compléments sémiologiques</u>	53
<u>1.3.3. Voir Aussi</u>	54
<u>1.3.4. Diagnostics Critiques (DiC)</u>	54
<u>1.3.5. Les démarches cindyniques pour le RC HTA</u>	54
<u>1.3.6. Discussion autour de la création du tableau</u>	55
<u>1.4. RC HYPOTHYROIDIE</u>	56

1.4.1.	<u>Définition</u>	56
1.4.2.	<u>Argumentaire</u>	56
	<u>Dénomination</u>	56
	<u>Compléments sémiologiques</u>	56
1.4.3.	<u>Voir Aussi</u>	56
1.4.4.	<u>Diagnostics Critiques (DiC)</u>	57
1.4.5.	<u>Les démarches cindyniques pour le RC HYPOTHYROIDIE</u>	57
1.4.6.	<u>Discussion autour de la création du tableau</u>	58
1.5.	<u>RC ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE</u>	59
1.5.1.	<u>Définition</u>	59
1.5.2.	<u>Argumentaire</u>	59
	<u>Dénomination</u>	59
	<u>Critères d'inclusion</u>	59
	<u>Compléments sémiologiques</u>	60
1.5.3.	<u>Voir Aussi</u>	60
1.5.4.	<u>Diagnostics Critiques (DiC)</u>	60
1.5.5.	<u>Les démarches cindyniques du RC ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE</u>	60
1.5.6.	<u>Discussion autour de la création du tableau</u>	63
2.	<u>résultats de l'évaluation des démarches cindyniques</u>	63
2.1.	<u>Description de l'échantillon</u>	63
2.1.1	<u>Répartition par âge</u>	64
2.1.2	<u>Utilisation du DRC</u>	64
2.2.	<u>Évaluation du concept de la démarche cindynique :</u>	65
2.2.1.	<u>Intérêt et utilité</u>	65
2.2.2.	<u>Applicabilité</u>	66
2.2.3.	<u>Format de la présentation</u>	67
2.3	<u>Influence des caractéristiques de l'échantillon</u>	67
2.3.1.	<u>Âge</u>	67
2.3.2.	<u>Utilisation du DRC</u>	68
2.4	<u>Analyse des commentaires</u>	70
2.5.	<u>INTERPRETATION DES RESULTATS PAR RC</u>	70
2.5.1.	<u>RC PLAINTE ABDOMINALE</u>	71
2.5.1.1.	<u>Pertinence</u>	71
2.5.1.2.	<u>Utilité</u>	72
2.5.1.3.	<u>Commentaires :</u>	73
2.5.2.	<u>RC ASTHME</u>	73

2.5.2.1. Pertinence	74
2.5.2.2. Utilité	75
2.5.2.3. Commentaires	75
2.5.3. RC HTA	75
2.5.3.1. Pertinence :	76
2.5.3.2. Utilité	76
2.5.3.3. Commentaires :	77
2.5.4. RC HYPOTHYROIDIE.....	77
2.5.4.1. Pertinence	78
2.5.4.2. Utilité	79
2.5.4.3. Commentaires	79
2.5.5. RC ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE.....	80
2.5.5.1. Pertinence	80
2.5.5.2. Utilité	81
2.5.5.3. Commentaires	82

DISCUSSION

1. Introduction.....	83
2. Définition de la cindynique :	84
3. Construction méthodologique.....	85
3.1. Le choix de la méthode.....	85
3.2 L'élaboration du questionnaire d'évaluation.....	86
4. Résultats sur la démarche cindynique en général	87
4.1. Intérêt et utilité.....	87
4.2. Applicabilité.....	87
4.3. Format.....	87
4.4. Comparaison en fonction de l'âge et de l'utilisation du DRC.....	88
4.5. Le verbatim	88
5. Résultats de l'enquête particulière à 5 Résultats de consultation	89
5.1. RC PLAINTÉ ABDOMINALE	89
5.2. 5.2- RC ASTHME	90
5.3. 5.3- RC HTA.....	90
5.4. 5.4- RC HYPOTHYROIDIE.....	91
5.5. 5.5- RC ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE.....	91
5.6. Au total	92
6. Comparaison du travail des différentes thèses.....	92

7. <u>Limites et biais</u>	93
8. <u>Perspectives</u>	95
CONCLUSION	97
BIBLIOGRAPHIE	99
ANNEXES	101
RESUME	118
SERMENT	119
ABSTRACT	120

INTRODUCTION

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

La médecine générale est devenue une discipline universitaire depuis son inscription au Conseil National des Universités en 2006. La WONCA-Europe la définit comme « une discipline scientifique et universitaire avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques »(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. Les soins primaires

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

Le médecin généraliste est souvent la première personne du système de soins à rencontrer le patient. Il est contraint d'agir "à un stade précoce et non différencié des maladies". Or, en soins primaires, l'incidence et la prévalence des pathologies est faible et les symptômes n'y sont pas toujours synonymes de maladies. 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"(3)

2. L'incertitude du diagnostic

Une des grandes caractéristiques de la médecine de premier recours est son intervention à un stade précoce et encore souvent indifférencié des maladies. Le praticien doit, dans un temps court, à la fin de la consultation, aboutir à une conclusion et organiser les soins en conséquence. Cette conclusion n'est que rarement un diagnostic. En effet, 70% des consultations de médecine générale sont des situations non caractéristiques d'une maladie(4). 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. 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, cité par Bloy (5) trois degrés d'incertitude :

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

Les niveaux 1 et 3 ont un caractère particulièrement important pour le généraliste dont le champ des connaissances nécessaires à son exercice est potentiellement le plus étendu, sa spécialité n'étant pas limitée à un organe ou une fonction. Quels que soient ses efforts pour augmenter ses connaissances, il restera celui qui sait "un peu de tout"(6).

Mais renoncer au diagnostic en médecine générale n'est pas si simple car pour un certain nombre de patients et de médecins "pouvoir nommer la maladie, c'est déjà, dans l'esprit de beaucoup, pouvoir la maîtriser". 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 enlever (7).

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, celui de poser un diagnostic sans preuve.

Pour éviter ce danger, source potentielle d'erreur de diagnostic, le médecin doit d'abord dénommer 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.

3. Une sémiologie des situations cliniques en médecine générale

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

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

L'ensemble des Résultats de consultation (RC) représente plus de 97% des situations prises en charge en médecine de premier recours. En pratique, un médecin généraliste rencontre chaque RC une fois par an, soit environ dans 1 cas pour 4000 consultations (activité moyenne du médecin généraliste français). Le Résultat de consultation, fruit de l'analyse du clinicien, est le plus haut niveau de certitude clinique auquel parvient le praticien en fin de consultation (8).

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 278 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.

4. Deux écueils

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

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

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 défini(e) 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.

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, les diagnostics potentiellement graves, qui au cours de leur évolution pourraient correspondre au tableau clinique décrit par le RC qu'il a choisi. En effet, le médecin généraliste intervenant au stade indifférencié des maladies, la même symptomatologie peut être révélatrice d'une pathologie bénigne comme d'une pathologie grave.

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

Evaluer le risque consiste à tenir compte, pour chaque danger identifié, de sa gravité, de son urgence, de sa curabilité, et de la vulnérabilité du patient. Ces 4 éléments permettent de calculer la criticité (importance) de chaque danger. D'où l'appellation : Diagnostic Critique (DiC). Une liste de DiC a été créée pour chacun des 278 RC (9).

5. Les conduites à tenir

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 ?**

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

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

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

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

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

Ces quatre sujets ont été traités simultanément par quatre internes lors de travaux de thèse. Dans la présente, la formalisation du 1^{er} danger d'erreur diagnostique sera abordée plus en détails.

6. Clarification de la terminologie

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

Les premières furent celles de « conduite à tenir » et de « recommandation de bonne pratique » car appartenant au langage courant médical. Concernant le terme de « conduite à tenir » la notion d'impératif est contradictoire avec notre démarche. Pour la seconde, le risque d'ambiguïté avec les recommandations de bonne pratique de l'HAS nous a conduits 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 pas non plus répondu à nos attentes. Selon le dictionnaire, décider c'est résoudre après un examen une chose douteuse et contestée. Ce terme ne peut donc correspondre à une démarche en médecine de premier recours. L'incertitude y étant parfois trop importante pour apporter immédiatement une solution.

Nous nous sommes ensuite intéressés à des termes plus centrés sur le patient tels que « prise en charge » ou « projet de soins ». 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 ». Cependant notre travail porte plus sur le danger que sur le risque. Le risque est l'éventualité que se réalise un danger. Même si notre travail se doit d'évaluer le risque, cela est fait dans le but d'écarter la menace qui est bien le danger.

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 consacré à " la maîtrise des risques technologiques " tenu à la Sorbonne en 1987.¹

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

Nous pourrions donc retenir comme dénomination de notre travail :

Cindynique de la démarche diagnostique en médecine générale

¹ Naissance de la cindynique Une science du risque. Le Monde 10.12.1987

7. Pourquoi la démarche diagnostique du médecin généraliste serait-elle différente de celle de ses confrères hospitaliers ?

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

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

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

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

Le médecin généraliste doit s'occuper en moyenne de 2,1 problèmes de santé par consultation (10). Créer des conduites à tenir adaptées à sa pratique doit donc prendre en compte cette réalité.

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

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

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

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

La polymorbidité ne peut donc pas être étudiée par la combinaison mathématique des différentes pathologies. Une piste serait de réfléchir à des recommandations par typologie de patients polymorbides. Une étude appelée Polychrome distingue six classes de pathologies représentant 80% des actes (11). Sans être exhaustive, une démarche cindynique adaptée à ces différentes classes pourrait aider le médecin dans la prise de décision.

Dans l'immédiat, il faudrait déjà adapter les recommandations par pathologie à la réalité de la médecine en soins primaires. Une réflexion sur la gestion du risque diagnostique pour les 278 Résultats de consultation serait une première étape avant d'envisager une démarche cindynique pour des typologies de polymorbidité.

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

9. Le premier risque d'erreur diagnostique

Comme nous l'avons évoqué en introduction, 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. Comme l'indiquait Braun (12) « Le corps humain n'a pour réagir aux innombrables agressions pathogènes qu'un nombre relativement modeste de troubles et de signes de maladie perceptibles. Par suite, les symptômes et syndromes pathognomoniques, c'est-à-dire permettant de

déterminer une maladie sans équivoque et donc faciles à saisir sont extrêmement rares ».

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® le lui permet : il répertorie en moins de 300 termes, les « cas » rencontrés le plus souvent en médecine de premier recours. Il résulte des travaux de R.N. Braun qui, pendant plus de vingt ans a analysé les cas qu'il rencontrait dans sa pratique et constaté qu'il les observait avec une fréquence régulière, pourvu qu'il les ait dénommés de la même façon avec des critères d'inclusion identiques. Sa Casugraphie a été adaptée par la Société Française de Médecine Générale sous le nom de Dictionnaire des Résultats de consultation®.

Cette entité nosologique, le Résultat de consultation (RC), contrairement à un diagnostic complet, comporte un doute étiologique conscient. Elle permet au médecin de garder l'esprit en éveil et de surveiller l'évolution possible des troubles observés. En médecine générale, l'affirmation (par excès) d'un diagnostic lors de la première prise en charge peut se révéler dangereuse car elle occulterait alors cette incertitude étiologique. Conclure à une gastrite en présence d'une épigastralgie sans qu'une fibroscopie ait permis de le confirmer revient à oublier que ce symptôme peut être le signe d'une autre pathologie se présentant de façon fallacieuse. "On entrevoit les raisons pour lesquelles la médecine générale scientifique doit refuser la sujétion de continuer à établir des diagnostics à un degré inférieur de certitude" (13).

9.1. La certitude clinique

Pour contourner la fragilité inhérente à l'incertitude diagnostique, le clinicien s'appuie ainsi sur la certitude clinique. Comme le marin doit faire le point, seul au milieu de l'océan, afin de connaître le bon cap à suivre, le médecin doit passer par le Résultat de Consultation afin de pouvoir prendre des décisions qui répondent au problème à prendre en charge. Il sait alors "où il doit aller".

Cela évite ainsi deux écueils :

- Celui de considérer la plainte du patient (le motif de consultation) comme devant être obligatoirement « bilanté » pour reprendre cet affreux néologisme qui sévit dans les services d'urgence. Il évitera ainsi des explorations inutiles, chronophages, anxiogènes et sources d'erreurs inévitables.

- Mais aussi celui de prendre ses impressions pour des réalités et de considérer qu'il est en face d'un diagnostic, donc d'une « maladie » ce qui entraînerait des décisions inadaptées.

9.2. Le doute étiologique

Face à une maladie le médecin sait précisément ce qu'il doit prendre en charge comme pour un ulcère de l'estomac après fibroscopie ; l'étiologie est claire, même si la cause première n'est pas toujours identifiée. En revanche, face à une douleur épigastrique non caractéristique de quelque maladie que ce soit, le praticien est devant plusieurs étiologies hypothétiques, allant de l'anxiété à l'infarctus postérieur, en passant par la pancréatite ou l'ulcère de l'estomac.

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.

Dans l'exemple d'une douleur épigastrique non caractéristique, ne pouvant en avoir la preuve lors de la consultation, le praticien choisira le RC EPIGASTRALGIE, si les critères d'inclusion de la définition correspondent à la sémiologie du patient.

Mais avant d'entamer une démarche étiologique, il doit devra s'assurer qu'aucun RC plus caractéristique ne correspond à la situation clinique qu'il observe : c'est ce que nous appellerons le « premier risque » et nous verrons plus loin, comment la construction de chaque Résultat de consultation permet au mieux de le réduire.

9.3. Les raisons de l'incertitude diagnostique

La compétence du médecin, son savoir et son savoir-faire, interviennent logiquement dans sa capacité à choisir la bonne dénomination. Mais, même si le praticien exerce dans toutes « les règles de l'art », il persiste des raisons qui entravent la quête d'un diagnostic certifié.

Il est le plus souvent face à des troubles de santé au stade précoce de leur évolution. Tous les signes de la maladie peuvent ne pas être encore apparus. Des douleurs d'allure névralgique d'un héli thorax, sans éruption cutanée qui n'apparaîtra que 3 jours plus tard, n'en font pas un zona.

Certains de ces troubles n'évolueront peut-être jamais vers une maladie et disparaîtront spontanément.

Il dispose d'un plateau technique limité.

Il est amené enfin à prendre des décisions dans un temps court (16 minutes en moyenne).(14) Par ailleurs, s'il ne doit pas prendre de risque inconsidéré, il ne doit pas non plus induire d'investigations inutiles, onéreuses ou anxiogènes.

Une orientation aux urgences d'emblée, pour explorations, alors qu'il n'y a aucun signe de gravité, serait également tout à fait excessive.

Retenons aussi qu'une des spécificités de la médecine de premier recours réside dans le fait que le patient consulte souvent pour plusieurs problèmes simultanément. Le généraliste prend en charge en moyenne 2,2 RC par séance et ce chiffre croît avec l'âge du patient pour atteindre plus de 6 RC après 70 ans.(15). Ceci amène un risque de dispersion dans la construction mentale du praticien qui peut nuire à la pertinence de sa « construction » diagnostique.

Il existe aussi d'autres raisons plus subjectives dont il faut être conscient : incertitude des doléances du malade qui ne se plaint que de ce dont il veut bien se plaindre, en passant sous silence – volontairement ou inconsciemment – ou au contraire en majorant certains aspects de celles-ci. Incertitude des constatations dites objectives du médecin, pouvant varier selon les qualités d'observation de celui-ci, selon les conditions de lieu ou de temps d'observation, et qui dépendent aussi des caractéristiques « sui generis » du praticien.

Ainsi ces données à la fois objectives et subjectives rendent-elles compte au moins en partie des éléments cliniques et anamnestiques pouvant faire défaut pour aboutir à un diagnostic.

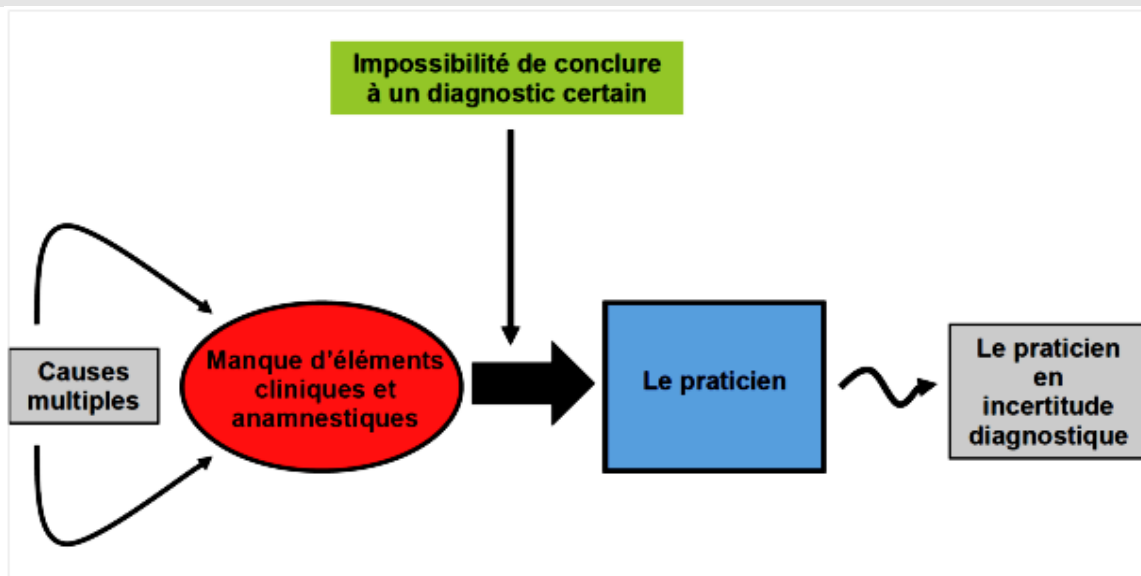
9.4. Élément de cindynique

Ce que nous avons appelé plus haut le « premier risque » peut se résumer ainsi (16).

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 (figure I).

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 auquel aucun médecin ne peut échapper.

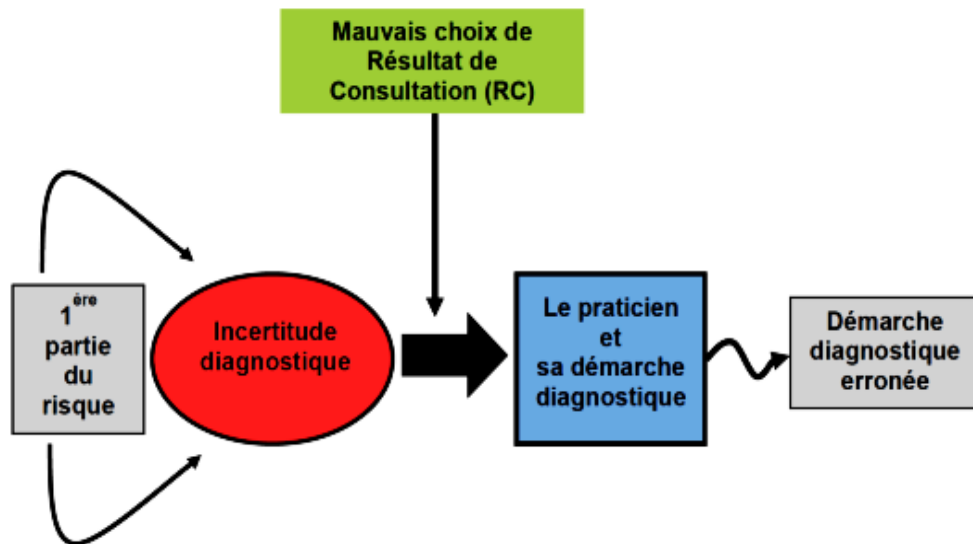
Figure I : Représentation de la première partie du 1^{er} risque



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.

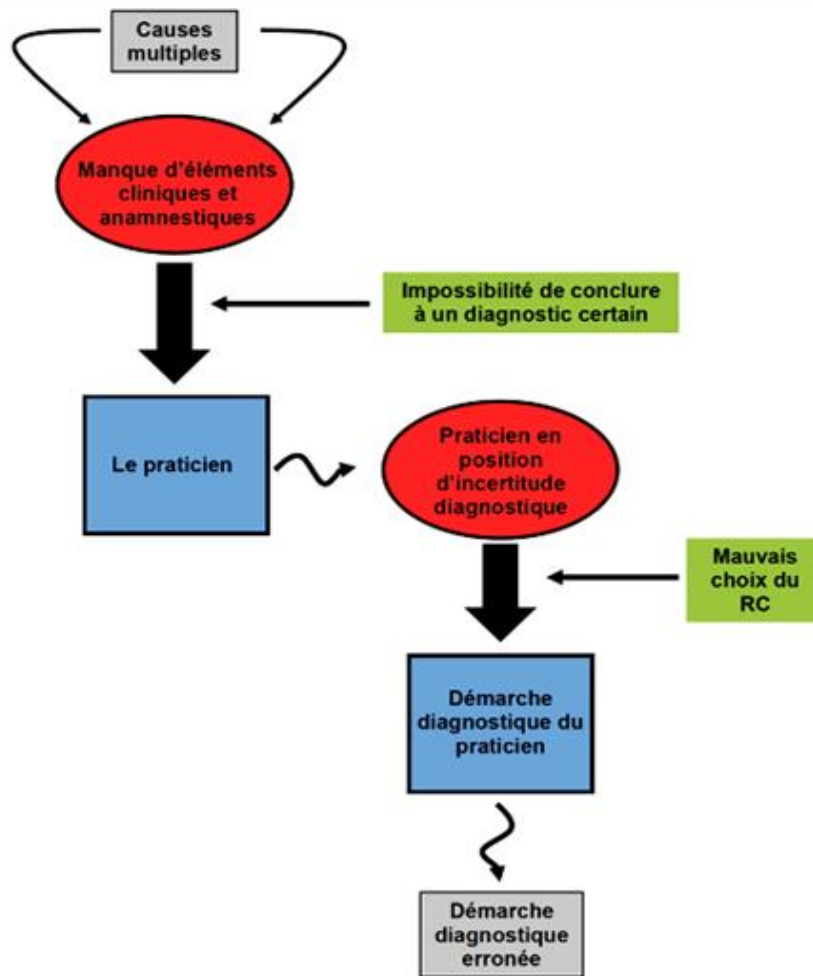
Mais cette matérialisation en RC présente un nouveau risque. Effectivement, cette incertitude du diagnostic met le praticien devant une nouvelle source de danger. Il va devoir choisir en fonction de sa plus haute certitude clinique, le RC correspondant à la situation clinique. L'événement redouté ici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

Figure n°II : Représentation de la seconde partie du 1^{er} risque



Ainsi, on peut symboliser l'ensemble du premier risque de la façon suivante (figure III)

Figure III : Représentation du 1^{er} risque diagnostique



9.5. Pour éliminer le 1er risque

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

9.5.1. La définition

Écrite sous forme d'items à choisir pour relever le cas par ce RC (Figure IV).

Figure IV : Définition du RC EPIGASTRALGIE

++++ DOULEUR SPONTANÉE DE LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE
++++ SANS SIGNE DE REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN
++1 BRÛLURE
++1 CRAMPE OU TORSION
++1 PESANTEUR OU GÊNE
++1 FAIM DOULOUREUSE
++1 AUTRE (À PRÉCISER EN COMMENTAIRE)
+ - calmée par les aliments
+ - favorisée par les repas, post-prandiale
+ - favorisé par la prise de certains aliments (à préciser en commentaire)
+ - favorisé par la prise de certains médicaments (à préciser en commentaire)
+ - calmés par des médicaments
+ - favorisée par le stress
+ - irradiation (sauf vers le haut, à préciser)
+ - antécédent personnel digestif (gastrique, vésiculaire, pancréatique)
+ - retrouvée ou accentuée à la palpation.
+ - récidive

Certains sont obligatoires (nécessaires et suffisants), ce sont les critères d'inclusion. D'autres sont facultatifs, ce sont les Compléments sémiologiques non suffisants en eux-mêmes mais qui permettent de compléter le recueil clinique.

9.5.2. La liste des Voir aussi,

Elle comporte les Résultats de consultation concurrents de par leurs analogies de manifestation et leurs propres risques d'évolution grave évitables. Cette liste, qui est particulière à chaque cas, remplit la fonction de critère de réfutation.

Elle a une fonction taxinomique qui vient limiter le 1^{er} risque, c'est-à-dire l'erreur dans le choix du RC.

Elle a, accessoirement, une fonction d'aide à l'utilisation du Dictionnaire des Résultats de consultation.

Cette liste est constituée de RC décrivant des tableaux cliniques voisins du RC en question, qu'il faudra éliminer hic et nunc (pendant le temps de la consultation) avant de choisir ce RC. Autrement dit, quels sont les RC qui pourraient évoquer ou imiter le cas que j'observe ? Y aurait-il un autre RC plus précis pour définir le cas, ou y a-t-il des définitions qui permettent de rester dans une position plus ouverte dans l'objectif d'arriver à une meilleure caractérisation clinique ?

En d'autres termes, un RC qui ne comporterait que des critères d'inclusion, si précis soient-ils, n'aurait aucune valeur. Il prend toute sa valeur par la liste des *Voir aussi*. C'est parce qu'on a exclu, le plus souvent cliniquement, les RC de la liste des *Voir aussi*, que l'on confirme que c'est bien le RC choisi qui correspond le mieux à la situation clinique présentée.

Ainsi, le médecin vérifie avant de confirmer son choix, qu'aucun autre RC ne correspondrait pas plus précisément à la situation clinique qui se présente à lui (Figure V).

Figure V : Les Voir aussi du RC EPIGASTRALGIE

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU
ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE
ANXIETE - ANGOISSE
CONTUSION
DOULEUR NON CARACTERISTIQUE
GASTRITE CHRONIQUE
HERNIE HIATALE
INFARCTUS DU MYOCARDE
LITHIASSE BILIAIRE
PLAINTES ABDOMINALES
REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE
ULCERE DUODENAL
ULCERE GASTRIQUE

9.5.3. L'argumentaire

Enfin, est un texte qui explique et justifie la définition du RC. Sa lecture aide le médecin à vérifier que l'esprit de la définition est bien en adéquation avec le tableau sémiologique de son patient (Figure VI). Il détaille également pour chaque Voir aussi, par une phrase en quelque sorte lapidaire, les arguments qui permettraient de le choisir de préférence à celui envisagé.

Figure VI : L'argumentaire du RC EPIGASTRALGIE

Dénomination

Cette dénomination recouvre les termes usuels : " mal à l'estomac " ou " crampe à l'estomac ", sans impliquer une origine gastrique.

Critères d'inclusion

La douleur ne doit s'accompagner de symptômes de reflux (ni brûlures rétro-sternales, ni régurgitations associées).

Le type de douleur doit être défini parmi les quatre options proposées. Choisir "autre" et préciser en commentaire si aucun qualificatif ne convient.

Compléments sémiologiques

Il permettent de caractériser les conditions de survenue de la douleur, ses horaires par rapport aux repas, qui pourraient orienter vers une lésion spécifique de l'estomac (gastrite, ulcère gastrique, ulcère du duodénum).

La notion "d'antécédent personnel digestif" est prise au sens large (œsophage, estomac, duodénum) et intègre aussi les antécédents vésiculaires et pancréatiques.

Voir Aussi

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU : s'accompagne soit d'une défense, soit d'un arrêt net du transit.

ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE : antécédents coronariens, contexte, avec une douleur souvent ascendante.

ANXIETE – ANGOISSE : on retrouve l'expression d'un malaise psychique.

CONTUSION : la douleur épigastrique est secondaire à un traumatisme.

DOULEUR NON CARACTERISTIQUE : si l'origine viscérale de la douleur ne peut être déterminée.

GASTRITE CHRONIQUE : nécessite une fibroscopie avec biopsie significative

HERNIE HIATALE : ne peut qu'avoir été confirmée par imagerie ou fibroscopie.

INFARCTUS DU MYOCARDE : antécédents coronariens, contexte, avec une douleur souvent ascendante.

LITHIASE BILIAIRE : calcul biliaire connu par imagerie, douleur à irradiation souvent postérieure.

PLAINTE ABDOMINALE : s'agit d'une douleur diffuse de l'abdomen.

REFLUX-PYROSIS-ŒSOPHAGITE : les brûlures épigastriques remontent vers la gorge.

ULCERE DUODENAL : nécessite une fibroscopie avec biopsie significative.

ULCERE GASTRIQUE : nécessite une fibroscopie avec biopsie significative.

Positions diagnostiques

A

Nous venons de voir comment ce premier risque d'erreur diagnostique est maîtrisable pour peu que le médecin suive une démarche clinique et ne se limite ni au motif de consultation, ni aux hypothèses qu'il échaufferait. Notre travail n'abordera donc pas ce premier risque, qui est considéré comme un prérequis. Nous partons de deux principes : d'une part, que le médecin exerce dans les règles de l'art avec les compétences cliniques nécessaires à sa fonction et d'autre part, qu'il ne s'est pas trompé de dénomination (Résultat de consultation). La réflexion menée pour l'étude des démarches cindyniques en médecine générale tient pour acquis ces deux faits.

Le médecin gardera néanmoins toujours à l'esprit, mais c'est une réflexion de bon sens et pas seulement en médecine générale « qu'en début d'épisode de soins, lorsque la fonction diagnostique est prospective, rien ne garantit qu'une entité morbide ou ses complications, même diagnostiquées sur la foi d'une certitude étiologique vérifiée, soient bien la cause principale des troubles pour lesquels les soins du moment sont requis »(17).

MATERIELS & METHODES

1. LA QUESTION DE RECHERCHE

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

2. LES OBJECTIFS

L'objectif principal est de construire une démarche cindynique pour chaque résultat de consultation.

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

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

3. L'ORGANISATION DE L'ETUDE

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

3.1 Les ressources humaines

Cette étude s'intègre dans le projet triennal de recherche théorique de la Société Française de Médecine Générale (SFMG), placé sous la responsabilité de son

secrétariat du comité de mise à jour du dictionnaire des résultats de consultation (SD²RC). Les différentes personnes sollicitées par le projet étaient ici de trois horizons.

- Le SD²RC était chargé d'initier la réflexion en s'appuyant sur les travaux antérieurs menés par la SFMG.
- Un groupe de quatre internes en médecine générale a été recruté pour mener leur travail de thèse sur le sujet.
- L'ensemble des Sociétaires du projet triennal de la SFMG auquel le projet a été présenté à deux reprises qui a entériné la fiabilité de la méthode de travail.

3.2 Les grandes étapes de l'étude

Le travail a été mené en 5 grandes étapes.

- 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.

4. LE DEROULE DE L'ETUDE

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

4.1 Reprise des éléments antérieurs à la réflexion

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

En effet, le médecin de premier recours se trouve dans 70% des cas face à des tableaux cliniques sans certitude diagnostique à l'issue de la consultation. Dans les autres cas, ceux où le médecin connaît avec certitude le diagnostic (ulcère gastrique,

cancer...), les démarches et conduites à tenir sont précises et bien référencées.

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

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

Ces éléments de titre, définition et positions diagnostiques ont été secondairement enrichis par la notion de risque critique appelé Diagnostique critique (DiC). Ainsi, à chaque RC est attachée une liste de DiC correspondant aux maladies graves 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.

Afin de pondérer les DiC y a été rattachée la notion de criticité. Cette notion de criticité intègre trois paramètres : (Annexe 9).

- 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 sa criticité d'un DiC. A l'inverse, une maladie incurable la diminue (Méningite bactérienne versus Démence). La cotation se fera en fonction du meilleur traitement envisageable.

Le DRC a permis de produire des données épidémiologiques sur les problèmes de santé pris en charge en médecine de premier recours, grâce à l'Observatoire de la Médecine Générale mis en place par la SFMG durant quinze ans de 1994 à 2009. Ces données relevées par 220 médecins concernent plus de 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.

4.2 Première tentative de méthode et résultats des tests

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

Un groupe de travail s'est alors mis en place constitué de 7 généralistes membres titulaires de la SFMG afin d'élaborer une méthode permettant d'écrire pour chaque RC des conduites à tenir adaptées à notre discipline.

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

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

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

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

réunions plénières.

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

Un nouveau test de faisabilité a été mené sur 3 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.

Les rubriques retenues étaient les suivantes :

- Généralités sur les causes principales et la démarche générale.

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 récurrence. Il amène à se poser la question suivante : à 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 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 était décidé d'étendre la méthode aux Résultats de Consultation les plus fréquents en pratique quotidienne.

Voici ce que donne la grille pour un des RC les plus courants : PLAINTES ABDOMINALES :

Généralités sur les causes principales et la démarche générale	Fréquemment retrouvé (au 21 ^e rang dans les données de l'OMG), ce RC regroupe diverses plaintes transitoires et non chroniques au niveau de l'abdomen (pelvis et épigastre exceptés). Bien souvent, le malade consulte après disparition des troubles et tout rentre dans l'ordre.
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	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.
Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC	Chez un patient vivant dans un habitat vétuste, on n'omettra pas d'évoquer le saturnisme, en particulier chez l'enfant. Des pratiques sexuelles à risque ou des antécédents de MST inciteront à penser à un éventuel syndrome de Fitz Hugh Curtis.
Impact	
Facteurs augmentant les complications d'un DiC sur le patient	
RC associés au RC en cause amenant à évoquer un DiC	Un AMAIGRISSEMENT, une PERTE D'APPETIT, associés à une PLAINTÉ ABDOMINALE orienteront plutôt vers un cancer ou une maladie inflammatoire chronique de l'intestin,

	Une DIFFICULTE SCOLAIRE chez un enfant pourrait orienter vers une origine psychogène.
Contexte épidémiologique	Une plainte abdominale survenant chez plusieurs enfants d'une même fratrie devra faire évoquer un saturnisme.
Taux de révision du RC	Inconnu actuellement.
Complications	
Conduite à tenir de 1ère intention.	Après un examen clinique soigneux, il importe avant tout de rassurer le patient sur le caractère bénin et non spécifique de ce type de plainte abdominale. Si certains diagnostics critiques paraissent gravissimes, ils sont tout de même rares. Il n'y a souvent aucun examen complémentaire à réaliser en première intention.

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 PLAINTÉ ABDOMINALE orienteront plutôt vers un cancer ou une maladie inflammatoire chronique de l'intestin,

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

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

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

4.3 Finalisation d'une méthode et organisation du travail

Suite aux résultats des tests de faisabilité nous avons précisé une méthode et une 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 les répartir entre les quatre internes. Nous avons retenu 20 RC tirés au sort de façon aléatoire parmi la liste des 50 RC les plus fréquents, en nombre d'actes pour tous les patients, à partir des données de l'OMG en 2009 (Figure n°V). Ceci en veillant à exclure les RC en position Z (non pathologique), dont les démarches cindyniques sont différentes dans l'esprit et afin de rester dans une démarche clinique.

Rang	Résultat de consultation	Nombre d'actes	Pourcentage
1	HTA	27846	14.08
2	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	21792	11.02

3	HYPERLIPIDÉMIE	15725	7.95
4	ETAT FEBRILE	14868	7.52
5	RHINOPHARYNGITE - RHUME	10706	5.41
6	VACCINATION	10396	5.25
7	ETAT MORBIDE AFEBRILE	9800	4.95
8	LOMBALGIE	8360	4.23
9	DIABETE DE TYPE 2	8348	4.22
10	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	8277	4.18
11	REACTION A SITUATION EPROUVANTE	5857	2.96
12	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	5512	2.79
13	ARTHROSE	5400	2.73
14	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	5390	2.72
15	TABAGISME	5349	2.70
16	INSOMNIE	5335	2.70
17	ANXIETE - ANGOISSE	4761	2.41
18	ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	4691	2.37
19	RHINITE	4613	2.33
20	DEPRESSION	4488	2.27
21	PLAINTES ABDOMINALES	4303	2.18
22	ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE	4179	2.11
23	EPAULE (TENOSYNOVITE)	3866	1.95
24	HUMEUR DEPRESSIVE	3724	1.88
25	CONTRACEPTION	3722	1.88
26	ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)	3657	1.85
27	ASTHME	3631	1.84
28	PROCEDURE ADMINISTRATIVE	3580	1.81
29	HYPOTHYROIDIE	3541	1.79
30	TOUX	3410	1.72
31	DERMATOSE	3220	1.63
32	CONSTIPATION	3166	1.60
33	CANCER	3141	1.59
34	SCIATIQUE	3105	1.57
35	CERVICALGIE	3023	1.53
36	ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	2993	1.51
37	BRONCHITE AIGUË	2929	1.48
38	TOXICOMANIE	2863	1.45

39	DIARRHÉE - NAUSEE - VOMISSEMENT	2820	1.43
40	OTITE MOYENNE	2782	1.41
41	SUITE OPERATOIRE	2706	1.37
42	ASTHENIE - FATIGUE	2651	1.34
43	OBESITE	2641	1.33
44	VERTIGE - ETAT VERTIGINEUX	2627	1.33
45	FIBRILLATION - FLUTTER AURICULAIRES	2593	1.31
46	EPIGASTRALGIE	2505	1.27
47	CYSTITE - CYSTALGIE	2496	1.26
48	TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)	2486	1.26
49	CONTUSION	2441	1.23
50	NEURALGIE - NEVRITE	2423	1.22

**Figure V : Classement des 50 RC les plus fréquents pour l'année 2009
(OMG-SFMG)**

Les 20 RC retenus sont les suivants :

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

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

Tableau n°1 : Répartition des 20 RC entre les 4 trinômes de travail

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

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

4.4 Suivi de la création des 20 premières démarches cindyniques

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

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

4.5 Validation par les experts

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

Nous avons utilisé 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, non utilisateur du DRC (n : 233)

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

Chaque médecin a reçu par mail :

- une explication rapide de notre travail (Annexe 1)
- la définition du RC accompagnée de sa démarche cindynique
- une grille de relecture disponible sous plusieurs formats : en ligne, fichier PDF (Annexe 2)

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

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

4.6 Rédaction de la méthode finalisée

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

5. Discussion et perspectives

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

RESULTATS

1. Création des démarches cindyniques des 5 RC

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

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

1.1.RC PLAINTÉ ABDOMINALE

1.1.1. Définition :

++++ DOULEUR OU PLAINTÉ DE LA RÉGION ABDOMINALE
++1| spontanée
++1| retrouvée à la palpation
++++ ABSENCE DE SIGNE D'EXAMEN CARACTÉRISTIQUE D'UN AUTRE RC

+ - douleurs permanentes
+ - douleurs survenant par crises

+ - digestion difficile
+ - tendance à la diarrhée
+ - tendance à la constipation
+ - alternance diarrhée et constipation
+ - ballonnement, météorisme
+ - flatulences
+ - crampes

+ - diurne
+ - nocturne

+ - localisation
++1| fosse iliaque droite
++1| fosse iliaque gauche
++1| hypocondre droit
++1| hypocondre gauche
++1| diffuse à l'ensemble de l'abdomen

+ - irradiations (à préciser en commentaire)

+ - fébricule

+ - favorisé par la prise de certains médicaments (à préciser en commentaire)
+ - favorisé par la prise de certains aliments (à préciser en commentaire)

+ - examen après disparition des symptômes

1.1.2. Argumentaire

Dénomination

Ce résultat de consultation permet d'inclure tous les types de douleurs abdominales mais aussi de crampes digestives, de digestion difficile, voire de troubles du transit non caractéristiques d'un autre résultat de consultation. Ce résultat de consultation ne s'adresse pas aux troubles chroniques.

Critères d'inclusion

Il s'agit d'une plainte spontanée pas forcément douloureuse, avec ou sans douleur à la palpation de l'abdomen. Sa localisation ne doit pas être exclusivement pelvienne ou épigastrique ni avoir les caractéristiques de l'abdomen douloureux aigu (arrêt net du transit, défense ou contracture, état de choc).

Compléments sémiologiques

Ils permettent d'indiquer le type de douleur ou de plainte, la localisation de la douleur et ses éventuelles irradiations, les facteurs favorisants et de noter leur persistance ou leur disparition au moment de l'examen.

1.1.3. Voir Aussi

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU
ANXIETE – ANGOISSE
COLIQUE NEPHRETIQUE
COLOPATHIE FONCTIONNELLE
DIARRHEE (ISOLEE NON INFECTIEUSE)
DIARRHEE NAUSEE VOMISSEMENT
DOULEUR NON CARACTERISTIQUE
DOULEUR PELVIENNE
EPIGASTRALGIE
ETAT MORBIDE AFEBRILE
GROSSESSE
HERNIE – EVENTRATION
INFARCTUS DU MYOCARDE
MALADIE DE CROHN-RECTOCOLITE HEMORRAGIQUE
PLAINTES POLYMORPHES (TROUBLES SOMATOFORMES)
PYELONEPHRITE AIGUE
ULCERE DUODENAL
ULCERE GASTRIQUE

1.1.4. Diagnostics Critiques (DiC)

Anévrisme artériel
Appendicite
Cancer
Colique hépatique
Dissection artérielle
Diverticulite
Infarctus mésentérique
Infection parasitaire
Maladie inflammatoire chronique de l'intestin
Psychogène
Saturnisme
Syndrome de Fitz Hurgh Curtis

Positions diagnostiques

A

1.1.5. Les démarches cindyniques pour le RC PLAINTES ABDOMINALES

Sous forme de tableau

Généralités sur les causes principales et la démarche générale	Fréquemment retrouvé (au 21 ^e rang dans les données de l'OMG), ce RC regroupe diverses plaintes transitoires et non chroniques au niveau de l'abdomen (pelvis et épigastre exceptés). Bien souvent, le malade consulte après disparition des troubles et tout rentre dans l'ordre.
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	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.
Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC	Chez un patient vivant dans un habitat vétuste, on n'omettra pas d'évoquer le saturnisme, en particulier chez l'enfant. Des pratiques sexuelles à risque ou des antécédents de MST inciteront à penser à un éventuel syndrome de Fitz Hugh Curtis.
Impact	
Facteurs augmentant les complications d'un DiC sur le patient	
RC associés au RC en cause amenant à évoquer un DiC	Un AMAIGRISSEMENT, une PERTE D'APPETIT, associés à une PLAINTÉ ABDOMINALE orienteront plutôt vers un cancer ou une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, Une DIFFICULTE SCOLAIRE chez un enfant pourrait orienter vers une origine psychogène.
Contexte épidémiologique	Une plainte abdominale survenant chez plusieurs enfants d'une même fratrie devra faire évoquer un saturnisme.
Taux de révision du RC	Inconnu actuellement.
Complications	
Conduite à tenir de 1ère intention.	Après un examen clinique soigneux, il importe avant tout de rassurer le patient sur le caractère bénin et non spécifique de ce type de plainte abdominale. Si certains diagnostics critiques paraissent gravissimes, ils sont tout de même rares. Il n'y a souvent aucun examen complémentaire à réaliser en première intention.

Sous forme de texte

Fréquemment retrouvé (au 21° 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 PLAINTÉ ABDOMINALE orienteront plutôt vers un cancer ou une maladie inflammatoire chronique de l'intestin,

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

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

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

1.1.6. Discussions autour de la création du tableau

Durant ce travail, il nous est apparu essentiel d'insister sur le caractère habituellement bénin non grave de ce RC malgré sa position diagnostique Symptôme.

Le fait qu'il y ait de nombreux diagnostics critiques potentiels n'a pas entraîné de problèmes majeurs pour renseigner les différentes rubriques de la grille.

Les discussions ont finalement porté d'avantage sur la forme.

1.2.RC ASTHME

1.2.1. Définition

++1| DYSPNÉE EXPIRATOIRE SIFFLANTE
++1| asthme intermittent
++++ moins de 1 crise diurne par semaine
++++ au plus 2 crises nocturnes par mois
++1| asthme persistant léger
++++ moins de 1 crise diurne par jour
++++ plus de 2 crises nocturnes par mois
++1| asthme persistant modéré
++++ gênant les activités normales
++++ plus de 1 crise nocturne par semaine
++1| asthme persistant sévère (dyspnée permanente)
++1| E.F.R. CARACTÉRISTIQUE (SYNDROME OBSTRUCTIF)
++1| CRISE D'ASTHME GRAVE
++1| polypnée
++1| fréquence cardiaque supérieure à 120/min.
++1| contracture permanente des sterno-cléïdo-mastoïdiens
++1| parole et toux difficiles
++1| absence d'amélioration sous traitement
++1| signes d'épuisement du malade

+ - rapportée (décrite sans ambiguïté par le malade ou son entourage)
+ - toux spasmodique
+ - facteurs déclenchants
++1| survenant avec ou après effort
++1| allergie
++1| toxique
++1| émotion
++1| autre (à préciser en commentaire)

1.2.2. Argumentaire

Dénomination

Le terme choisi est le plus simple et recouvre les différents aspects cliniques de l'asthme : la crise aiguë, l'état de mal et la maladie asthmatique. En cas de surinfection, on notera en plus le résultat de consultation correspondant (BRONCHITE AIGUË, ETAT FEBRILE, RHUME-RHINOPHARYNGITE par exemple).

Critères d'inclusion

Cette définition propose trois entrées possibles, correspondant à trois situations différentes : - Soit par les signes cliniques habituels. Comme pour l'insuffisance cardiaque, la classification de l'asthme en 4 paliers a un double intérêt : d'une part de permettre au médecin d'apprécier plus précisément l'intensité et la fréquence des symptômes, ainsi que la gravité de la maladie asthmatique ; d'autre part, même si cela n'est pas l'objectif premier du DRC, d'orienter la prise en charge, aussi bien en termes de surveillance que de choix thérapeutique. - Soit par les résultats d'explorations fonctionnelles respiratoires (EFR) caractéristiques. Les explorations fonctionnelles dites « caractéristiques » associent : tests de provocation positifs (syndrome obstructif : dyspnée expiratoire, sibilance, toux) et troubles réversibles avec un aérosol de béta 2 mimétique. Des EFR caractéristiques suffisent à parler d'asthme, même s'il n'y a pas de façon évidente ni dyspnée ni toux spasmodique retrouvée. - Soit la crise grave, inhabituelle, s'accompagnant d'au moins un signe de gravité.

Compléments sémiologiques

Ils précisent : - si la dyspnée expiratoire sifflante a été seulement rapportée « sans ambiguïté » par l'entourage - la notion d'une toux dite « spasmodique » (associée par exemple aux explorations fonctionnelles respiratoires caractéristiques). - la notion de facteurs déclenchants.

1.2.3. Voir Aussi

ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE
BRONCHIOLITE
BRONCHITE AIGUË
BRONCHITE CHRONIQUE
DYSPNEE
INSUFFISANCE CARDIAQUE
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE
PNEUMOPATHIE AIGUE
TOUX

1.2.4. Diagnostics Critiques (DiC)

Reflux Gastro-Oesophagien
Syndrome de Churg et Strauss

Positions diagnostiques

C

1.2.5. Les démarches cindyniques du RC ASTHME

Sous forme de tableau

Généralités sur les causes principales et la démarche générale	L'asthme reste une maladie pas toujours bien expliquée tant elle est multifactorielle. Tout ce qui siffle n'est pas de l'asthme et tous les asthmes ne sont pas allergiques. Deux éléments dominent la démarche du praticien : le traitement d'épreuve par beta 2 mimétiques et la réalisation, en particulier chez l'enfant, d'une radiographie pulmonaire. Mais il restera bien souvent « sine materia ».
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	
Durée d'évolution anormale qui ferait évoquer un DiC	
Vulnérabilité	
Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC	L'apparition d'un asthme de façon tardive, vers l'âge de 30 ans devra faire penser à un syndrome de Churg et Strauss.
Impact	
Facteurs augmentant les complications d'un DiC sur le patient	
RC associés au RC en cause amenant à évoquer un DiC	L'association à une SINUSITE, une RHINITE, une ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE (hyperéosinophilie) doit faire évoquer un syndrome de Churg et Strauss.
Contexte épidémiologique	
Taux de révision du RC	
Complications	Dans le suivi d'un patient asthmatique ayant déjà été hospitalisé pour une crise d'asthme grave, il faudra rester vigilant et réévaluer l'observance, et l'évolution du nombre de crises.
Conduite à tenir de 1ère intention.	Un traitement par bêta 2 mimétique de courte durée d'action sera instauré en 1ère intention comme traitement d'épreuve. Il conviendra de revoir le patient pour évaluer l'efficacité du

traitement et l'évolution et réaliser éventuellement une radiographie pulmonaire et des EFR.

Sous forme de texte

L'asthme reste une maladie pas toujours bien expliquée tant elle est multifactorielle. Tout ce qui siffle n'est pas de l'asthme et tous les asthmes ne sont pas allergiques. Deux éléments dominent la démarche du praticien : le traitement d'épreuve par beta 2 mimétiques et la réalisation, en particulier chez l'enfant, d'une radiographie pulmonaire. Mais il restera bien souvent « sine materia ».

L'apparition d'un asthme de façon tardive, vers l'âge de 30 ans devra faire penser à un syndrome de Churgh et Strauss.

L'association à une SINUSITE, une RHINITE, une ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE (hyperéosinophilie) doit faire évoquer un syndrome de Churg et Strauss.

Dans le suivi d'un patient asthmatique ayant déjà été hospitalisé pour une crise d'asthme grave, il faudra rester vigilant et réévaluer l'observance, et l'évolution du nombre de crises.

Un traitement par bêta 2 mimétique de courte durée d'action sera instauré en 1ère intention comme traitement d'épreuve. Il conviendra de revoir le patient pour évaluer l'efficacité du traitement et l'évolution et réaliser éventuellement une radiographie pulmonaire et des EFR.

1.2.6. Discussion autour de la création du tableau.

Le travail sur ce RC nous a fait nous pencher sur le syndrome de Churgh et Strauss (18), dans la création du tableau. En fin d'écriture, il nous est apparu important de souligner les RC associées (SINUSITE, RHINITE, ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE) permettant au médecin généraliste de l'évoquer. Bien que rare, sa prévalence est plus importante dans la population asthmatique.

1.3.RC HTA

1.3.1. Définition

++++ ÉLÉVATION DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

++1| P.A.S. > ou = 140 mmHg

++1| P.A.D. > ou = 90 mmHg

++1| 1RE OU 2E MESURE

++1| AU MOINS 3 MESURES

+ - H.T.A. à faible risque

++++ P.A.S. entre 140 et 180 mmHg

++1| P.A.D. entre 90 et 100 mmHg avec cofacteur de risque, antécédent cardio-vasculaire

++1| P.A.D. > ou = 100 mmHg

+ - H.T.A. à haut risque

++1| P.A.S. > 180 mmHg

++1| P.A.D. > 110 mmHg

+ - enregistrement par M.A.P.A. pathologique

+ - produits ou médicaments presseurs (alcool, œstrogènes, sympathomimétiques, réglisse, AINS, corticoïdes, ciclosporine, érythropoïétine, etc.)

+ - hypertrophie du ventricule gauche

1.3.2. Argumentaire

Dénomination

Terme générique strictement réservé à l'élévation de la pression artérielle en dehors de toute notion étiologique (la fréquence des HTA secondaires est inférieure à 5% de la population des hypertendus avec seulement 1% de causes curables – Source HAS) et de complications éventuelles. Une complication fera l'objet d'un résultat de consultation séparé, car elle est un problème en elle-même. Cette définition a été revue en fonction des dernières recommandations de l'HAS. Les chiffres retenus ne s'adressent pas aux enfants, aux diabétiques, aux femmes enceintes ni aux personnes dont l'âge est supérieur à 80 ans.

Critères d'inclusion

Déterminent les chiffres, régulièrement actualisés, au-delà desquels un patient doit être considéré comme hypertendu. Cette définition permet de relever l'HTA unique, une tension élevée lors d'une seule mesure, comme ce qu'on appelle la maladie hypertensive.

Compléments sémiologiques

Permettent de situer les seuils d'intervention thérapeutique : rapide en cas d'hypertension dite « à haut risque », plus réfléchie en cas de « faible risque ». Permettent de préciser l'existence d'une hypertrophie du VG.

1.3.3. Voir Aussi

ANGOR - INSUFFISANCE CARDIAQUE

MALAISE - EVANOUISSEMENT

1.3.4. Diagnostics Critiques (DiC)

HTA secondaire (hormonale, rénale ou autre)

Positions diagnostiques

A

1.3.5. Les démarches cindyniques pour le RC HTA

Sous forme de tableau

Généralités sur les causes principales et la démarche générale	L'HTA est principalement d'origine essentielle. Sa découverte ne nécessite pas l'instauration d'un traitement d'emblée. La réalisation d'auto mesure à domicile peut être utile. Dans notre pays, la consommation d'alcool est une cause non négligeable d'HTA.
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	Une tension artérielle élevée brutalement, devra faire évoquer une HTA secondaire, notamment une cause rénale.
Durée d'évolution anormale qui ferait évoquer un DiC	Une HTA résistante malgré un traitement médical bien conduit pourrait faire rechercher une sténose de l'artère rénale.
Vulnérabilité Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC	Une HTA survenant chez un patient jeune devra faire évoquer une cause secondaire.
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	
Conduite à tenir de 1ère intention.	Le traitement de l'HTA repose bien entendu sur des mesures hygiéno-diététiques et un éventuel traitement médicamenteux. Cependant, une HTA seule est rare et sa prise en charge et ses objectifs tensionnels doivent être discutés en fonction des différents facteurs de risque.

Sous forme de texte

L'HTA est principalement d'origine essentielle et sa découverte ne nécessite pas l'instauration d'un traitement d'emblée. La réalisation d'une auto mesure à domicile peut parfois être utile. Dans notre pays, la consommation d'alcool est une cause non négligeable d'HTA.

Une tension artérielle élevée brutalement, devra faire évoquer une HTA secondaire, notamment une cause rénale.

Une HTA résistante malgré un traitement médical bien conduit pourrait faire rechercher une sténose de l'artère rénale.

Une HTA survenant chez un patient jeune devra faire évoquer une cause secondaire d'emblée.

Le traitement de l'HTA repose bien entendu sur des mesures hygiéno-diététiques et un éventuel traitement médicamenteux. Cependant, une HTA seule est rare et sa prise en charge et ses objectifs tensionnels doivent être discutés en fonction des différents facteurs de risque.

1.3.6. Discussion autour de la création du tableau.

La découverte d'une HTA se fait très souvent chez le médecin généraliste. Il ne nous est pas paru nécessaire de lister ici les facteurs de risque cardiovasculaire, bien connus de chaque praticien. Par contre la notion d'attente, de ne pas instaurer un traitement d'emblée ainsi que d'évoquer les règles hygiéno-diététiques, nous est apparu une démarche tout à fait adaptée à la médecine générale.

1.4.RC HYPOTHYROIDIE

1.4.1. Définition

++++ T.S.H. ULTRASENSIBLE AUGMENTÉE

- + - FT4 diminuée
- + - post chirurgicale
- + - médicamenteuse (à préciser)
- + - congénitale
- + - prise de poids
- + - ralentissement physique et/ou psychique et/ou sexuel
- + - modification de la voix
- + - troubles des phanères
- + - sécheresse cutanée
- + - hypotension, bradycardie
- + - constipation
- + - aménorrhée, spanioménorrhée
- + - goitre
- + - test dynamique positif
- + - présence d'anticorps antithyroïdiens

1.4.2. Argumentaire

Dénomination

Termes voisins : myxœdème. Inclut l'hypothyroïdie périphérique et non celle d'origine hypophysaire.

Critères d'inclusion

L'inclusion du cas sous cette dénomination ne peut se faire qu'à partir de critères biologiques car ce sont les seuls qui permettent d'affirmer le diagnostic d'hypothyroïdie. L'élévation seule de la TSH ultrasensible permet de classer le cas, sans dosage de la FT4. Dans les cas rares d'insuffisance hypophysaire à l'origine de l'hypothyroïdie, la TSH est alors effondrée : il faudra classer le cas en DHL.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de documenter le dossier, encore que la liste des symptômes et signes recensés ne soit pas exhaustive. Deux d'entre eux permettent un encodage CIM-10 plus précis : -l'origine post chirurgicale, incluant l'hypothyroïdie par irradiation -et l'origine médicamenteuse.

1.4.3. Voir Aussi

ASTHENIE – FATIGUE

GOITRE - NODULE THYROÏDIEN

1.4.4. Diagnostics Critiques (DiC)

Il n'y a pas de DiC pour ce RC

Positions diagnostiques

D

1.4.5. Les démarches cindyniques pour le RC HYPOTHYROIDIE

Sous forme de tableau

Généralités sur les causes principales et la démarche générale	Il s'agit ici de l'hypothyroïdie primitive, habituellement retrouvée chez la femme ménopausée, secondaire le plus souvent à une thyroïdite auto-immune passée inaperçue. Il peut s'agir aussi d'une affection secondaire à une thyroïdectomie. Les formes congénitales sont dépistées dès la naissance (1/3000 naissances).
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	
Durée d'évolution anormale qui ferait évoquer un DiC	
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

Conduite à tenir de 1ère intention.	Il n'y a pas lieu de faire d'examen complémentaires en première intention. On pourra cependant réaliser un dosage des anticorps thyroïdiens. Nous avons tous l'habitude de demander une échographie, même si son indication peut être discutable. La prescription de L-thyroxine à la dose de 1.6 µg/kg est définitive, avec surveillance régulière de la TSH.
--	--

Sous forme de texte

Il s'agit ici de l'hypothyroïdie primitive, habituellement retrouvée chez la femme ménopausée, secondaire le plus souvent à une thyroïdite auto-immune passée inaperçue. Il peut s'agir aussi d'une affection secondaire à une thyroïdectomie. Les formes congénitales sont dépistées dès la naissance (1/3000 naissances).

Il n'y a pas lieu de faire d'examen complémentaires en première intention. On pourra cependant réaliser un dosage des anticorps thyroïdiens. Nous avons tous l'habitude de demander une échographie, même si son indication peut être discutable. La prescription de L-thyroxine à la dose de 1.6 µg/kg est définitive, avec surveillance régulière de la TSH.

1.4.6. Discussion autour de la création du tableau.

Au cours de nos discussions lors de nos différentes réunions, il nous est apparu important de souligner pour ce RC que le plus important est de mettre en route un traitement médicamenteux.

Les explorations complémentaires ne seront à faire qu'en seconde intention. Elles ne changeraient rien le plus souvent à la prise en charge, en l'absence de Diagnostics Critiques.

1.5.RC ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE

1.5.1. Définition

- ++1| DOULEUR TYPIQUE D'ANGOR
 - ++++ rétrosternale et/ou thoracique antérieure
 - ++++ constrictive
 - ++++ déclenchée par l'effort
 - ++++ cédant au repos en moins de 15 minutes
- ++1| DOULEUR ATYPIQUE D'ANGOR, MAIS
 - ++++ déclenchée par l'effort ou un stress
 - ++++ calmée par la trinitrine en moins de 3 minutes
- ++1| RÉSULTAT D'EXAMEN COMPLÉMENTAIRE
 - ++1| E.C.G. de repos
 - ++1| épreuve d'effort
 - ++1| coronarographie
 - ++1| scintigraphie
- ++1| ANTÉCÉDENT(S) D'INFARCTUS DU MYOCARDE DATANT DE PLUS DE 28 JOURS (SINON CHOISIR INFARCTUS DU MYOCARDE)
 - + - avec facteurs de risques cardio-vasculaires
 - + - chez un coronarien connu
 - + - irradiation membre supérieur gauche
 - + - irradiation dans la mâchoire
 - + - irradiation dans le dos

1.5.2. Argumentaire

Dénomination

Inclut à la fois : « l'angine de poitrine » (angor pectoris) qui peut n'être qu'un symptôme d'une affection non coronarienne (hyperthyroïdie, anémie sévère) et la maladie coronarienne par artériosclérose ou spasme coronarien. Elle exclut la nécrose myocardique récente (moins de 28 jours).

Critères d'inclusion

L'inclusion du cas sous cette dénomination peut se faire par l'une (au moins) des quatre entrées suivantes :

- douleur typique d'angor,
- douleur atypique, mais avec des caractères particuliers,
- résultats d'examens complémentaires,
- antécédent d'infarctus datant de plus de 28 jours (délai en accord avec la CIM-10), mais une révision en INFARCTUS DU MYOCARDE peut être faite si nécessaire.

Compléments sémiologiques

Certains permettent de préciser l'irradiation de la douleur thoracique typique ou atypique. Deux d'entre eux permettent de noter soit, l'existence de facteurs de risques cardiovasculaires, soit s'il s'agit d'un patient coronarien connu. Ces deux compléments sémiologiques ont surtout un intérêt pour un cas nouveau, car ils donnent à la douleur thoracique typique ou atypique une connotation très particulière.

1.5.3. Voir Aussi

ANXIETE - ANGOISSE HERNIE HIATALE

DORSALGIE

DOULEUR NON CARACTERISTIQUE

EPAULE (TENOSYNOVITE)

EPIGASTRALGIE

INFARCTUS DU MYOCARDE

NEVRALGIE - NEVRITE

PRECORDIALGIE

REFLUX-PYROSIS-ŒSOPHAGITE

ULCERE DUODENAL

ULCERE GASTRIQUE

1.5.4. Diagnostics Critiques (DiC)

Anémie

Hyperthyroïdie

Intoxication au CO

Rétrécissement aortique

Positions diagnostiques

A : réservé à la douleur typique ou atypique, avant d'avoir fait la preuve de son origine coronarienne (athéromateuse ou spasme coronaire)

C : si examens complémentaires contributifs

D : si coronarographie contributive ou si antécédents d'infarctus du myocarde

1.5.5. Les démarches cindyniques du RC ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE

Sous forme de tableau

Généralité sur les causes principales et la démarche générale	Ce RC, qui est au 22° rang de fréquence (OMG), regroupe : les cas de douleurs thoraciques typiquement angineuses pour lesquelles seront évoqués les Diagnostics Critiques ; mais aussi la maladie coronarienne chronique où la douleur angineuse n'a pas la même signification.
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	
Durée d'évolution anormale qui ferait évoquer un DiC	
Vulnérabilité	Un habitat précaire avec un mode de chauffage dangereux devra faire évoquer une intoxication au CO.
Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue du DiC	Un traitement en cours par amiodarone, des antécédents familiaux ou personnels de maladie thyroïdienne feront évoquer une hyperthyroïdie. Devant un patient présentant une hémopathie ou ayant un saignement extériorisé ou une carence en vitamine B12 il faudra penser à une anémie.
Impact Facteurs augmentant les complications d'un DiC sur le patient	L'anémie comme l'intoxication auront un impact plus important, en particulier au plan cérébral chez un patient âgé. Il en est de même en cas de grossesse.
RC associés au RC en cause amenant à évoquer un DiC	ANEMIE FERRIPRIVE, ANEMIE (NON FERRIPRIVE) inciteront à la plus grande prudence. De même ASTHENIE-FATIGUE feront rechercher une pâleur conjonctivale et une anémie. CANCER fera rechercher une anémie méconnue. TACHYCARDIE, voire PALPITATION – ERETHISME CARDIAQUE ou AMAIGRISSEMENT récent devront faire évoquer une hyperthyroïdie. CEPHALEE incitera à rechercher une intoxication au CO. SOUFFLE CARDIAQUE, systolique fera rechercher un rétrécissement aortique.
Contexte épidémiologique	

Taux de révision du RC	
Complications	Syndrome coronarien aigu
	Insuffisance cardiaque aiguë
Conduite à tenir de 1ère intention.	Toute douleur angineuse doit être explorée dans les plus brefs délais y compris chez un malade coronarien connu, au moins par un électrocardiogramme ou une demande de consultation spécialisée, voire une hospitalisation urgente. L'évocation d'une intoxication au CO entraînera l'appel d'urgence aux secours spécialisés. Si la symptomatologie n'est pas alarmante, la réalisation rapide d'une NFS et d'une TSH permettra d'éliminer les autres diagnostics critiques évoqués.

Sous forme de texte

Ce RC, qui est au 22° rang de fréquence (OMG), regroupe : les cas de douleurs thoraciques typiquement angineuses pour lesquelles seront évoqués les diagnostics critiques ; mais aussi la maladie coronarienne chronique où la douleur angineuse n'a pas la même signification.

Un habitat précaire avec un mode de chauffage dangereux devra faire évoquer une intoxication au CO.

Un traitement en cours par amiodarone, des antécédents familiaux ou personnels de maladie thyroïdienne feront évoquer une hyperthyroïdie.

Devant un patient présentant une hémopathie ou ayant un saignement extériorisé ou une carence en vitamine B12 il faudra penser à une anémie.

L'anémie comme l'intoxication auront un impact plus important, en particulier au plan cérébral chez un patient âgé.

L'association à ANEMIE FERRIPRIVE et ANEMIE (NON FERRIPRIVE) inciteront à la plus grande prudence. De même ASTHENIE-FATIGUE, CANCER feront rechercher une pâleur conjonctivale et une anémie.

TACHYCARDIE, voire PALPITATION – ERETHISME CARDIAQUE ou AMAIGRISSEMENT récent devront faire évoquer une hyperthyroïdie.

CEPHALEE incitera à rechercher une intoxication au CO.

SOUFFLE CARDIAQUE, systolique, fera rechercher un rétrécissement aortique.

Toute douleur angineuse doit être explorée dans les plus brefs délais y compris chez un malade coronarien connu, au moins par un électrocardiogramme ou une demande de consultation spécialisée,

voire une hospitalisation urgente. L'évocation d'une intoxication au CO entraînera l'appel d'urgence aux secours spécialisés. Si la symptomatologie n'est pas alarmante, la réalisation rapide d'une NFS et d'une TSH permettra d'éliminer les autres diagnostics critiques évoqués.

1.5.6. Discussion autour de la création du tableau.

Nous avons souligné que ce RC est bien particulier par le mélange de deux entités bien différentes, comportant des positions diagnostiques différentes : douleur précordiale d'allure cliniquement angineuse en position A : c'est avant tout dans ce cas-là que les Diagnostics Critiques seront à rechercher ; ils le seront avec beaucoup moins d'acuité pour la deuxième entité (coronarien connu, positions C ou D).

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.

2.1. Description de l'échantillon

785 médecins généralistes ont été sollicités. Parmi ceux-ci, 460 étaient adhérents de la SFMG dont 216 utilisateurs du DRC et 248 non utilisateurs du DRC. Parmi les 345 non adhérents de la SFMG, 88 étaient utilisateurs du DRC et 233 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 11,84 %.

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 tranche d'âge était la suivante (figure VI)

- 71 % avaient 50 ans et plus
- 11 % avaient de 40 à 49 ans
- 15 % avaient de 30 à 39 ans
- 2 % avaient moins de 30 ans
- 1 % ne s'est pas prononcé

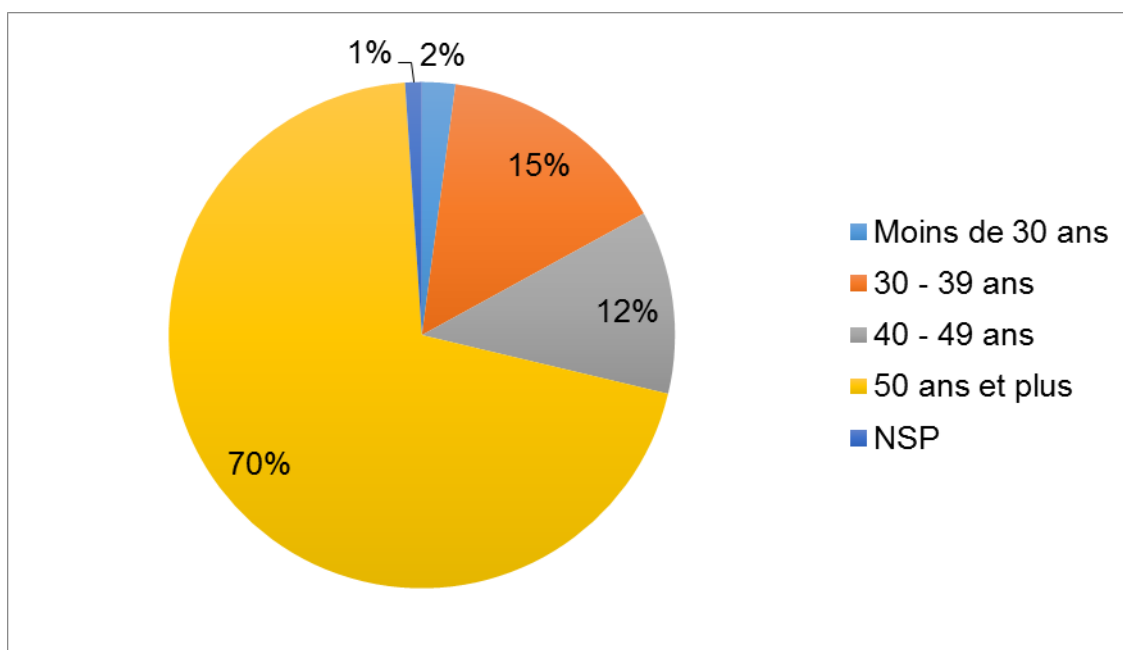


Figure VI. Répartition des répondants selon l'âge.

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 était de 53 ans selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins²

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 VII).

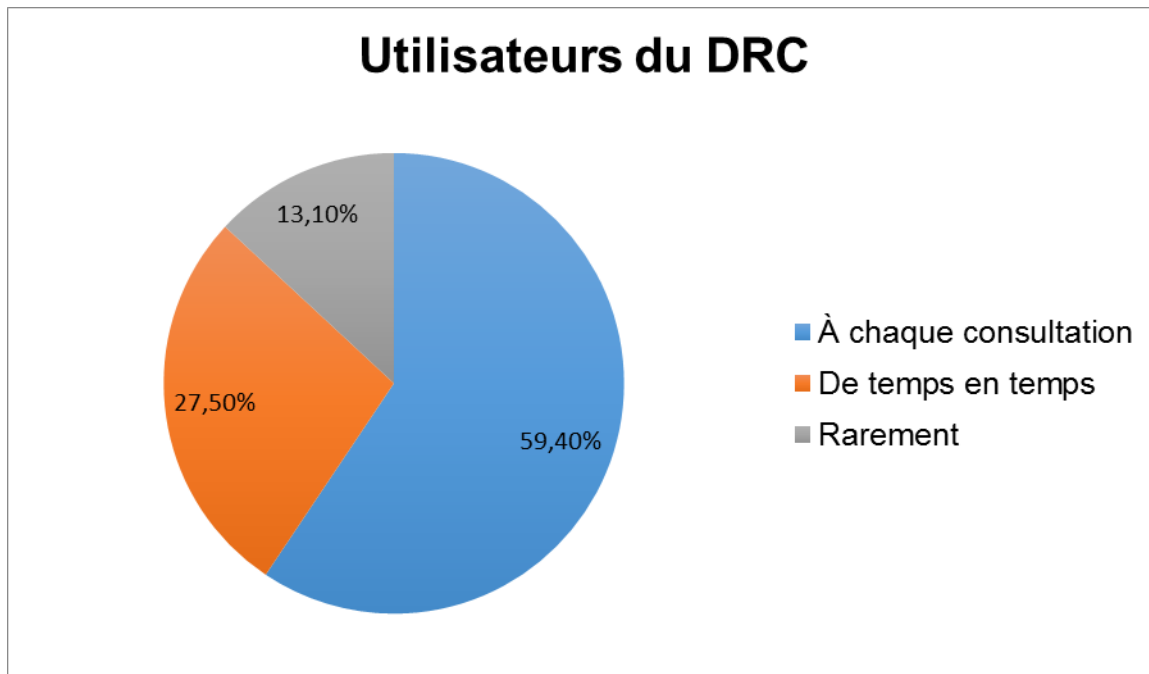


Figure VII. Utilisateurs du DRC parmi les répondants.

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 médecine générale soit intéressant et utile ? » :

20,4 % ont répondu 9, 27,9 % ont répondu 8, 24,7 % ont répondu 7, 12,9 % ont répondu 6, 7,5 % ont répondu 5, 2,1% ont répondu 4, 1,1 % ont répondu 3, Aucun n'a répondu 2, 2,1% ont répondu 1. (Figure VIII)

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

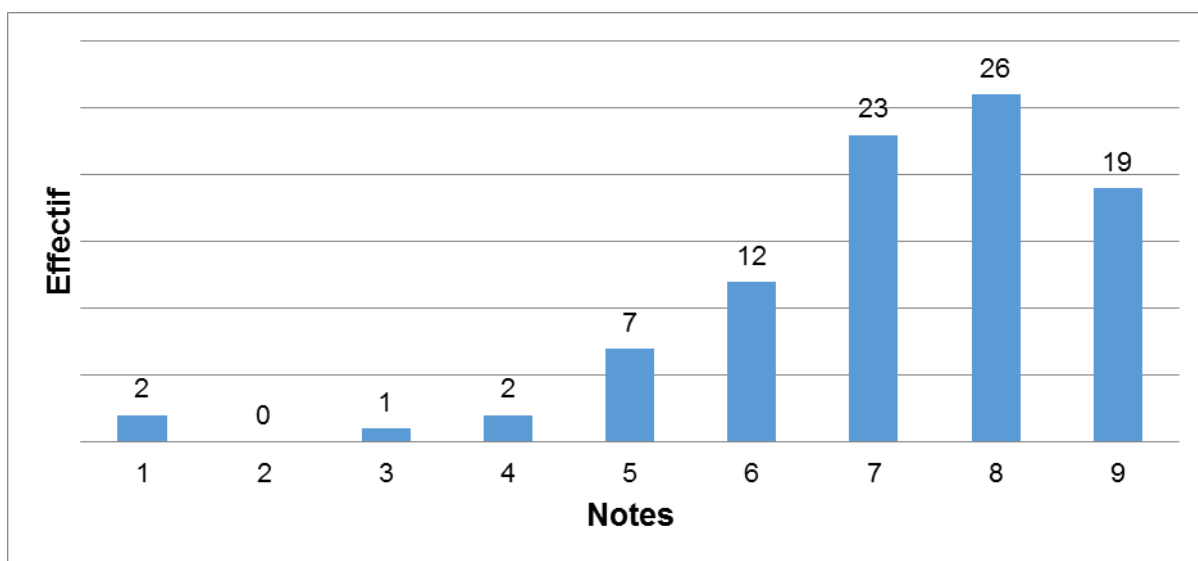


Figure VIII. Répartition des réponses sur l'intérêt et l'utilité des démarches cindyniques en médecine générale.

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 paraît-il applicable dans votre pratique courante ? » :

16,3 % ont répondu 9, 15,2 % ont répondu 8, 29,3 % ont répondu 7, 10,7 % ont répondu 6, 11,9 % ont répondu 5, 9,8 % ont répondu 4, 2,2 % ont répondu 3, 1,1 % a répondu 2, 2,2% ont répondu 1. (Figure IX)

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

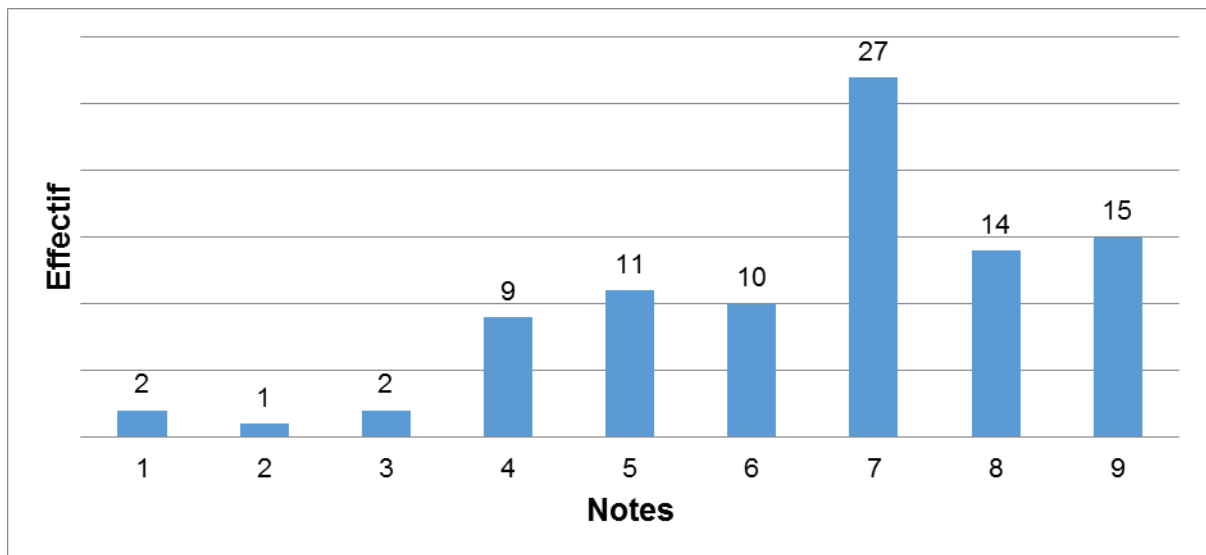


Figure IX. Répartition des réponses sur l'applicabilité des démarches cindyniques en médecine générale.

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.

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'acceptabilité des démarches cindyniques. (Figure X et figure XI)

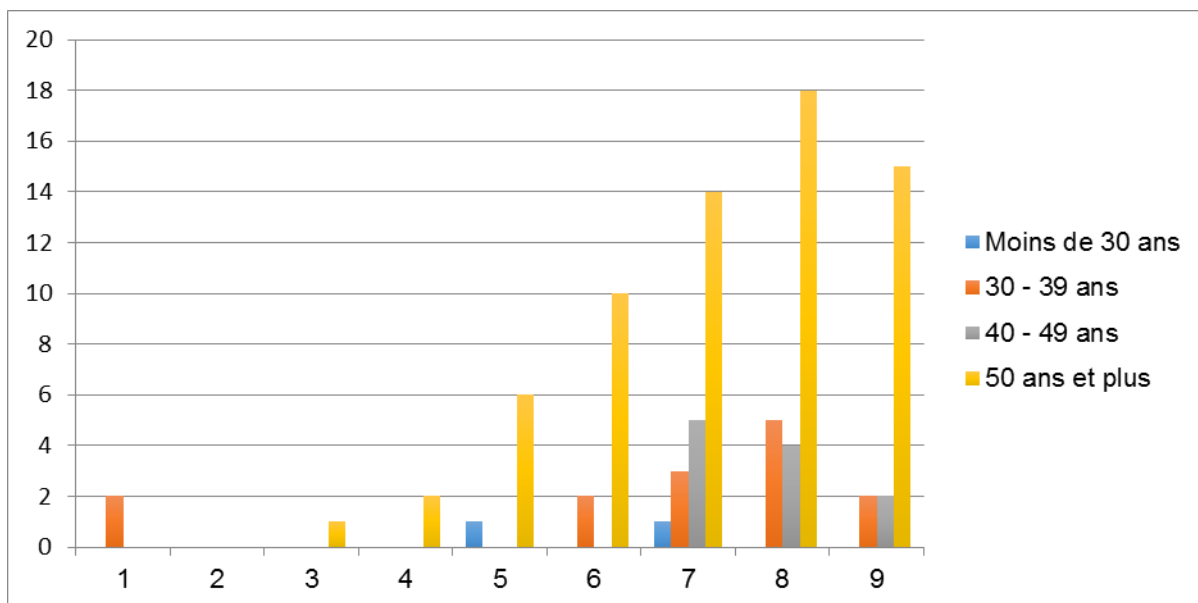


Figure X : Intérêt des démarches cindyniques corrélé à l'âge des répondants

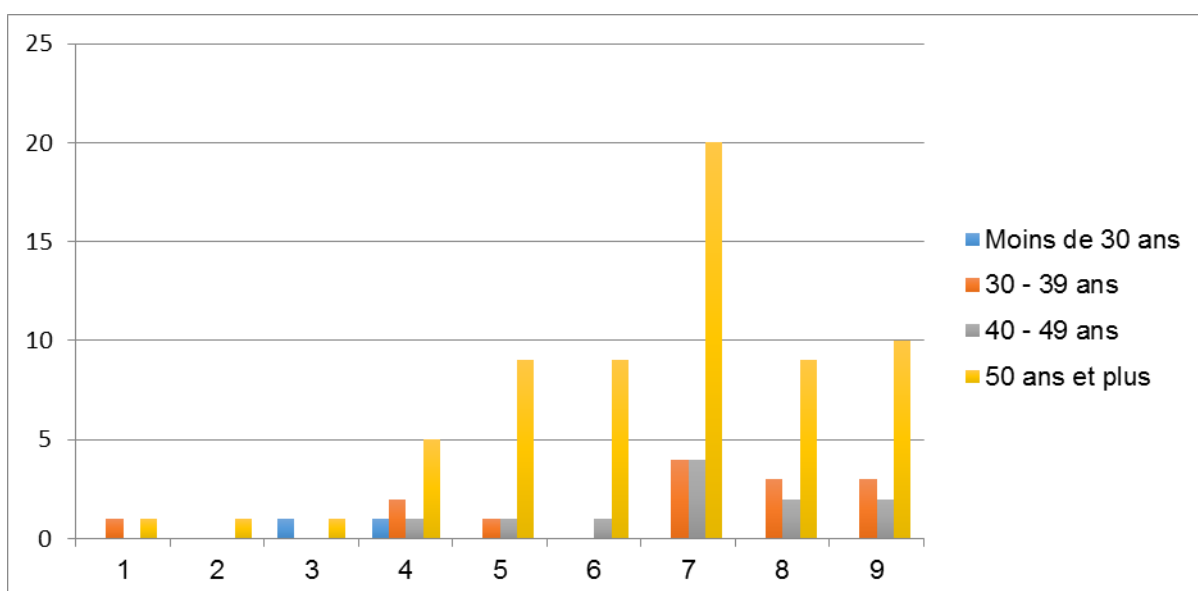


Figure XI : Applicabilité des démarches cindyniques corrélée à l'âge des répondants

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 XII)

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 XIII)

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

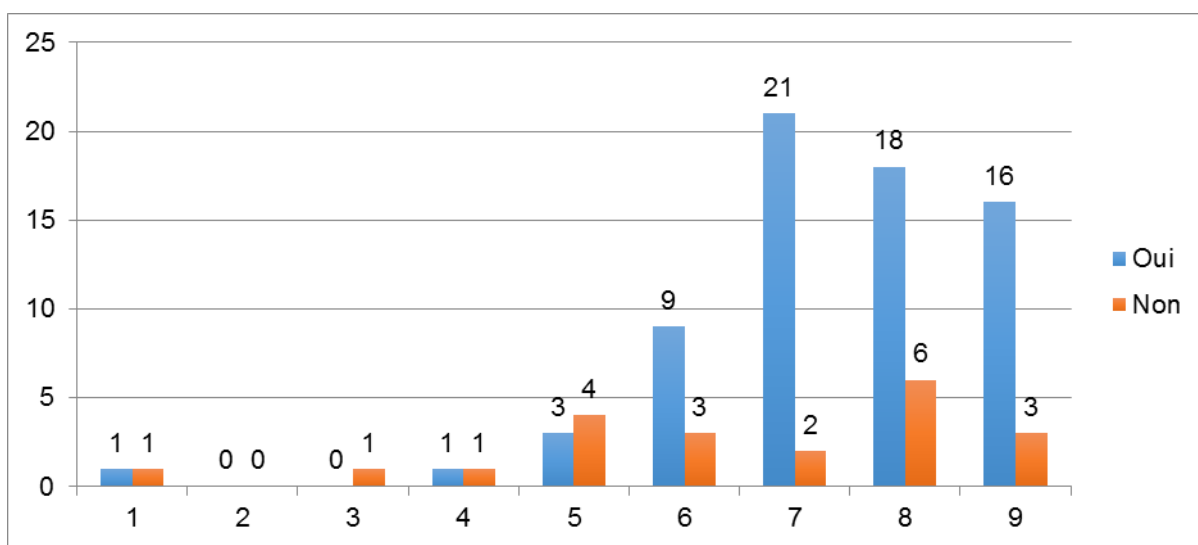


Figure XII : Intérêt des démarches cindyniques corrélé à l'utilisation du DRC

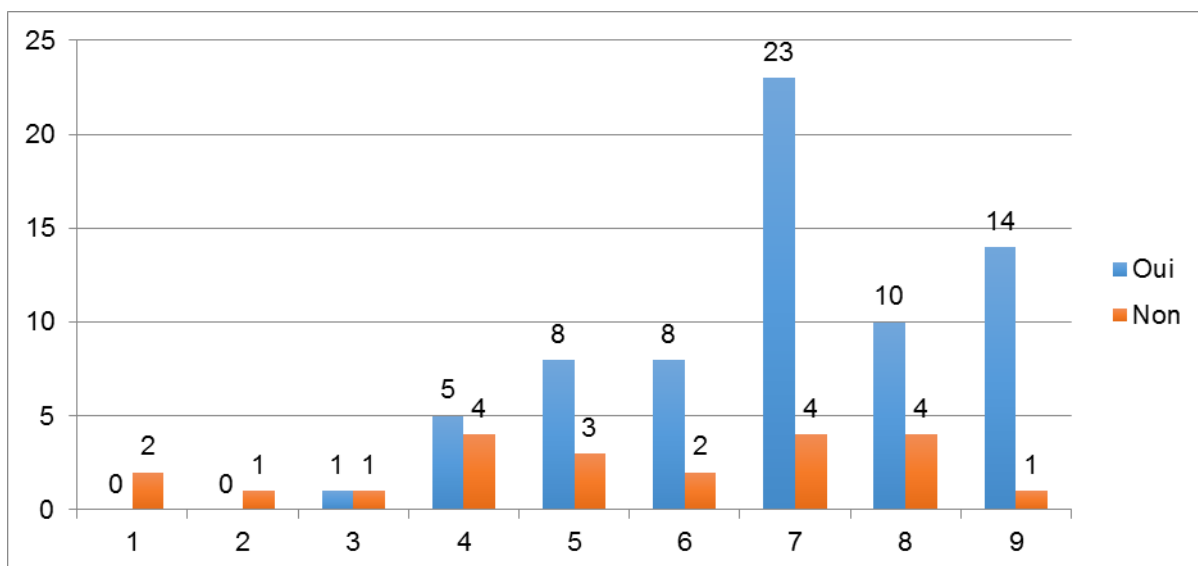


Figure XIII : Applicabilité des démarches cindyniques corrélée à l'utilisation du DRC

2.4 Analyse des commentaires

Nous avons ensuite demandé aux médecins généralistes répondants de donner leur avis général sur la démarche cindynique, en texte libre.

Sur les 94 répondants nous avons eu 42 commentaires, soit environ 1 répondant sur 2.

Lors de la lecture de l'intégralité du verbatim, nous avons décidé de classer les commentaires sous 5 rubriques : les commentaires positifs ; les commentaires négatifs ; notion technique, à intégrer dans logiciel professionnel ; les commentaires sur le fond ; les commentaires sur la forme. (tableau 2)

Commentaires positifs	Il y a 16 commentaires positifs (38%) Ce qui revient le plus souvent c'est : « <i>travail intéressant</i> » ; le côté « <i>pratique et applicable de la démarche cindynique</i> ». Des compliments sur l'agrément d'utilisation du DRC Et sur le fait que « <i>la démarche cindynique est utile et indispensable</i> »
Commentaires négatifs	Il y a 6 commentaires négatifs (14%) Ce qui revient essentiellement est la lourdeur de l'outil informatique « <i>saturé de clic et de clac...</i> », « <i>j'essaye de consacrer du temps à l'écoute...</i> »
Notions techniques, à intégrer dans les logiciels professionnels	Il y a 9 commentaires dans ce sens.(21%)
Le fond des démarches cindyniques	Il y a 5 commentaires sur ce thème (11.9). Il y a des remarques sur les dénominations mêmes du DRC et sa présentation « <i>il me manque les localisations en TITRE...</i> » Des medecins généralistes pensent que ce travail a plus d'intérêt sur les RC persistants, d'autres pensent que « <i>la démarche cindynique est plus adaptée pour certains RC...</i> »
La forme des démarches cindyniques	Il y a 6 commentaires sur ce thème (14%). La plupart des répondants préférant la forme tableau.

Tableau 2 : Commentaires généraux sur la démarche cindynique.

2.5. INTERPRETATION DES RESULTATS PAR RC

2.5.1. RC PLAINTÉ ABDOMINALE

Le questionnaire concernant le RC PLAINTÉ ABDOMINALE a été envoyé à 78 médecins généralistes, 10 ont répondu.

Ce qui fait un taux de réponse à 12.8%.

60% des répondants ont 50 ans et plus

Les caractéristiques des répondants sont reprises dans le tableau 3.

	Age	Utilisation du DRC	Démarche pertinente (1 à 9)	Démarche utile (1 à 9)
1	De 40 à 49 ans	NON	7	2
2	De 40 à 49 ans	OUI	9	8
3	Moins de 30 ans	OUI	3	3
4	50 ans et plus	OUI	9	8
5	50 ans et plus	OUI	8	8
6	50 ans et plus	OUI	7	6
7	50 ans et plus	OUI	7	3
8	50 ans et plus	OUI	7	6
9	50 ans et plus	OUI	6	4
10	De 30 à 39 ans	OUI	7	7

TABLEAU 3 : réponse à l'évaluation du RC PLAINTÉ ABDOMINALE.

2.5.1.1. Pertinence

A la question : « Trouvez-vous le contenu de cette démarche pertinent ? », 1 a répondu une note entre 1 et 3 ; 1 a répondu entre 4 et 6 ; et 8 ont répondu une note entre 7 et 9. (Figure XIV.).

La moyenne des notes est donc de 7.

La médiane des notes est à 7.

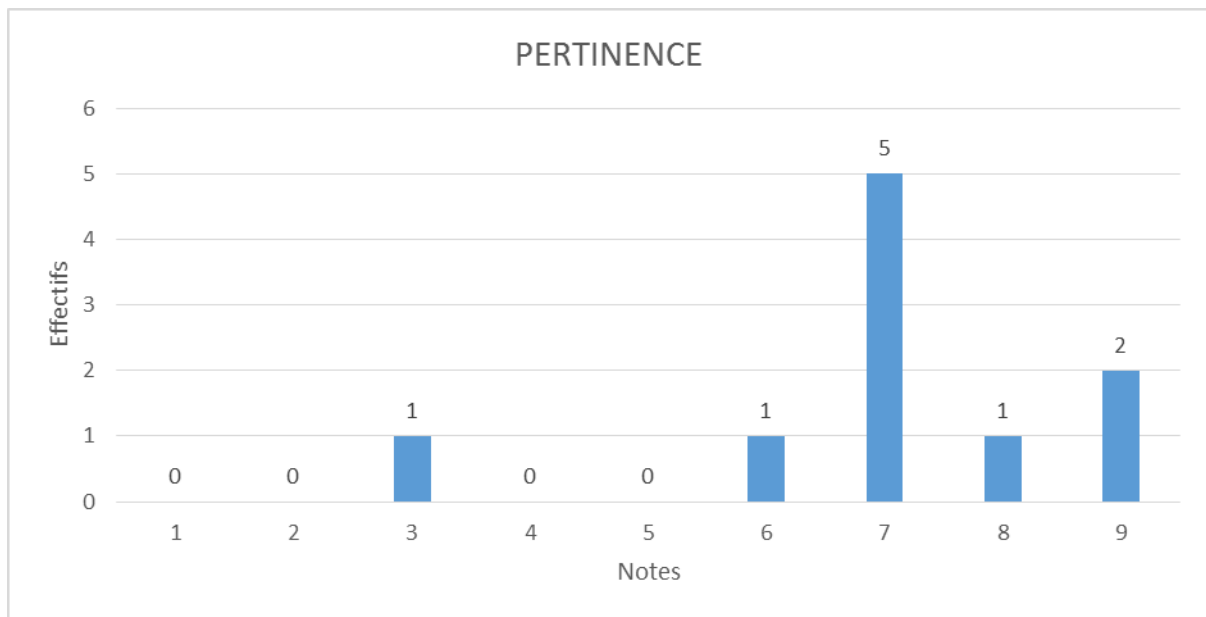


Figure XIV : Pertinence de la démarche cindynique pour le RC PLAINTÉ ABDOMINALE.

2.5.1.2. Utilité

À la question « Au cours d'une consultation dans laquelle vous avez rencontré ce cas clinique, cette démarche vous aurait-elle été utile ? », 3 ont répondu entre 1 et 3 ; 3 entre 4 et 6 ; 4 entre 7 et 9. (Figure XV.)

La note moyenne était de 5,5 et la médiane de 6.

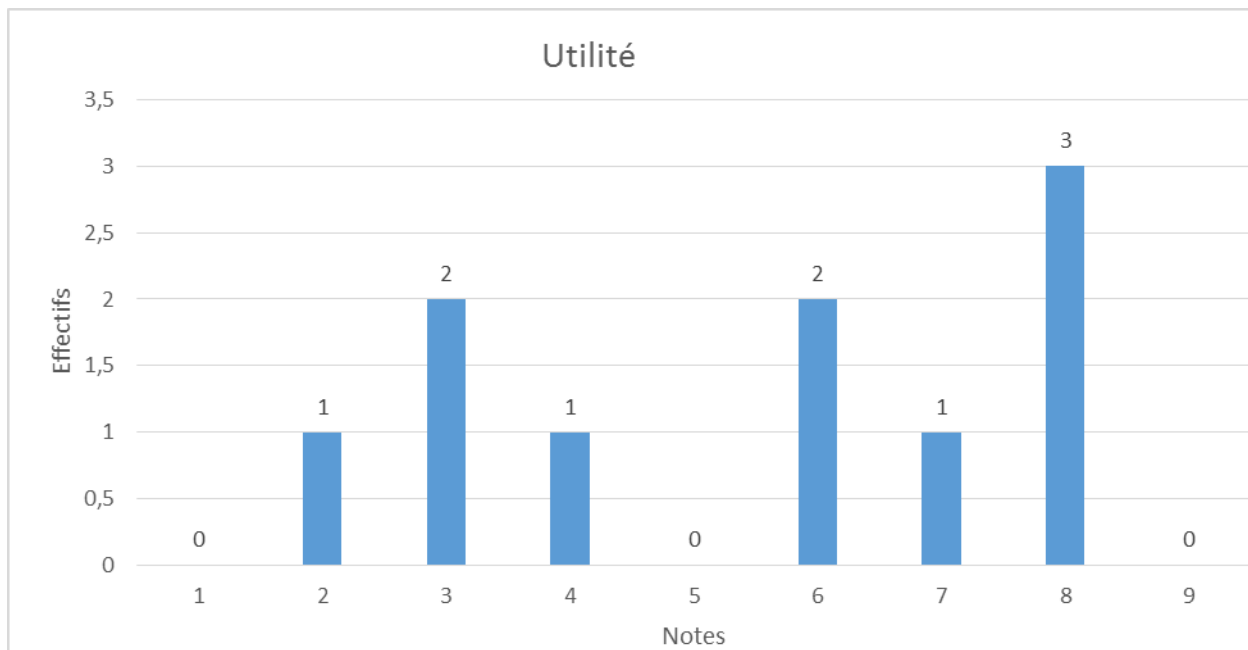


Figure XV : utilité de la démarche cindynique pour le RC PLAINTÉ ABDOMINALE.

2.5.1.3. Commentaires :

Sur les 10 réponses il y a eu 4 commentaires et remarques

« très utile en amont de la consultation, comme "révision" de cours; à aborder avec nos internes, par exemple »

« le tableau me paraît plus facile à utiliser que le texte : synthétique , information plus facile à trouver la forme peut être améliorée »

« NON c'est très médecine générale: n'oublie pas que tu peux te tromper !! »

« aucune bien équilibrée surtout pour les diagnostic différentiels »

Une remarque a été faite sur l'utilité de la démarche cindynique.

Une remarque est venue montrer que la forme tableau était plus intéressante.

Une remarque positive sur la qualité du travail.

Une remarque sur le fond de notre démarche. L'auteur voulant insister sur le risque de se tromper en médecine générale.

2.5.2. RC ASTHME

Le questionnaire sur le RC ASTHME a été envoyé à 78 médecins généralistes. Il y a eu 10 réponses, soit un taux de réponses de 12.8%.

60% des répondants ont 50 ans et plus.

Les caractéristiques des répondants sont reprises dans le tableau 4.

	Age	Utilisation du DRC	Démarche pertinente (1 à 9)	Démarche utile (1 à 9)
1	De 40 à 49 ans	NON	7	2
2	De 40 à 49 ans	OUI	9	3
3	Moins de 30 ans	OUI	3	2
4	50 ans et plus	OUI	6	6
5	50 ans et plus	OUI	8	8
6	50 ans et plus	OUI	6	5
7	50 ans et plus	OUI	6	3
8	50 ans et plus	OUI	7	5
9	50 ans et plus	OUI	6	5
10	De 30 à 39 ans	OUI	3	3

Tableau 4 : réponse à l'évaluation du RC ASTHME.

2.5.2.1. Pertinence

A la question : « Trouvez-vous le contenu de cette démarche pertinent ? », 2 ont répondu entre 1 et 3 ; 4 ont répondu entre 4 et 6 ; 4 ont répondu entre 7 et 8. (figure XVI.)

Soit une note moyenne de 6.1 et une médiane à 6.

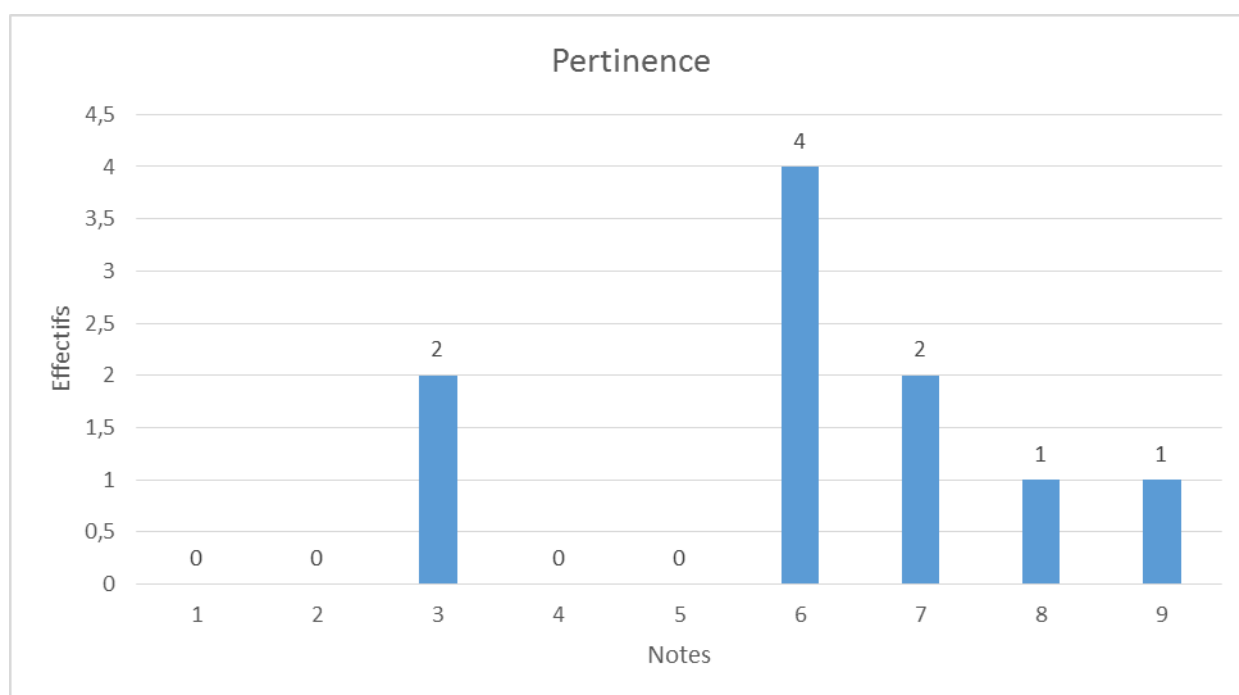


Figure XVI : pertinence de la démarche cindynique pour le RC ASTHME

2.5.2.2. Utilité

À la question « Au cours d'une consultation dans laquelle vous avez rencontré ce cas clinique, cette démarche vous aurait-elle été utile ? », 4 ont répondu entre 1 et 3 ; 5 entre 4 et 6 ; 1 entre 7 et 9 (figure XVII.)

La moyenne des réponses est de 4.5 et la médiane de 5.

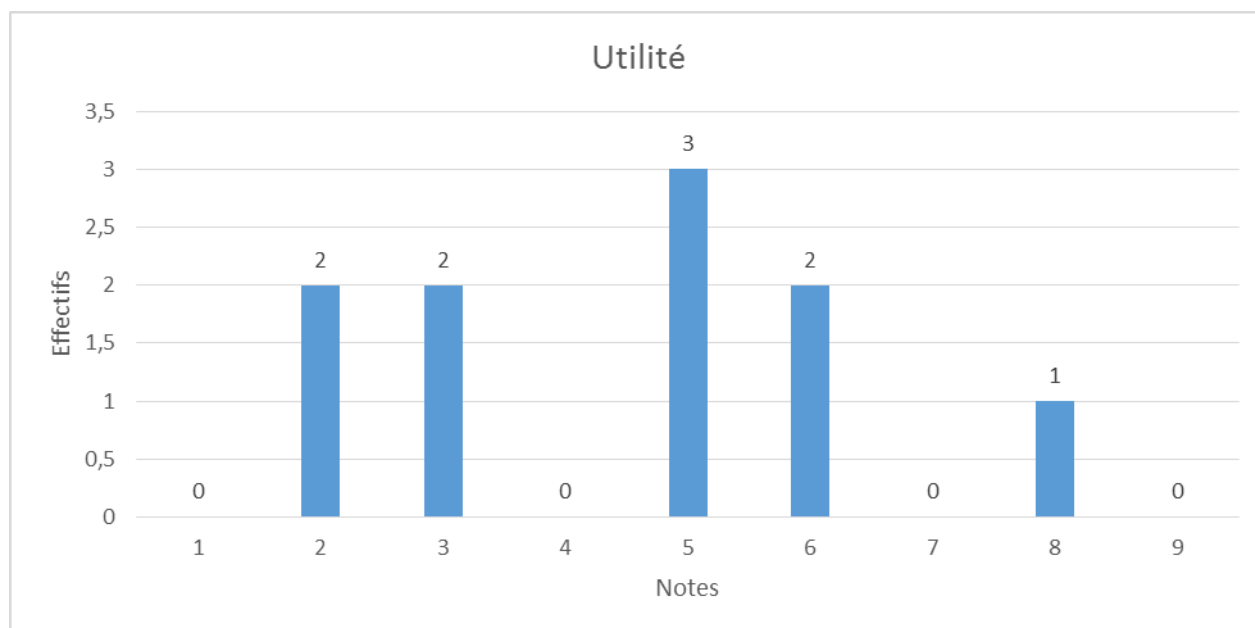


Figure XVII : Utilité de la démarche cindynique pour le RC ASTHME

2.5.2.3. Commentaires

Sur les 10 réponses, il y a eu 4 commentaires :

« très utile en amont de la consultation, comme "révision" de cours; à aborder avec nos internes, par exemple »

« le tableau me paraît plus facile à utiliser que le texte : synthétique , information plus facile à trouver la forme peut être améliorée »

« lien avec EFR à préciser »

« les résultats des EFR ne figurent pas »

2.5.3. RC HTA

Le questionnaire sur le RC HTA a été envoyé à 78 médecins généralistes, il y a eu 8 réponses.

Taux de réponse de 10.2%.

Les caractéristiques des répondants sont reprises dans le tableau 5.

	Age	Utilisation du DRC	Démarche pertinente (1 à 9)	Démarche utile (1 à 9)
1	50 ans et plus	OUI	8	9
2	50 ans et plus	NON	7	5
3	50 ans et plus	OUI	3	3
4	50 ans et plus	OUI	7	5
5	50 ans et plus	OUI	8	5
6	50 ans et plus	NON	7	9
7	De 30 à 39 ans	OUI	5	3
8	De 40 à 49 ans	OUI	9	8

Tableau 5 : réponse à l'évaluation du RC HTA.

2.5.3.1. Pertinence :

A la question : « Trouvez-vous le contenu de cette démarche pertinent ? », 1 a répondu entre 1 et 3 ; 1 a répondu entre 4 et 6 ; 6 ont répondu entre 7 et 9. (figure XVIII.)

La moyenne des réponses est de 6.75, la médiane de 7.

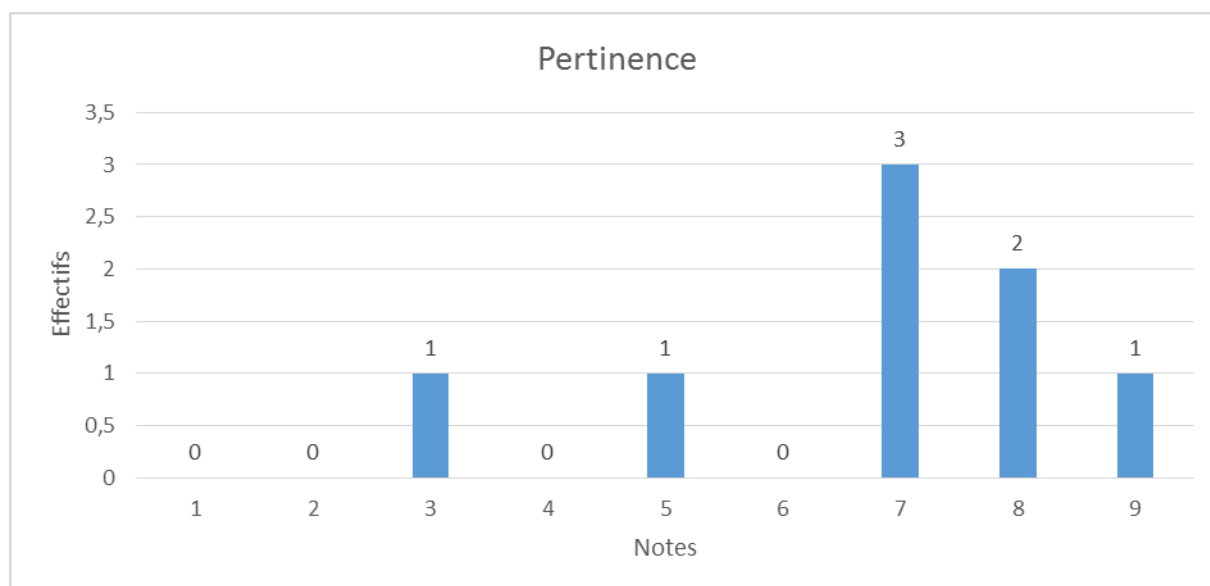


Figure XVIII : pertinence de la démarche cindynique pour le RC HTA

2.5.3.2. Utilité

À la question « Au cours d'une consultation dans laquelle vous avez rencontré ce cas clinique, cette démarche vous aurait-elle été utile ? », 3 ont répondu entre 1 et 3 ; 3 ont répondu entre 4 et 6 ; 3 ont répondu entre 7 et 9. (Figure XIX)

La moyenne des réponses est de 5.9, la médiane de 5.

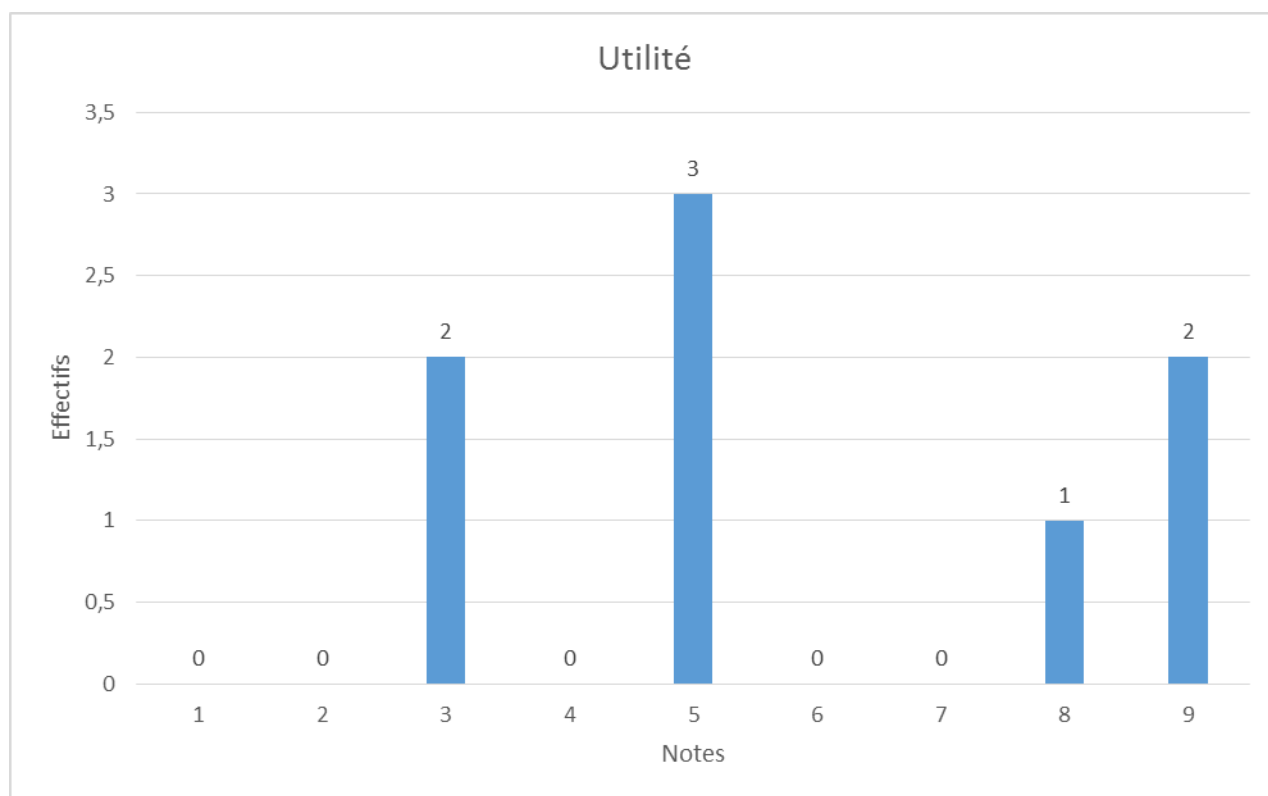


Figure XIX : utilité de la démarche cindynique pour le RC HTA.

2.5.3.3. Commentaires :

Il y a 3 commentaires pour les 8 réponses.

« manque traitement »

« penser aux hta secondaires »

« Auto mesure (bien faite !)= seul vrai diagnostic de l'HTA. »

2.5.4. RC HYPOTHYROIDIE

La question sur le RC HYPOTHYROIDIE a été envoyée à 78 médecins, il y a eu 5 réponses, un répondant n'a répondu que du verbatim.

Soit un taux de réponse à 6.4%.

Les caractéristiques des répondants sont reprises dans le tableau 6.

	Age	Utilisation du DRC	Démarche pertinente (1 à 9)	Démarche utile (1 à 9)
1	De 30 à 39 ans	OUI	9	9
2	50 ans et plus	OUI	2	2
3	50 ans et plus	OUI	9	8
4	50 ans et plus	NON	8	8
5	50 ans et plus	OUI	4	2

Tableau 6 : réponse à l'évaluation du RC HYPOTHYROIDIE.

2.5.4.1. Pertinence

A la question : « Trouvez-vous le contenu de cette démarche pertinent ? », 1 a répondu entre 1 et 3 ; 1 a répondu entre 4 et 5 et 3 ont répondu entre 7 et 9 (figure XX.)

Soit une moyenne des réponses à 6.4 et une médiane à 8.

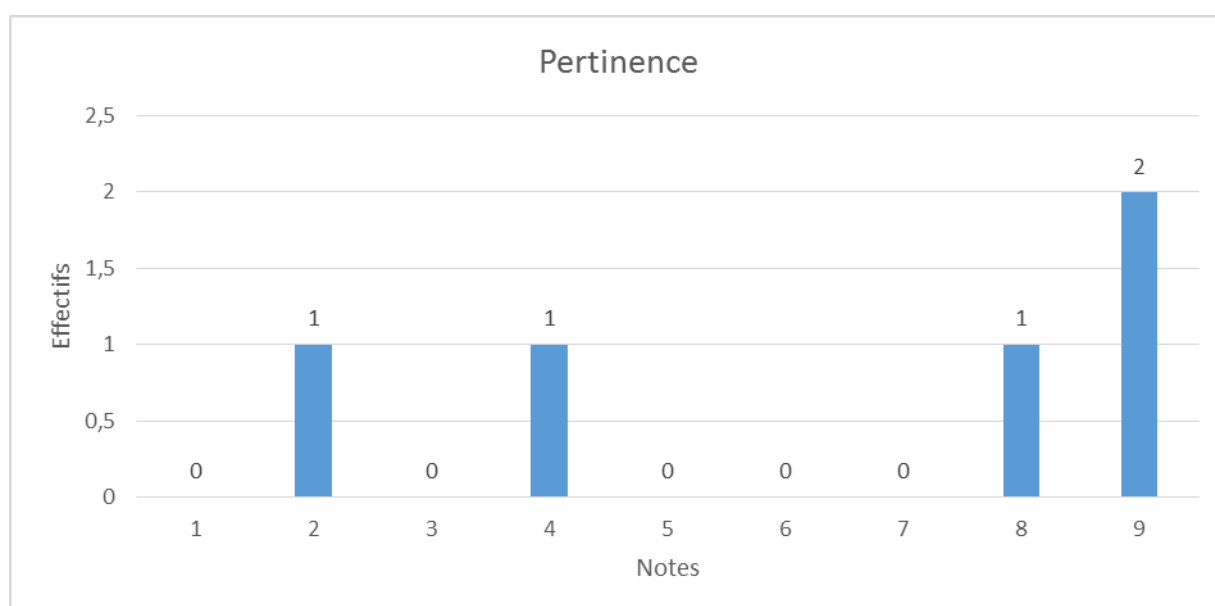


Figure XX : pertinence de la démarche cindynique pour le RC HYPOTHYROIDIE.

2.5.4.2. Utilité

À la question « Au cours d'une consultation dans laquelle vous avez rencontré ce cas clinique, cette démarche vous aurait-elle été utile ? », 2 ont répondu entre 1 et 3, aucun n'a répondu entre 4 et 6 et 3 ont répondu entre 7 et 9. (figure XXI.)

Soit une moyenne des réponses à 6.4 et une médiane à 8.

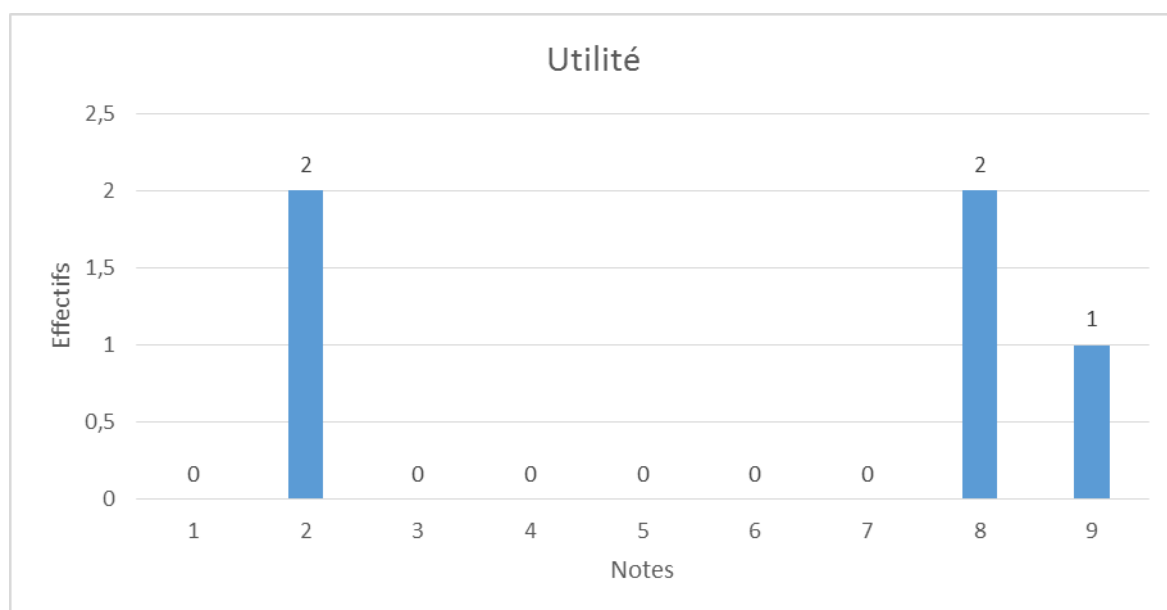


Figure XXI : utilité de la démarche cindynique pour le RC HYPOTHYROIDIE.

2.5.4.3. Commentaires

Il y a 2 commentaires pour ce RC.

« cette démarche cindynique dans le cadre de l'hypothyroïdie paraît non réaliste dans la mesure où le diagnostic est quasiment toujours infra clinique, alors la description de l'hypothyroïdie clinique apporte peu à mon sens. Le souci selon moi, serait la distinction entre hypothyroïdie primaire et secondaire à un pb hypophysaire qui cependant est ultra rare. »

« le RC hypothyroïdie est utilisé en suivi quasi-exclusivement, le diagnostic ne pose le plus souvent aucun problème (post-chirurgicale en plus dans plus de 75% des cas) »

2.5.5. RC ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE

La question sur le RC ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE a été envoyée à 78 médecins, il y a eu 5 réponses, soit un taux de 6.4%.

Les caractéristiques des répondants sont reprises dans le tableau 7.

	Age	Utilisation du DRC	Démarche pertinente (1 à 9)	Démarche utile (1 à 9)
1	50 ans et plus	OUI	7	7
2	50 ans et plus	NON	8	8
3	50 ans et plus	OUI	8	8
4	50 ans et plus	OUI	7	6
5	50 ans et plus	NON	8	8

Tableau 7 : réponse à l'évaluation du RC ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE

2.5.5.1. Pertinence

A la question : « Trouvez-vous le contenu de cette démarche pertinent ? », aucun n'a répondu entre 1 et 3 ; aucun n'a répondu entre 4 et 6 ; les 5 ont répondu entre 7 et 9 (figure XXII.)

La moyenne des réponses est de 7.6 et la médiane de 8.

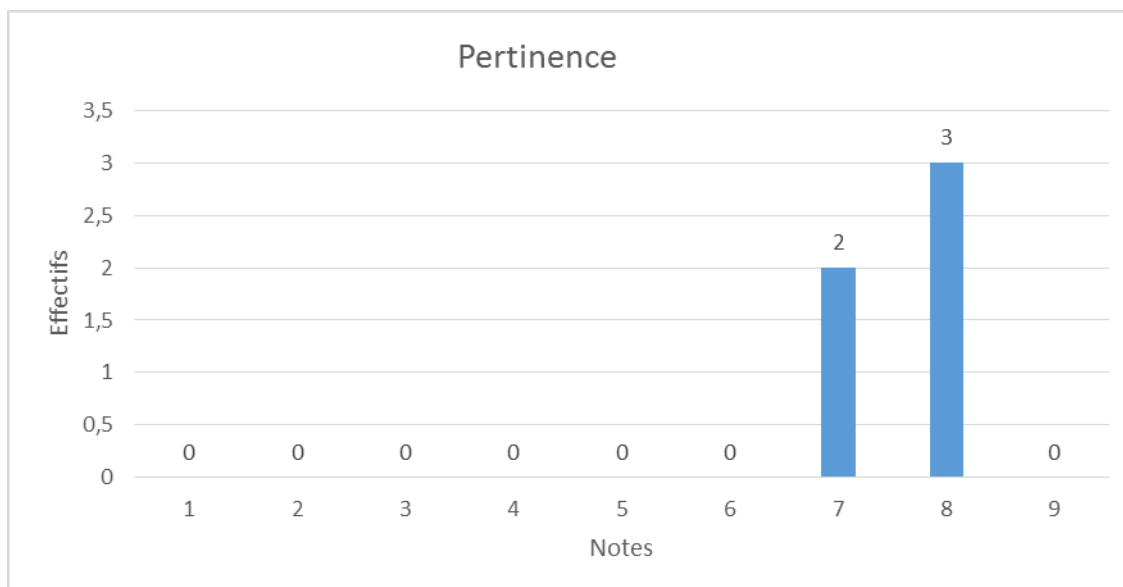


Figure XXII : pertinence de la démarche cindynique pour le RC ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE.

2.5.5.2. Utilité

À la question « Au cours d'une consultation dans laquelle vous avez rencontré ce cas clinique, cette démarche vous aurait-elle été utile ? », aucun n'a répondu entre 1 et 3 ; 1 a répondu entre 4 et 6 et 4 ont répondu entre 7 et 9. (Figure XXIII.)

Soit une moyenne de 7.4 et une médiane de 8.

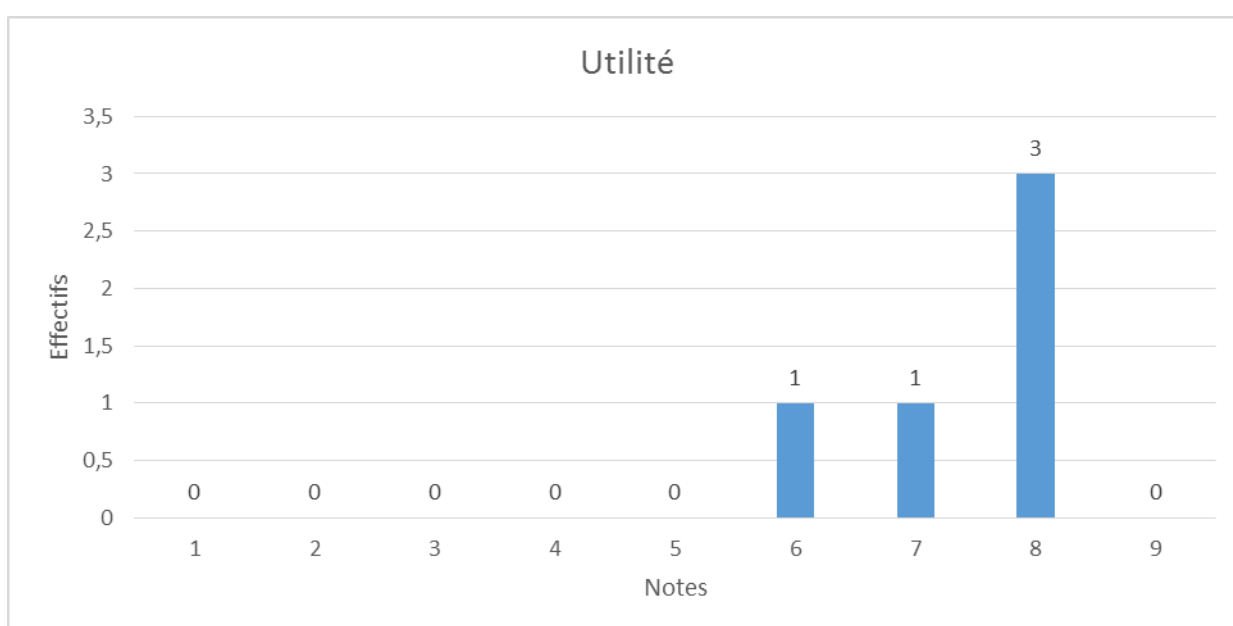


Figure XXII : utilité de la démarche cindynique pour le RC ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE.

2.5.5.3. Commentaires

Il y a eu 4 commentaires pour 5 réponses :

« *Mieux définir l'urgence ?* »

« *les troubles cognitifs, le syndrome confusionnel et le diabète me semblent aussi des DiC* »

« *ok mais améliorer la présentation du tableau...et avoir un détecteur de CO?* »

« *très bien* »

DISCUSSION

1. Introduction

Ce travail fait suite à la thèse de Damien Jouteau (16) sur la notion de risque lié à l'incertitude diagnostique. En effet en 2011 il avait mis en évidence que la démarche du praticien à l'aide du Résultat de Consultation, générait deux risques distincts qui se succèdent : celui inhérent à l'incertitude diagnostique en fin de consultation ; puis celui de ne pas évoquer ce qu'il avait appelé les Diagnostics Etiologiques Critiques (DEC) que le RC peut suggérer. Sa thèse se démarquait déjà par sa singularité. Elle a marqué une nette avancée dans les travaux de la SFMG sur le DRC, en démontant en quelque sorte le mécanisme du risque lié à cette incertitude.

Cette notion d'incertitude est à l'esprit de tout médecin généraliste de façon implicite, mais grâce à ce travail, une première formalisation écrite et concrète fut mise en place et appliquée à tous les RC. L'expression de Diagnostic Etiologique a néanmoins, au fil des travaux ultérieurs de la SFMG, montré ses limites. Il est vrai que l'étiologie ultime d'une maladie est parfois bien difficile à affirmer. Pour cette raison, nous parlons maintenant de Diagnostic Critique (DiC).

Restait à mettre en route des « démarches programmées » adaptées à chaque RC. Braun évoquait déjà cette nécessité en 1983 :

« 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 ». (19)

Braun avait déjà lui-même élaboré pour les 82 RC les plus fréquents des « Démarches diagnostiques programmées », publiées en 2005 (20).

Ces modèles mélangeaient à la fois ce que nous avons appelé le 1^{er} et le 2^{ème} risque.

L'originalité de notre travail a été de les séparer pour mieux les étudier.

L'étude de la littérature montre que la démarche diagnostique est plutôt analysée par des « arbres décisionnels » qui éliminent l'un après l'autre les « diagnostics différentiels », comme si tout trouble de santé devait absolument devenir une « maladie ». Or, nous savons, depuis les travaux de la SFMG que, dans 70% des cas se présentant à une consultation de médecine générale, aucun diagnostic au sens littéral du terme ne pourra être retenu.

Par contre, 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 (21-22).

Notre travail a été élaboré par 4 internes de médecine générale, dans le cadre du projet triennal de la SFMG. Il avait pour objectif d'élaborer des « démarches » propres à chaque RC, qu'il fallait qualifier. Au fil des réunions, c'est l'adjectif « cindynique » qui a été retenu.

2. Définition de la cindynique :

Le terme de cindynique est apparu en 1987¹ au cours d'un colloque réunissant des acteurs du monde industriel : *« Une nouvelle discipline scientifique est née. La cindynique (du grec kindunos : danger), ou science du risque, a vu officiellement le jour, le mardi 8 décembre, devant quelque mille cinq cents personnes assistant au colloque consacré à " la maîtrise des risques technologiques " et organisé à Paris par l'Association des cadres dirigeants de l'industrie pour le progrès social et économique (ACADI) »*

Il nous a semblé que le mot pouvait être appliqué à ces démarches que nous voulions qualifier. De substantif, Il devient ainsi un adjectif, ce que l'évolution de la langue française depuis trente ans semble maintenant autoriser. Il recouvre la même notion que la « riscologie » développée par Georges Jousse dans le même monde industriel, mais l'expression « démarches riscologiques » n'aurait pas eu la même élégance que celle de « démarches cindyniques » que nous avons choisie (23).

3. Construction méthodologique

3.1. Le choix de la méthode

Pendant 3 ans, au cours d'une quinzaine de réunions d'une journée, réunissant 8 médecins généralistes et 4 thésards, la méthode a été progressivement mise en place.

Quels étaient les éléments qui, devant un cas, matérialisé par un Résultat de consultation, amènent le praticien à évoquer ce risque de méconnaître une maladie grave pouvant se présenter fallacieusement sous une manifestation analogue à ce cas. Telle a été la question à laquelle nous avons été confrontés dès la première réunion. Fallait-il que ces démarches s'attachent à la fois au premier risque et au deuxième Risque ?

Après plusieurs essais sur un certain nombre de RC (CEPHALEE, ARTHROPATHIE – PERIARTHROPATHIE, CERVICALGIE, ADENOPATHIE), il nous est apparu que la première partie de la démarche, celle permettant de choisir le RC adapté au cas observé, devait être considérée comme acquise. La structuration des définitions avec ses critères d'inclusion et sa liste de Voir aussi constitue en elle-même, la démarche de gestion du 1^{er} risque.

Traiter exclusivement le 2^{ème} risque c'était donc répondre à la même question mais orientée cette fois-ci exclusivement sur les Diagnostics critiques : devant le RC choisi, quels pouvaient être les éléments amenant le praticien à envisager la possibilité d'un DiC ?

La liste des DiC avait été établie depuis cinq ans par les équipes de la SFMG pour plus de 80 RC parmi ceux les plus fréquemment observés. C'est à partir de cette liste qu'ont été analysés puis classés en plusieurs catégories les éléments pouvant amener le praticien à évoquer à un DiC :

Concernant le RC lui-même :

- Le choix des items du RC : certains critères d'inclusion ou certains compléments sémiologiques ont une valeur particulière d'orientation. C'est le cas par exemple de PLAINTÉ ABDOMINALE. Une douleur spontanée ou retrouvée à la palpation, ou plutôt

post-prandiale, ou plutôt localisée dans tel ou tel quadrant de l'abdomen évoquera plutôt un DiC qu'un autre.

- L'intensité de la douleur, de la fièvre : une fièvre à 38.2 et à 40° bien que relevée par le même item peut aussi avoir une signification différente.

- Le taux de révision du RC, pour ceux qui sont connus nous paraissait un élément important. Nous appelons « révision » le pourcentage de cas qui, au cours de leur évolution ont évolué vers un autre RC (24)

- Les complications liées au RC lui-même ne sont pas nulles : une fièvre élevée, par exemple, même si aucune maladie n'a été déterminée, pourrait avoir en elle-même des conséquences délétères.

Concernant les caractéristiques du patient :

Sa vulnérabilité (patient plus ou moins exposé à certains Diagnostics critiques), l'impact (plus ou moins important de certains Diagnostics critiques sur un patient) devaient être pris en compte. La vulnérabilité d'un malade à un cancer colique sera plus importante si son père a été traité pour un cancer colique. L'impact d'une pyélonéphrite sur un patient porteur d'un rein unique ne sera pas le même que chez un autre dont les deux reins sont fonctionnels.

Concernant le contexte :

Il convenait d'en tenir compte également : épidémie en cours dans l'entourage ou autre RC associé chez le malade pendant la même séance.

3.2 L'élaboration du questionnaire d'évaluation

Une fois les démarches cindyniques mises en forme, nous avons élaboré un questionnaire pour les médecins évaluateurs en format papier et Google forms.

Nous avons décidé dans la partie généralités d'aborder dans un premier temps l'âge de l'échantillon ; d'évaluer si l'utilisation habituelle du DRC par les médecins modifiait leur appréciation ; de les questionner sur l'intérêt et l'applicabilité de la méthode proposée, puis sur l'utilité et la pertinence de la démarche cindynique pour chaque RC.

Afin de répondre aux questions, nous avons utilisé le principe de l'échelle de Likert.(annexe) Contrairement à la méthode habituelle à 5 échelles, nous avons préféré, pour en augmenter la précision, l'élargir à 9 échelles. Après exploitation des résultats il nous est apparu intéressant de regrouper les réponses en trois blocs (1 à 3 : rejet de la méthode; 4 à 6 : indécision ; 7 à 9 : acceptation) où il est possible de positionner la médiane.

Le caractère favorable ou opposé à l'acceptation de la méthode a été apprécié par la position de la médiane des réponses dans l'un de ces trois blocs.

La moyenne des notes attribuées a été le deuxième critère d'appréciation.

4. Résultats sur la démarche cindynique en général

4.1. Intérêt et utilité

La note moyenne des répondants est de 7,17 et la médiane de 7. Cela montre que notre travail est, dans ses généralités, intéressant et utile pour les médecins généralistes ayant répondu. La médiane étant dans la zone d'acceptation de la réponse.

Bien qu'il y ait un étalement des réponses dans toutes les zones, il n'y en a qu'une minorité (N = 5) dans la zone de rejet.

4.2. Applicabilité

La note moyenne des répondants est de 6.56 et la médiane à 7. Cela montre que ce travail paraît applicable à la plupart des répondants au questionnaire.

Cependant on remarque ici un étalement plus important des réponses. Il y a 30 répondants dans la zone d'indécision, ce qui fait baisser la moyenne en dessous de la médiane. Cet étalement montre un certain doute des répondants sur l'applicabilité en temps réel pendant la consultation.

4.3. Format

Il nous est apparu à la suite de notre enquête, que le format tableau satisfaisait davantage les répondants que le format texte (76.9%).

Nous pensons que la mise en forme future dans le DRC devrait donc se faire sous forme de tableau.

4.4. Comparaison en fonction de l'âge et de l'utilisation du DRC

Nous avons vu dans la partie résultat que l'âge des répondants n'avait pas d'impact sur l'intérêt-utilité et l'applicabilité. La répartition des réponses en fonction de l'âge n'a pas montré de différence significative.

Par contre le fait d'être ou non un utilisateur du DRC entraîne de la part des médecins une notation différente : la note moyenne est forte à 7.4 pour l'utilité avec une médiane à 7 et des chiffres à peu près identiques pour l'applicabilité chez les utilisateurs du DRC. Parmi les 69 utilisateurs, 55 d'entre eux ont situé leur réponse dans la zone 7 à 9. Inversement, sur les 24 non utilisateurs, 11 seulement ont situé leur réponse dans la zone de 7 à 9 avec une moyenne de 6 pour l'utilité et 5 pour l'applicabilité.

Cette constatation paraît assez logique dans la mesure où une certaine connaissance de la « mécanique » du DRC est nécessaire pour en apprivoiser le fonctionnement.

4.5. Le verbatim

Enfin, pour cette enquête générale, nous avons proposé aux médecins interrogés de donner leur avis en texte libre. Plus d'un répondant sur deux nous a laissé un commentaire à 40% positif. Les remarques négatives quant à elles, portaient peu sur le fond de la démarche cindynique, mais plus sur la forme même du DRC ainsi que sur la lassitude des lecteurs à utiliser un nouvel outil informatique face aux patients.

La plupart des remarques insistent sur la nécessité que le DRC et les Démarches cindyniques soient intégrés à leur logiciel métier, condition indispensable à leur utilisation en temps réel pendant la consultation.

Toutes les remarques sur notre travail montrent la bonne impression des lecteurs.

Voici quelques exemples de l'intérêt porté sur ce travail :

« *travail intéressant* » ; le côté « *pratique et applicable de la démarche cindynique* ».
« *la démarche cindynique est utile et indispensable* »

« Concernant le projet c'est un peu fastidieux je trouve, un médecin doit apprivoiser son incertitude. Il ne peut pas tout savoir et ce n'est pas ce qu'on lui demande. Savoir reconnaître les situations dangereuses sans pour autant les nommer serait une compétence plus fondamentale à mon sens ».

« Sur quelles bases les démarches sont-elles créées ? (consensus professionnel, recommandations de quelle niveau de preuve) ? »

5. Résultats de l'enquête particulière à 5 Résultats de consultation

5.1. RC PLAINTÉ ABDOMINALE

Ce RC en position A (symptôme) a été étudié par une majorité de médecin utilisant le DRC (9 sur 10).

La note moyenne concernant la pertinence est de 7 et la médiane de 7. Cette médiane est donc dans la zone d'acceptation, l'étendue des réponses montre quant à elle, un désaccord entre les répondants.

Concernant l'utilité, la note moyenne est de 5.5 et la médiane de 6. Cette médiane est dans la zone d'indécision, avec une étendue de réponse montrant un désaccord entre les répondants.

Les remarques ont quant à elles été positives avec un répondant rappelant qu'en médecine générale on a le droit de se tromper.

Sur ce RC, on peut voir que la pertinence du travail a été bien notée mais que les répondants ont jugé la démarche cindynique sur ce RC moyennement utile. Ce RC est un RC « d'attente », soit vers un autre RC soit, le plus souvent vers sa résolution spontanée. La démarche cindynique dans ce cadre-là peut paraître moyennement utile car le tableau clinique est, la plupart, du temps peu inquiétant. Du moins les médecins répondants ont-ils pensé que la gestion du risque pour ce RC ne leur posait pas de problème.

5.2. 5.2- RC ASTHME

Ce RC en position diagnostique C (tableau de maladie) a été étudié par une majorité de médecins utilisant le DRC (9 sur 10).

La note moyenne concernant la pertinence est 6.1 et la médiane à 6. La médiane est dans la zone d'indécision avec une étendue des réponses montrant un désaccord entre les répondants.

Concernant l'utilité, la note moyenne est de 4.5 et la médiane de 5. La médiane est en zone d'indécision avec une étendue des réponses montrant un désaccord entre les répondants

Les commentaires pour ce RC, faisaient part de lacunes dans le tableau concernant les épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR).

Si les EFR ont une importance certaine dans le suivi de l'asthme, elles ne sont pas à la disposition instantanée du médecin pendant sa consultation. Nous avons privilégié l'utilisation des beta2 mimétiques en première intention, à titre « d'épreuve thérapeutique », d'utilisation facile et instantanée au cabinet du praticien. Nous n'avons pas donné de détails techniques sur les résultats des EFR dont l'interprétation est du domaine spécialisé du pneumologue.

Sur ce RC, les répondants ont trouvé le travail assez pertinent, par contre assez peu utile. L'asthme étant fréquemment rencontré avec des thérapeutiques bien connues, et n'entraînant que très rarement des complications graves, les praticiens n'ont sans doute pas le sentiment d'être en situation d'incertitude face à ce RC.

5.3. 5.3- RC HTA

Ce RC en position diagnostique A (symptôme) a été étudié par 6 répondants sur 8 utilisant le DRC.

La note moyenne concernant la pertinence est de 6.75, la médiane est de 7. La médiane est en zone d'acceptation avec un désaccord entre les répondants.

Concernant l'utilité, la note moyenne est de 5.9, la médiane de 5. La médiane est en zone d'indécision avec un désaccord entre les répondants.

Les commentaires pour ce RC regrettent qu'aucune recommandation thérapeutique n'ait été proposée, mais ce n'était pas l'objectif des démarches cindyniques.

Sur ce RC, les répondants ont trouvé le travail pertinent et utile. L'hypertension artérielle est très fréquemment rencontrée en consultation de médecine générale (au 1^{er} rang de fréquence en nombre d'actes). La démarche cindynique autour de ce RC permettrait au médecin d'avoir à nouveau une réflexion sur cette pathologie, fréquemment rencontrée.

5.4. 5.4- RC HYPOTHYROIDIE

Ce RC en position diagnostique D (diagnostic certifié) a été étudié par 4 répondants sur 5 utilisant le DRC.

La note moyenne concernant la pertinence est de 6.4, la médiane à 8. Cette médiane est en zone d'acceptation mais avec un désaccord entre les répondants.

Concernant l'utilité, la note moyenne est de 6.4 et la médiane à 8. Cette médiane est en zone d'acceptation mais avec un désaccord entre les répondants.

Les commentaires pour ce RC, font part de la certitude que l'on a lorsque l'on relève HYPOTHYROIDIE.

Sur ce RC les notes concernant la pertinence et l'utilité sont superposables. Les répondants ont trouvé la démarche cindynique pour ce RC pertinente et utile.

5.5. 5.5- RC ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE

Ce RC en position diagnostique A (symptôme), C (tableau de maladie) ou D (diagnostic certifié) a été étudié par 3 répondants sur 5 utilisant le DRC.

La note moyenne concernant la pertinence est de 7.6, la médiane à 8. Cette médiane est en zone d'acceptation mais avec un désaccord entre les répondants.

Concernant l'utilité, la note moyenne est de 7.4, la médiane à 8. Cette médiane est en zone d'acceptation mais avec un désaccord entre les répondants.

Un des commentaires nous demande de mieux définir l'urgence de la situation, Mais l'angor est déjà - sui generis - une situation d'urgence et notre démarche cindynique ne s'attachait qu'à faire évoquer les Diagnostics critiques d'origine non coronarienne.

Sur ce RC les notes concernant la pertinence et l'utilité sont également superposables. Les répondants ont trouvé la démarche pertinente et utile.

5.6. Au total

La majorité des démarches cindyniques sont dans la zone d'acceptation pour la pertinence du travail.

Pour l'utilité, les notes médianes sont pour la plupart dans la zone d'indécision. Ceci tient probablement aux doutes ainsi exprimés de pouvoir consulter aisément le texte pendant le temps de la consultation.

6. Comparaison du travail des différentes thèses

Après la relecture et la mise en commun des 20 RC, il nous est apparu que nos résultats étaient superposables.

On remarque qu'il y a des variabilités du nombre de réponses selon les RC : les extrêmes vont de 5 réponses pour HYPOTHYROIDIE et ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE à 13 réponses pour ANGINE-PHARYNGITE AMYGDALITE.

Ses variabilités sont indépendantes de notre volonté. En fonction des groupes auxquels ont été envoyés les questionnaires nous avons des taux de réponses différents.

Sur les 20 RC travaillés, la note moyenne la plus basse est de 6.1 contre 8, la plus haute pour la pertinence ; et la plus basse est 4.5 contre 7.6 pour l'utilité.

Si on exploite le Mode, on remarque qu'il est très groupé, entre 7 et 9 pour la pertinence pour 17 RC sur 20, mais seulement pour 9 RC sur 20 pour l'utilité.

Nous avons également remarqué, qu'il n'y avait pas de différence selon la position diagnostique. Nous aurions pu nous attendre à ce que les RC en position A ou B soient plus appréciés quant à leur utilité.

Nous avons décidé de calculer pour la pertinence et l'utilité la moyenne des notes moyennes et des médianes pour les 20 RC.

Pour la pertinence, la médiane est de 7.5, la moyenne de 7.8

Pour l'utilité, la médiane est 6.7 et la moyenne 6.3

En effet, tous les résultats ont montré que les démarches cindyniques sont dans la zone d'acceptation concernant la pertinence du travail. Cela montre que, quel que soit le RC choisi, les répondants ont trouvé le travail intéressant et pouvant leur apporter quelque chose.

Pour l'utilité, les notes médianes sont dans la zone d'indécision. En effet, les praticiens ayant répondu aux questionnaires, émettent certainement quelques doutes sur la facilité d'utilisation au cours d'une consultation ne durant, il faut le rappeler, que seize minutes en moyenne.

7. Limites et biais

Biais de recrutement

Afin de valider notre méthode de création de démarches cindyniques, nous avons fait appel à une évaluation par des médecins généralistes. L'échantillon a été choisi parmi un panel de médecins français ayant répondu à une enquête menée en 2014 sur l'intérêt et l'utilisation du DRC, par le biais du site Internet de la SFMG. Parmi les 785 médecins sollicités 93 ont répondu, soit un taux de réponse de 11,84 %. 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 connaissant la SFMG et le Dictionnaire des Résultats de Consultation. 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 et pour espérer un nombre de réponses le plus élevé possible.

L'effectif de l'échantillon des 93 répondants reste néanmoins faible.

Enfin, ces médecins sont pour beaucoup Sociétaires de la SFMG, qui pour la plupart, connaissent le DRC, ce qui n'est pas représentatif de la population générale des médecins généralistes.

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 la nouvelle Région Aquitaine Limousin Poitou Charentes.

Cela aurait eu l'avantage d'augmenter notre échantillon et de limiter le biais de recrutement. Mais les difficultés logistiques auraient été plus grandes. Le taux de réponses aurait été probablement plus faible, une part importante des médecins de cette grande Région ne connaissant peu ou pas le DRC.

Nous avons prévu dans la grille d'indiquer le « taux de révision » du RC concerné. Or ce taux n'est pas disponible actuellement, dans l'attente des résultats du travail d'une équipe de la SFMG. Ce taux de révision aurait eu son importance. Nous savons par l'étude statistique faite par l'OMG sur l'année 1994-1995 déjà citée qu'il est de 1% en moyenne sur l'ensemble de tous les Résultats de consultation mais qu'il varie de 0 à 9% pour certains d'entre eux. Nos grilles devront donc être complétées dès que ces chiffres seront connus.

Absence de validation par le Comité de mise à jour du DRC

Une autre limite de ce travail est l'absence de validation de notre travail par le comité de mise à jour du Dictionnaire des résultats de consultation. Dans un but de publication de ce travail, 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 les recommandations officielles. Cette étape de validation des démarches cindyniques est actuellement en projet.

Limitation de la démarche à un RC donné

Enfin, la dernière limite de ce travail est la limitation de la démarche cindynique au cadre restreint du RC donné. Or nous savons que chaque consultation comporte le plus souvent plusieurs RC dont le nombre croît avec l'âge. Cela pourrait en faire une démarche plus « théorique » qu'applicable à la réalité pratique. Bien que

perfectible, la prise en compte des « RC associés » dans la réalisation des démarches cindyniques permet de diminuer cette limite.

Notre travail peut paraître limité à la SFMG, par sa façon de penser (« le plaisir de comprendre ») et par l'utilisation exclusive du DRC. Mais l'Observatoire de la Médecine Générale² a démontré pendant 15 ans que les données structurées obtenues par le Résultat de Consultation permettaient d'explorer au mieux le champ de la médecine générale. Notre travail est la suite d'une réflexion qui a débuté il y a plus de trente ans et qui trouve ici son épanouissement.

8. Perspectives

La création de démarches cindyniques a été réalisée initialement pour 20 Résultats de consultation du Dictionnaire, auxquels il faut rajouter le RC test CEPHALÉE. 5 démarches ainsi que leur évaluation sont présentées dans ce travail.

Nous avons pu montrer que cette démarche novatrice s'intégrait complètement dans le Dictionnaire des Résultats de consultation. L'évaluation secondaire a permis de confirmer que notre orientation et nos choix étaient pertinents.

Le modèle de démarches que nous avons initiées, devrait permettre de poursuivre et d'étendre la création des démarches cindyniques aux 267 RC restants.

En effet, l'objectif de ce travail est de créer une démarche de gestion du risque en médecine générale pour chaque RC qui soit à la fois une aide à la pratique quotidienne et un rappel pour le médecin en difficulté lors d'une consultation.

Les démarches cindyniques des 278 RC devront être intégrées au DRC y compris dans sa version informatique, condition indispensable pour qu'elles soient utilisées au cours-même de la consultation.

Le « premier risque » a été exclu volontairement de ce travail pour les raisons que nous avons explicitées. Il serait néanmoins intéressant d'étudier de façon plus précise comment la liste des Voir aussi attachée à chaque Résultat de consultation a été élaborée.

² <http://omg.sfm.org/>

Il faudra poursuivre la recherche et la mettre en perspective avec d'autres travaux en cours, notamment sur la prise en charge des poly pathologies, ou poly morbidités, qui pourrait justifier des démarches cindyniques particulières.

La prise en charge de problèmes aigus ou chroniques, sur l'instant (synchronique) et sur la durée (diachronique), pourrait ne pas être la même comme l'indiquait M.A. Bousquet (25): « La médecine générale est caractérisée par le suivi dans le temps. En cela, elle est une sorte de succession de synchronies. La prise en compte de cet ensemble d'instantanés discontinus de rencontres permet une vision plus générale dans le temps, que l'on qualifie de diachronique. C'est particulièrement vrai dans le suivi des maladies chroniques. Afin d'avoir une démarche globale, le médecin généraliste n'est pas uniquement cantonné à l'instant de la consultation mais tient compte de l'ensemble des "synchronies" passées, dans une vision diachronique ».

Ces travaux sont actuellement en cours au sein de plusieurs équipes de la SFMG.

Il s'agit là de travaux importants et sur le long terme mais qui pourront constituer une véritable avancée dans l'exercice de la médecine générale.

CONCLUSION

Ce travail avait pour objectif de définir une méthode permettant d'élaborer une conduite à tenir pertinente en médecine générale devant un cas défini par son Résultat de consultation (RC). Les recherches développées depuis plus de trente ans par la Société Française de Médecine Générale dans ce domaine ont montré en effet que l'ensemble des Résultats de consultation (RC) représente plus de 97% des situations prises en charge en médecine de premier recours.

Il fallait déterminer quel devait être le but de ces conduites à tenir : non pas celui de déterminer à tout prix l'existence d'une maladie devant tout trouble de santé, mais celui de maîtriser le risque lié à l'incertitude diagnostique. C'est le terme de cindynique, emprunté à la gestion du risque industriel, qui a été retenu. Les travaux de D.Jouteau dans sa thèse sur la notion de risque lié à l'incertitude diagnostique avaient montré l'existence de deux risques se succédant dans la démarche diagnostique. Le premier est celui de ne pas choisir le RC adapté au cas observé, pour diverses raisons objectives et subjectives qui ont été analysées. Le second est de ne pas évoquer un Diagnostic Critique (DiC) qui pourrait imiter le RC.

Nous avons montré comment la structuration des définitions du Dictionnaire des résultats de consultation, permettait en elle-même d'éliminer ou du moins de réduire considérablement le premier risque. Chaque définition comporte en effet des critères d'inclusion ainsi qu'une liste de RC concurrents, de par leurs analogies de manifestation et leurs propres risques d'évolution grave évitables, appelée Voir aussi. C'est parce qu'on a exclu, le plus souvent cliniquement, les RC de la liste des Voir aussi, que l'on confirme que c'est bien le RC choisi qui correspond le mieux à la situation clinique présentée. Cette liste a une fonction taxinomique qui vient limiter le 1er risque, c'est-à-dire l'erreur dans le choix du RC.

Les démarches cindyniques de notre travail se sont donc limitées au deuxième risque. Pour chaque RC, une liste de DiC avait été établie depuis cinq ans par le Comité de mise à jour du DRC de la SFMG. Quels étaient les éléments permettant au médecin d'évoquer un Diagnostic Critique devant un Résultat de consultation ? Une grille de recueil de ces éléments a été élaborée au fil de nombreuses rencontres entre les quatre étudiants préparant leur thèse et des experts de la SFMG. Plusieurs rubriques ont été retenues tenant compte des items inclusion choisis pour le RC et

de sa durée d'évolution, des RC associés pendant la même séance, du contexte épidémiologique mais aussi de la vulnérabilité du patient à un DiC et de l'impact qu'aurait celui-ci en fonction du malade.

Vingt Résultats de consultation ont été sélectionnés pour les répartir entre les quatre étudiants. Ont été retenus 20 RC tirés au sort de façon aléatoire parmi la liste des 50 RC les plus fréquents, à partir des données de l'OMG en 2009. Le présent travail a porté sur les cinq RC suivants : PLAINTÉ ABDOMINALE, HTA, ASTHME, HYPOTHYROIDIE et ANGOR- INSUFFISANCE CORONARIENNE.

Les grilles une fois finalisées ont été testées auprès d'un panel de médecins généralistes pour en évaluer d'une part l'intérêt et l'utilité, d'autre part l'applicabilité dans leur pratique. L'analyse statistique des fiches d'évaluation construites selon l'échelle de Lickert a montré que si l'intérêt était largement reconnu, l'applicabilité en temps réel de la consultation était plus discutée par les médecins évaluateurs.

Ce travail devra être validé ultérieurement par un nombre plus important de médecins généralistes et sur l'ensemble des Résultats de consultation. Il a néanmoins le mérite d'avoir fixé une méthode qui vient étayer les réflexions que la SFMG a débutées depuis 1983, dans le but d'améliorer la prise en charge des patients.

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 M-A, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale. 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint Cloud : Global Médian Santé ; 2015. 7-207.
- (3) Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale. 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint Cloud : Global Médian Santé ; 2015. 50-51.
- (4) SFMG. La démarche médicale en médecine générale. Disponible sur le site de la SFMG.
- (5) Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. Sciences sociales et santé Année 2008 Volume 26 Numéro 1 pp. 67-91.
- (6) Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale. 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint Cloud : Global Médian Santé ; 2015. 142-149.
- (7) Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale. 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint Cloud : Global Médian Santé ; 2015. 127-131.
- (8) Société Française de Médecine Générale, « Le Dictionnaire des Résultats de Consultations : à quoi ça sert ? Comment ça marche ? ». eDocuments de Recherche en Médecine Générale n°4, septembre 2003.
- (9) Jouteau D. la notion de risque lié à l'incertitude diagnostique en médecine de premier recours. Thèse de médecine, faculté de Poitiers, 2011, 216 p.
- (10) Kandel O, Bousquet M.A, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale. Collection Le plaisir de comprendre. Paris : GMSanté Editeur ; 2015 : p 72-75.
- (11) Clerc P, L.J., Mousques J, Hebbrecht G, de Pourvouville G, Etude Polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la polyprescription. Pratiques et Organisation des Soins, 2008.
- (12) Braun R.N. Pratique, critique et enseignement de la médecine générale. Ouvrage publié sous les auspices de la SFMG. Payot, Paris, 1979.

- (13) Rosowsky O. Le « Résultat de consultation » selon R.N Braun. Rev Prat-Med Gen 1989 ; 72 :127-31.
- (14) DREES. Etudes et résultats, N° 481 avril 2006.
- (15) Clerc P. Boissault P. Kandel O. Candelier D. Leeuws JL Zilbert B. Raineri F. La Rev. du prat. MG Tome 18. N 650/651.
- (16) JOUTEAU D. La notion de risque lié à l'incertitude diagnostique en médecine de premier recours. Thèse pour le Diplôme d'état de Docteur en médecine, Université de Poitiers. 20/05/2011.
- (17) Rosowsky, O. Andral, J. Cittée J., Brunel L. Principes généraux de la Casuistique. Groupe de Recherches et d'Etudes Taxonomiques Epidémiologiques et Cliniques en Médecine de Ville.
- (18) orphanet. Le syndrome de Churg et Strauss[en ligne]. Disponible sur : <https://www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/ChurgStrauss-FRfrPub745.pdf> (consulté le 12/02/2016).
- (19) Braun R. La médecine générale, sa position et son rôle dans la médecine " Documents de Recherches en Médecine Générale N° 7-8, 1983.
- (20) Braun Robert N, Mader Franck H, Ollenschläger G. Programmierter Diagnostik in der Allgemeinmedizin, 82 Checklisten für Anamnese und Untersuchung Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2005).
- (21) 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. Juin 2002. Rapport d'une étude menée à la demande de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France. G.R.E.T.E.C.
- (22) TOUIL épouse LAMARI 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 Créteil (Paris XII) 2010.
- (23) Jousse G. Traité de risologie – la science du danger. Editions IMESTRA 2009.
- (24) Doc. Rech. Méd. Gén N° 52 sept 1998 Annuaire statistique 94/95 de l'Observatoire de la Médecine Générale, p 28.
- (25) BOUSQUET M-A. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. Thèse Université de Poitiers 2013.

ANNEXES

1. Préface de l'édition 1996 du DRC

La première grande innovation qui, au XIX^{ème} siècle, a permis le développement que l'on sait, de la connaissance médicale et des soins, a été, au sein et en dépit de l'infinie variété des informations recueillies auprès des sujets souffrants, l'invention des concepts nosologiques, c'est à dire les noms des maladies telles qu'elles ont pu être enseignées dans les facultés, décrites dans les livres, appliquées dans l'échange des informations, des découvertes et des innovations. Cette modélisation de l'information qui est recueillie auprès des patients et des populations a généré un mouvement de connaissance et de recherches médicales unique dans l'histoire de l'humanité.

Or, la diversité et l'imprécision des informations disponibles ou raisonnablement accessibles que le médecin praticien est tenu d'exploiter pour établir la décision qu'il croit devoir prendre au sujet d'un patient déterminé, n'entrent pas, pour la majorité des cas, dans un cadre nosologique défini par la science contemporaine. Et cependant, dans notre société qui se veut juste et transparente, c'est sur de telles informations, incomplètes et incertaines, que le praticien doit pouvoir justifier, à la fois devant chaque patient et devant la collectivité, les risques et les avantages prévisibles et les ressources mises en jeu par sa décision d'action ou de non action. La triple exigence de rationalité, de transparence et de justification, exprime la nécessité d'une nouvelle modélisation à la fois celle des "situations diagnostiques" concrètes telles qu'elles sont rencontrées dans sa pratique professionnelle de la médecine de terrain, la médecine du "vrai monde", et celle des processus de décision. C'est précisément à la tâche, énorme, d'identification et de codification des situations concrètes de décision clinique – sous le nom de "résultats de consultation" – que s'attache la Société Française de Médecine Générale, dont la première étape est rapportée dans ce "Dictionnaire des résultats de consultation en Médecine générale". Le premier objectif de ce travail de longue haleine, est de définir et distribuer les "résultats de consultation" selon les rubriques suivantes :

- Une rubrique de "maladies" (ou de "tableaux de maladies") où, avec ou sans le secours des épreuves "complémentaires" d'imagerie ou de biologie, le clinicien, peut diagnostiquer un concept nosologique avec une probabilité acceptable et justifiable.
- Une rubrique de "syndromes" où, sans identifier une cause pathogène ou un diagnostic nosologique de "maladie", le clinicien reconnaît, sous le nom de syndrome, une association de troubles et de signes qui exprime une perturbation physiopathologique, perturbation qui justifie une intervention correctrice, éventuellement salutaire.
- Enfin une rubrique qui, sous le nom de "symptômes" rassemble les situations où la diversité, l'imprécision ou la variabilité des plaintes observées ou formulées par le patient ne correspondent à aucune "forme" nosologique ou syndromique identifiable, au moins dans les limites de sa connaissance. Si, dans de telles situations, dont on peut penser qu'elles sont majoritaires, on est en droit d'exiger que les décisions du praticien répondent à un souci de rationalité, de transparence et d'efficacité, alors il est nécessaire de les codifier autant que faire se peut, et pour chacune d'entre elles, de définir les décisions qui sont justifiables en termes de risques et d'avantages attendus comme en termes économiques.

C'est à cette tâche, énorme, que s'est attaché un groupe de praticiens au sein de la Société Française de Médecine Générale, dans l'ambition d'une recherche clinique authentiquement scientifique, refusant l'apparente contradiction entre l'objectif rationnel et la dimension humaniste d'une telle entreprise. C'est à ce prix que la médecine praticienne pourra assumer et établir le sens de son action et de son rôle professionnel dans une société qui souhaite être efficace, équitable, juste et solidaire.

2. Préface de l'édition 2000 du DRC

Préface de l'édition 2000

Le Dictionnaire des Résultats de Consultation se doit d'être un outil vivant, en continuelle évolution au contact de ses utilisateurs. Son usage quotidien par des médecins généralistes de plus en plus nombreux entraîne de leur part des demandes de modifications devant des anomalies de rédaction, des difficultés de compréhension de certaines définitions et la nécessité d'optimiser la discrimination entre des définitions proches. Comme tout Dictionnaire, il est nécessaire aussi qu'il soit actualisé : en fonction des données acquises de la science, des résultats de l'exploitation des données recueillies par l'Observatoire de la Médecine Générale ou de certaines références médicales consensuelles. Mais, pour répondre aussi aux exigences de langage commun entre les différents types d'exercice de la médecine, générale et spécialisée, ambulatoire et hospitalière, chacune des définitions du Dictionnaire doit nécessairement pouvoir correspondre aux Catégories de la Classification Internationale des Maladies, dont la 10^e révision était contemporaine de notre première édition.

Dès 1994, nous avons installé un Comité de Mise à Jour du Dictionnaire qui collige les remarques des praticiens généralistes qui l'utilisent en temps réel et qui valide les modifications des définitions. Ainsi, un certain nombre de résultats de consultation ont vu leur titre modifié, d'autres ont été regroupés ou modifiés. Ce comité d'une quarantaine de membres de notre Société, vient d'être renouvelé pour une durée de deux ans, avec la même mission de surveillance attentive du Dictionnaire pour qu'une nouvelle édition puisse être publiée dans trois ans.

Œuvre collective de la Société Française de Médecine Générale, le Dictionnaire des Résultats de Consultation a toujours néanmoins les mêmes objectifs :

- dénommer et décrire, pour mieux les étudier, les états pris en charge en soins de premier recours, et en particulier ces états non caractéristiques qui en représentent les deux tiers,
- permettre au praticien de prendre sa décision dans un esprit à la fois de certitude sémiologique, mais aussi d'ouverture et de vigilance,
- ordonner la tenue des dossiers médicaux pour un meilleur suivi des malades.

Ce travail n'aurait pas été possible sans l'aide de l'informatique. Elle seule rend possible l'utilisation du Dictionnaire pendant le temps même de la consultation. Elle permettra sans doute aussi ultérieurement l'automatisation du choix des positions diagnostiques en fonction des critères choisis et le transcodage le plus précis possible avec la CIM-10. Nul doute qu'elle permettra aussi la mise en place de démarches décisionnelles programmées grâce à l'étude de l'évolution des résultats de consultation sur de nombreuses années et des risques potentiels s'attachant à chacun d'entre eux.

Docteur Pascal Clerc
Président de la SFMG

3. Préface de l'édition 2010 du DRC

Préface de l'édition 2010

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 inmanquablement l'encodage de ces fiches. Il faut féliciter la SFMG du choix de la 10^e 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'on 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 tous les 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

4. Liste des 271 Résultats de Consultation

ABCÈS SUPERFICIEL	DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT
ABDOMEN DOULOUREUX AIGU	DIFFICULTÉ SCOLAIRE
ACCÈS ET CRISE	DORSALGIE
ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL	DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
ACNÉ VULGAIRE	DOULEUR PELVIENNE
ACOUPHÈNE	DYSMÉNORRHÉE
ADÉNOPATHIE	DYSPHAGIE
ALBUMINURIE	DYSPNÉE
ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	DYSURIE
ALGODYSTROPHIE	ECZÉMA
AMAIGRISSEMENT	ECZÉMA FACE NOURRISSON
AMÉNORRHÉE-OLIGOMÉNORRHÉE-HYPOMÉNORRHÉE	ECZÉMA PALMO-PLANTAIRE DYSHIDROSE
ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)	ECZÉMA PALMO-PLANTAIRE FISSURAIRE
ANÉMIE FERRIPRIVE - CARENCE EN FER	ENGELURE
ANÉVRYSME ARTÉRIEL	ENROUEMENT
ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)	ENTORSE
ANGOR – INSUFFISANCE CORONARIENNE	ÉNURÉSIE
ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	ÉPAULE (TENOSYNOVITE)
ANOMALIE POSTURALE	ÉPICONDYLITE
ANOREXIE - BOULIMIE	ÉPIGASTRALGIE
ANXIÉTÉ – ANGOISSE	ÉPILEPSIE
APHTE	ÉPISTAXIS
APPÉTIT (PERTE D')	ÉRYSIPELE
ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS	ÉRYTHÈME FESSIER NOURRISSON
ARTHROPATHIE PÉRIARTHROPATHIE	ESCARRE
ARTHROSE	ÉTAT FÉBRILE
ASTHÉNIE - FATIGUE	ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
ASTHME	EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION
BACTÉRIURIE - PYURIE	FÉCALOME
BALANOPOSTHITE	FIBRILLATION – FLUTTER AURICULAIRES
BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES	FISSURE ANALE
BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES	FOLLICULITE SUPERFICIELLE
BOUFFÉE DE CHALEUR	FRACTURE
BRONCHITE AIGUË	FURONCLE - ANTHRAX
BRONCHITE CHRONIQUE	GALE
BRÛLURE	GASTRITE CHRONIQUE
CANAL CARPIEN	GINGIVITE
CANCER	GLAUCOME
CATARACTE	GOÎTRE
CÉPHALÉE	GOÛT (ANOMALIE DU)
CÉRUMEN	GOUTTE
CERVICALGIE	GROSSESSE
CHALAZION	HALLUX VALGUS
CHEVEUX (CHUTE)	HÉMATOME SUPERFICIEL-ECCHYMOSE
CHOLECYSTITIS	HÉMATURIE
CICATRICE	HÉMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE
CIRRHOSE DU FOIE	HÉMORRHOÏDE
COCCYDYNIE	HÉPATITE VIRALE
COL UTÉRIN (ANOMALIE DU)	HERNIE - ÉVENTRATION
COLIQUE NÉPHRÉTIQUE	HERNIE HIATALE
COLIQUE (SYNDROME)	HERPÈS
COMPORTEMENT (TROUBLES)	HTA
CONJONCTIVITE	HUMEUR DÉPRESSIVE
CONSTIPATION	HYGROMA
CONTRACEPTION	HYPERGLYCÉMIE
CONTUSION	HYPERLIPIDÉMIE
CONVULSION FÉBRILE	HYPERSUDATION
COR - DURILLON	HYPERTHYROÏDIE
CORPS ÉTRANGER DANS CAVITÉ NATURELLE	HYPERURICÉMIE
CORPS ÉTRANGER SOUS-CUTANÉ	HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE
CRAMPE MUSCULAIRE	HYPOTHYROÏDIE
CYSTITE - CYSTALGIE	IATROGÈNE - EFFET INDÉSIRABLE D'UNE THÉRAPEUTIQUE
DÈCÈS	IMPETIGO
DÉMENCE	INCONTINENCE URINAIRE
DENT	INFARCTUS DU MYOCARDE
DÉPRESSION	INSOMNIE
DERMATOSE	INSUFFISANCE CARDIAQUE
DERMITE SÉBORRHÉIQUE	INSUFFISANCE RÉNALE
DIABÈTE DE TYPE 1	INSUFFISANCE RESPIRATOIRE
DIABÈTE DE TYPE 2	INTERTRIGO
DIARRHÉE ISOLÉE	JAMBES LOURDES

KYSTE SÉBACÉ
 KYSTE SYNOVIAL
 LANGAGE ORAL ET ÉCRIT (TROUBLE DU)
 LEUCORRÉE
 LIPOME
 LITHIASÉ BILIAIRE
 LITHIASÉ URINAIRE
 LOMBALGIE
 LUCITE - ALLERGIE SOLAIRE
 LUXATION
 LYMPHANGITE
 MAL DE GORGE
 MALAISE – ÉVANOUISSMENT
 MÉLÈNE
 MÉMOIRE (PERTE DE)
 MÉNOPAUSE (PROBLÈME ET SUIVI)
 MÉNORRAGIE-MÉTRORRAGIE
 MÉTEORISME
 MIGRAINE
 MOLLUSCUM CONTAGIOSUM
 MOLLUSCUM PENDULUM
 MORSURE - GRIFFURE
 MUSCLE (ÉLONGATION-DÉCHIRURE)
 MYALGIE
 MYCOSE UNGUÉALE
 NÆVUS
 NAUSÉE OU VOMISSEMENT
 NERVOISME
 NÉVRALGIE - NÉVRITE
 OBÉSITÉ
 CÉDÈME DE QUINCKE
 ŒDÈME LOCALISÉ
 CÉDÈME MEMBRES INFÉRIEURS
 CŒIL (ACUITÉ VISUELLE)
 CŒIL (LARMOIEMENT)
 CŒIL (TRAUMATISME)
 ONGLE (PATHOLOGIE DE)
 ORCHI-ÉPIDIDYMITÉ
 ORGELET
 OSTÉOPOROSE
 OTALGIE
 OTITE EXTERNE
 OTITE MOYENNE
 PALPITATION-ÉRÉTHISME CARDIAQUE
 PANARIS
 PARASITOSE DIGESTIVE
 PARESTHÉSIE DES MEMBRES
 PARKINSONNIEN (SYNDROME)
 PHLEGMON DE L'AMYGDALE
 PHOBIE
 PIED (ANOMALIE STATIQUE)
 PIED D'ATHLÈTE
 PIQÛRE D'ANIMAL
 PITYRIASIS ROSE DE GIBERT
 PITYRIASIS VERSICOLOR
 PLAIE
 PLAINTÉ ABDOMINALE
 PLAINTES POLYMORPHES
 PNEUMOPATHIE AIGUË
 POLLAKIURIE
 POLYARTHRITE RHUMATOÏDE
 POST-PARTUM (SUIVI)
 PPR - HORTON
 PRÉCORDIALGIE
 PRÉPUCE ADHÉRENCE-PHIMOSIS
 PROBLÈME DE COUPLE
 PROBLÈME FAMILIAL
 PROBLÈME PROFESSIONNEL
 PROCÉDURE ADMINISTRATIVE
 PROLAPSUS GÉNITAL
 PROSTATE (HYPERTROPHIE)
 PROSTATITE
 PRURIT GÉNÉRALISÉ
 PRURIT LOCALISÉ
 PSORIASIS

PSYCHIQUE (TROUBLE)
 PYÉLONÉPHRITE AIGUË
 RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE
 RÉACTION TUBERCULINIQUE
 RECTORRAGIES
 REFLUX-PYROSIS-CESOPHAGITE
 RHINITE
 RHINOPHARYNGITE – RHUME
 SCIATIQUE
 SCLÉROSE EN PLAQUES
 SEIN (AUTRE)
 SEIN (TUMÉFACTION)
 SÉNILITÉ
 SEXUELLE (DYSFONCTION)
 SINUSITE
 SOUFFLE CARDIAQUE
 STÉNOSE ARTÉRIELLE
 STOMATITE - GLOSSITE
 SUICIDE (TENTATIVE)
 SUITE OPÉRATOIRE
 SURCHARGE PONDÉRALE
 SURDITÉ
 SYNDROME DE RAYNAUD
 SYNDROME MANIACO DÉPRESSIF
 SYNDROME PRÉMENSTRUEL
 TABAGISME
 TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE
 TARSALGIE - MÉTATARSALGIE
 TENDON (RUPTURE)
 TÉNOSYNOVITE
 THROMBOPHLEBITE
 TIC
 TOUX
 TOXICOMANIE
 TRAC
 TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL
 TREMBLEMENT
 TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)
 TUMÉFACTION
 TYMPAN (PERFORATION TRAUMATIQUE)
 ULCÈRE DE JAMBE
 ULCÈRE DUODÉNAL
 ULCÈRE GASTRIQUE
 URÉTRITE
 URTICAIRE
 UTÉRUS (HYPERTROPHIE - FIBROME)
 V.I.H.
 VACCINATION
 VARICELLE
 VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS
 VERRUE
 VERTIGE - ÉTAT VERTIGINEUX
 VULVITE-VAGINITE
 ZONA

DÉNOMINATIONS HORS LISTE

DHL 01 – Certaines maladies infectieuses et parasitaires
 DHL 02 – Tumeurs
 DHL 03 – Maladies du sang, des organes hémat. et certaines du système immunitaire
 DHL 04 – Maladies endocriniennes, nutritionnelle et métaboliques
 DHL 05 – Troubles mentaux et du comportement
 DHL 06 – Maladies du système nerveux
 DHL 07 – Maladies de l'œil et de ses annexes
 DHL 08 – Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
 DHL 09 – Maladie de l'appareil circulatoire
 DHL 10 – Maladies de l'appareil respiratoire
 DHL 11 – Maladies de l'appareil digestif
 DHL 12 – Maladies de la peau et des tissus cellulaires sous cutanés
 DHL 13 – Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles
 DHL 14 – Maladies de l'appareil génito-urinaire
 DHL 15 – Grossesse, accouchement et puerpéralité
 DHL 16 – Certaines affections dont origine période périnatale
 DHL 17 – Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
 DHL 18 – Symptômes, signes et résultats anormaux, non classé

5. Exemples de RC sur e-DRC : PLAINTES ABDOMINALES



Dictionnaire des Résultats de consultation®

[A Propos](#)
Version 2015 - 1

e-DRC

Résultat

Recherche

Recherche par mot clé

☐ Sur les titres uniquement

Sélection des RC par profil de patient

Âge

☐ Homme
☐ Femme

Effacer profil

Réinitialiser

Liste des Résultats de consultation (RC)

COLOPATHIE FONCTIONNELLE
PLAINTES ABDOMINALES

Voir aussi

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU
ANXIÉTÉ - ANGOISSE
COLIQUE NEPHRÉTIQUE
COLOPATHIE FONCTIONNELLE
DIARRHÉE (ISOLÉE NON INFECTIEUSE)
DIARRHÉE NAUSEE VOMISSEMENT
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
DOULEUR PELVIENNE
ÉPIGASTRALGIE
ÉTAT MORBIDE AFEBRILE
GROSSESSE
HERNIE - ÉVENTRATION

Définition du RC : PLAINTES ABDOMINALES

++++ DOULEUR OU PLAINTES DE LA RÉGION ABDOMINALE
++ | spontanée
++ | retrouvée à la palpation
++++ ABSENCE DE SIGNE D'EXAMEN CARACTÉRISTIQUE D'UN AUTRE RC

+ - douleurs permanentes
+ - douleurs survenant par crises

+ - digestion difficile
+ - tendance à la diarrhée
+ - tendance à la constipation
+ - alternance diarrhée et constipation
+ - ballonnement, météorisme
+ - flatulences
+ - crampes

+ - diurne
+ - nocturne

+ - localisation
++ | fosse iliaque droite
++ | fosse iliaque gauche
++ | hypocondre droit
++ | hypocondre gauche
++ | diffuse à l'ensemble de l'abdomen

Diagnostic Critique (DiC)

Infarctus mésentérique
Diverticulite
Dissection artérielle
Appendicite
Anévrisme artériel
Colique bilieuse

Criticité
★★★★
★★★★
★★★★
★★★★
★★★★
★★★★

Position Diagnostique (PD)

☐ Symptôme (A)

Code Suivi (CS)

☐ Nouveau (N)
☐ Persistant (P)
☐ Révision (R)
☐ Asymptomatique
☐ ALD

Enregistrer le RC

Argumentaire

Résultat de consultation

PD
CS
CIM 10
CISP
Asymp

Copier

Supprimer un RC

106

6. Echelle de Likert : étude DIVA et utilisation de l'échelle LIKERT

Enquête DIVA

Priorisation des principaux messages à délivrer pour la campagne de presse de
présentation de DIVA

Luc Martinez

Version du 14 février 2016

METHODE

14 médecins ont participé à une journée de réflexion sur les principaux résultats apportés par l'étude DIVA. Après présentation des principaux résultats et de nombreux échanges entre les participants, il leur a été demandé aux participants de proposer une liste de messages qui leur semblait important de diffuser pour valoriser les résultats de l'étude DIVA.

Quelques jours après la journée de réflexion, nous avons demandé aux participants de classer les 15 messages qu'ils avaient identifiés par ordre d'importance décroissante (du plus important au moins important). Pour cela, nous leur avons demandé de se positionner (accord ou désaccord pour la diffusion du message) sur chacun des 15 messages ci-après présentés.

Pour chaque proposition, le paneliste devait donner son avis sous forme d'une note allant de 1 (totalement opposé à la diffusion du message) à 9 (totalement favorable à la diffusion du message), à l'aide de l'échelle graduée présentée ci-dessous.

« Pour chaque proposition listée, vous devez impérativement donner une réponse en entourant un chiffre entre 1 et 9. Les réponses situées entre 2 chiffres ou englobant 2 chiffres sont interdites car elles ne sont pas interprétables ».

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement opposé à la diffusion					Totalement favorable à la diffusion			

Nous avons estimé le temps nécessaire au remplissage des questions à 15 minutes

Enquête DIVA

LISTE DES 15 MESSAGES

Message 1

Communiquer sur les risques des maladies vers le grand public et les MG : message du type "Tout le monde est à risque de maladie" Avec des exemples concrets en France de morbi mortalité

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement opposé à la diffusion						Totalement favorable à la diffusion		

Message 2

Les MG qui refusent la vaccination mettent les autres en danger. Je suis contre la vaccination mais je suis protégé par ceux qui sont vaccinés.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement opposé à la diffusion						Totalement favorable à la diffusion		

Message 3

Les adjuvants : message scientifique ciblé vers les MG (couplée avec une information sur la boîte du vaccin). Quizz avec des questions vrai/faux

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement opposé à la diffusion						Totalement favorable à la diffusion		

Message 4

La problématique de l'adjuvant est un sujet qui met le MG mal à l'aise pour répondre aux questions que pose le patient

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement opposé à la diffusion						Totalement favorable à la diffusion		

Message 5

Communiquer sur la difficulté d'approvisionnement des vaccins, celle-ci étant un frein à la vaccination

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement opposé à la diffusion						Totalement favorable à la diffusion		

Enquête DIVA

Message 6

Mettre à disposition des enfants, des adolescents une BD, You tube..des infos sur les vaccins; l'objectif étant de toucher les jeunes pour sensibiliser les parents

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement opposé à la diffusion						Totalement favorable à la diffusion		

Message 7

Faire savoir aux institutions (Ministère, labos, CPAM) et médias que leur diffusion de l'information auprès des MG n'est pas de nature à inciter ces derniers à vacciner

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement opposé à la diffusion						Totalement favorable à la diffusion		

Message 8

Le statut de Médecin traitant (MT) est un facteur très favorable à l'engagement vaccinal des MG

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement opposé à la diffusion						Totalement favorable à la diffusion		

Message 9

Vous nous avez donné le statut de MT, donnez-nous les moyens de vacciner

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement opposé à la diffusion						Totalement favorable à la diffusion		

Message 10

Donnez-nous un temps dédié à la prévention vaccinale chez les ados et les jeunes adultes

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement opposé à la diffusion						Totalement favorable à la diffusion		

Enquête DIVA

Message 11

Obligation de transmission de l'information de la réalisation de toute vaccination au MT

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement opposé à la diffusion						Totalement favorable à la diffusion		

Message 12

Les croyances et les connaissances erronées des patients sont un frein important à la vaccination. Il y a donc une responsabilité des média à diffuser des informations non valides scientifiquement.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement opposé à la diffusion						Totalement favorable à la diffusion		

Message 13

Ne pas avoir de vaccin à disposition immédiate est un frein à la vaccination.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement opposé à la diffusion						Totalement favorable à la diffusion		

Message 14

Le reste à charge de la vaccination pour le patient est également un frein à la vaccination.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement opposé à la diffusion						Totalement favorable à la diffusion		

Message 15

Il faut permettre au MT d'avoir les vaccins à disposition gratuitement dans son cabinet

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement opposé à la diffusion						Totalement favorable à la diffusion		

REGLES D'ANALYSE DES REPONSES

Les réponses pour chaque message ont été analysées selon 2 axes :

- Le caractère favorable ou opposé à la diffusion du message a été apprécié par la position de la médiane des réponses.
- La force de l'accord entre les membres du groupe a été appréciée par l'étendue des réponses

Positionnement de la médiane. Trois zones d'accord sont définies en fonction du positionnement de la médiane :

- la zone [7 à 9] qui correspond à la zone d'« acceptation » : le groupe considère que la diffusion est appropriée dans la situation définie par le message ;
- la zone [4 à 6] qui correspond à la zone d'« indécision » : le groupe ne peut pas répondre si la diffusion est appropriée ou non dans la situation définie par le message ;
- la zone [1 à 3] qui correspond à la zone de « rejet » : le groupe considère que la diffusion est inappropriée dans la situation définie par le message ;

Intervalle de distribution des réponses. L'étendue des réponses permet de définir s'il y a accord ou désaccord entre les membres du groupe sur un message donné. Ainsi :

- si l'intervalle des réponses est situé à l'intérieur des bornes d'une seule des 3 zones [1 à 3] ou [4 à 6] ou [7 à 9], il existe un accord « fort » entre les membres du groupe de test sur la diffusion du message, sur sa non diffusion ou sur une indécision quant à sa diffusion (il s'agit de 3 types d'accords possibles, cf. ci-dessus « positionnement de la médiane »).
- si l'intervalle des réponses empiète sur une borne (par exemple intervalles [1 à 4] ou [5 à 8]), il existe un accord qualifié de « relatif » entre les membres du groupe de test;
- en cas d'étalement des réponses sur l'ensemble des 3 zones ou de réponses comprises dans les 2 zones extrêmes [1 à 3] et [7 à 9], il existe un désaccord entre les membres du groupe de test sur la diffusion du message.

RESULTATS

8 médecins ont participé à l'enquête et ont retourné leur évaluation. Les résultats sont présentés dans le tableau I.

7. Mail envoyé aux médecins et fiche explicative de la démarche cindynique :

Issy les Moulineaux le 1^{er} décembre 2015

Cher Sociétaire, Cher Confrère,

La Société Française de Médecine Générale mène actuellement un travail sur la gestion du risque (cindynique).

Un outil est en cours de développement pour construire des conduites à tenir afin de sécuriser notre démarche diagnostique liée à chaque Résultat de consultation (RC). Des tests sont actuellement réalisés sur les vingt RC les plus fréquemment rencontrés.

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

RC 1

RC 2

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

<http://.....>

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

En espérant que vous participerez à ce travail, nous vous en remercions par avance et vous prions de croire cher Sociétaire/Cher Confrère en nos sentiments bien amicaux.

Damien Jouteau

Responsable
du Groupe Démarches Programmées

Julie Chouilly

Directrice du Département
du Dictionnaire des Résultats de consultation

Les Démarches Cindyniques

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

1^{ère} étape :

Devant cette incertitude de diagnostic :

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

2^{ème} étape :

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

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

3^{ème} étape :

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

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

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

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

8. Questionnaire papier

Questionnaire

Cher Sociétaire, Cher Confrère,

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

Vous avez accepté de nous aider à évaluer deux RC.

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

Question 1 : Utilisez-vous le DRC ?

Oui ☐

Non ☐

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

Question 2 : Quel âge avez-vous ?

Menu déroulant par tranches d'âges

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

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

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

Cotation de 1 à 9

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

Tableau ☐

Texte ☐

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

Cotation de 1 à 9

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

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

Cotation de 1 à 9

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

Cotation de 1 à 9

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

Pavés de textes libres

- RC 1 :
- RC 2 :
- En général :

Mot de remerciement sur la dernière page

Cher Sociétaire, Cher Confrère,

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

Damien Jouteau

Responsable du Groupe Démarches Programmées

Julie Chouilly

Directrice du Département du Dictionnaire des Résultats de consultation

Bienvenue sur le site de la SFMG

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

9. Matrice de cotation de la gravité d'un DiC, issu de la thèse de D.Jouteau :

Tableau n°3: Matrice de cotation de la gravité d'un diagnostic étiologique

Dommmage non mortel Dommmage mortel	PREJUDICE MAJEUR	PREJUDICE MODERE	PREJUDICE MINEUR	ABSENCE
INELUCTABLE				
PROBABLE				
PEU PROBABLE				
NUL				

La matrice de cotation réalisée à partir des deux tableaux permet de coter la gravité intrinsèque du diagnostic étiologique en fonction de quatre niveaux permettant une cotation claire et simplifiée :

	= Gravité majeure	-	Cotation 100
	= Gravité sérieuse	-	Cotation 70
	= Gravité modérée	-	Cotation 30
	= Absence de gravité	-	Cotation 0

RESUME

INTRODUCTION : le médecin assurant les soins de premier recours est quotidiennement en situation d'incertitude. Le Dictionnaire des Résultats de Consultation lui permet de limiter le premier risque (choisir le bon RC). Pour éliminer le deuxième risque (éliminer un risque potentiellement grave), nous avons proposé de définir et finaliser une méthode permettant d'élaborer une conduite à tenir pour chaque Résultat de consultation.

MATERIEL ET METHODE : l'objectif est de construire une démarche cindynique pour chaque RC. Ce travail regroupe quatre travaux faits par quatre internes sur vingt RC parmi les cinquante les plus fréquemment rencontrés. Une grille a été créée, listant les facteurs qui influencent les décisions du médecin lorsqu'il prend en charge un cas clinique matérialisé par un Résultat de consultation. Ces vingt démarches cindyniques élaborées ont été soumises à un groupe de médecins généralistes afin d'en évaluer l'intérêt, les limites et la faisabilité.

RESULTATS : Les démarches cindyniques ont été créées pour cinq des vingt RC. 91 médecins ont répondu sur les 785 sollicités. 69 étaient utilisateurs du DRC contre 23 déclarant ne pas l'utiliser. Concernant l'intérêt et l'utilité, la note moyenne est 7.17 et la médiane de 9. Pour l'applicabilité, moyenne 6.56 et médiane 7. Les utilisateurs du DRC ont mieux noté l'utilité et l'applicabilité. Par RC les notes étaient dans la zone d'acceptation pour l'utilité et dans la zone d'indécision pour l'applicabilité.

DISCUSSION : La majorité des démarches cindyniques sont dans la zone d'acceptation concernant la pertinence du travail.

Pour l'utilité, les notes médianes sont pour la plupart dans la zone d'indécision.

L'analyse statistique des fiches d'évaluation construites selon l'échelle de Lickert a montré que si l'intérêt était largement reconnu, l'applicabilité en temps réel de la consultation était plus discutée par les médecins évaluateurs.

Mots Clés : Médecine générale, Risque, Cindynique, Démarche diagnostique, Dictionnaire des Résultats de consultation, Diagnostic critique, Incertitude diagnostique, Soins de premier recours, Soins primaires.

SERMENT D'HIPPOCRATE



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

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



ABSTRACT

INTRODUCTION : The doctor who is in charge of primary health care is in a daily situation of uncertainty. The DRC permit him to limit the first risk (choose the right RC), but to eliminate the second risk (eliminate a potentially serious risk) we have decided to create some cindyniques of the diagnostically step in general medicine.

MATERIAL AND METHOD : The aim is to construct a cyndinique step for each RC. This work regroups four studies made by four interns regrouping twenty RC amongst the fifty most frequently met. A grid has been created listing the factors which influence the doctor's decisions when he takes responsibility for a clinical panel. These twenty cyndiniques developed steps have been put to a group of general practitioners for evaluating the interest, the limits, and feasibility.

RESULTS : The cindyniques steps have been created for the five RC. 91 doctors have replied out of 785 canvassed. 69 were users of DRC against 23 non users. Concerning the interest and the usefulness, the average mark is 7.17 and the median 9. For applicability, average 6.56 and median 7. The use of DRC is a factor influencing the evaluation, the users having marked up the usefulness and the applicability. Through RC, the marks ware in the zone of acceptance for use and in the zone of indecision for applicability.

DISCUSSION : The majority of cindyniques steps are in the zone of acceptance concerning the appropriateness of work.

For use, the median marks are mainly in the zone of indecision.

The statistical analysis of the evaluation papers put together according to Lickert's scale has shown that if the interest was widely recognized, the application in the consultation in real time was more discussed by the assessor doctors.

Keywords : General Practice, Risk, Cyndinique, Diagnostic approach, Dictionary of consultation, Results, Critical diagnostic, Uncertain diagnostic, Primary health care, Primary care.