

# La démarche médicale en médecine générale

*Une réflexion théorique pour des applications pratiques*

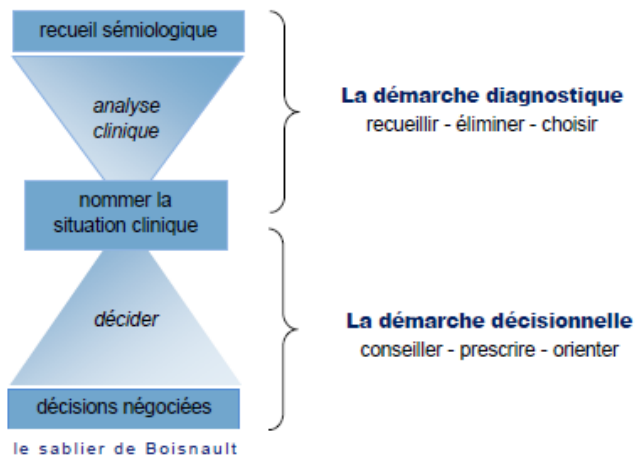
## La démarche diagnostique

Affirmer que le médecin peut, chaque fois, au terme de vingt minutes de consultation, certifier un diagnostic, est sans doute la plus grande illusion qui ait jamais existé !

Une fois disparu ce mythe du diagnostic, il est pourtant indispensable de nommer précisément la situation clinique pour prendre les décisions adaptées. Cela permet aussi d'évaluer au mieux les risques de la situation.

## La démarche décisionnelle

Une fois dénommée la situation clinique qu'il prend en charge, le praticien doit alors tenir compte des autres éléments utiles à une décision adaptée : les facteurs de risque, les recommandations médicales, le contexte environnemental, les déterminants du patient et ceux du médecin. Le praticien peut alors expliquer au patient ce qu'il faudrait faire.



# 1. La démarche diagnostique

*La gestion du risque lié à l'incertitude du diagnostic*

Le médecin généraliste est confronté dans son exercice quotidien à plusieurs contraintes :

- il est face à des troubles de santé au stade précoce de leur évolution, qui correspondent rarement à un tableau complet d'une maladie.
- il a des moyens diagnostiques limités, sans plateau technique.
- il est amené à prendre des décisions dans un temps court (18 minutes en moyenne).

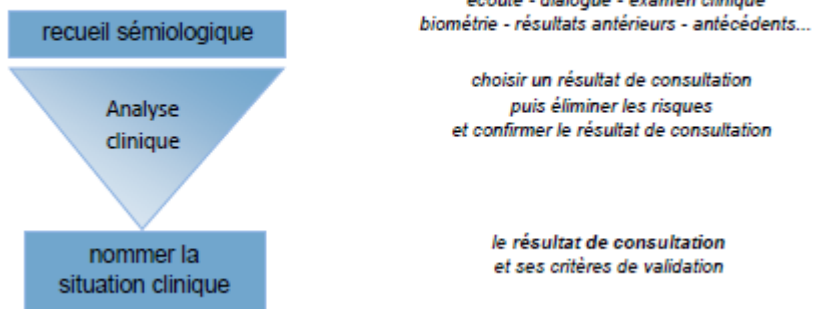
Le médecin généraliste se trouve bien souvent, à l'issue de la consultation, dans l'incapacité d'avoir une certitude sur l'étiologie et/ou de l'évolution de la situation vers une maladie. Nous savons en effet qu'il ne peut aboutir à un diagnostic de maladie que dans 30% des cas.

Nous appelons cela : l'**incertitude diagnostique**.

## Deux dangers hantent alors le médecin

- Faire une erreur diagnostique
- Passer à côté d'une maladie grave

## l a d é m a r c h e d i a g n o s t i q u e



**Mais alors comment gérer l'incertitude diagnostic ?**

## 1.1. Nommer le tableau clinique :

### Le Résultats de consultation®

*Sémiologie des situations cliniques en médecine générale*

Quoi de plus confortable et rassurant que de diagnostiquer une varicelle ou une sinusite...  
Mais dans 70% des cas nous sommes face à des symptômes et des syndromes, en situation d'incertitude diagnostique.

Le Dictionnaire des Résultats de consultation® permet de nommer avec rigueur ces situations cliniques et nous donne alors ce même confort.

### Qu'est que le Dictionnaire des Résultats de consultation® (DRC) ?

Le Dictionnaire des Résultats de consultation® regroupe les situations cliniques qu'un médecin généraliste rencontre en moyenne au moins une fois par an.

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

En pratique, un médecin généraliste rencontre donc 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.

### Comment choisir un Résultat de consultation (RC) ?

D'abord rechercher dans la liste un titre.

S'assurer ensuite que le patient présente bien les critères d'inclusion correspondant à la définition.

The screenshot displays the search interface of the 'Dictionnaire des Résultats de consultation'. On the left, a search bar contains the text 'Recherche par mot clé' and 'abc', with a checkbox for 'Sur les titres uniquement'. Below the search bar, a list of results is shown, with 'ABCES SUPERFICIEL' highlighted. On the right, the definition for 'ABCES SUPERFICIEL' is displayed, listing various clinical criteria and signs.

**Recherche**

Recherche par mot clé abc

Sur les titres uniquement

**Liste des Résultats de consultation (RC)**

ABCES SUPERFICIEL

DENT (PATHOLOGIE DE LA)

DHL 10 - Maladies de l'appareil respiratoire

DHL 12 - Maladie de la peau et des tissus cellulaires sous cutanés

DHL 14 - Maladies de l'appareil génito-urinaire

PHLEGMON DE L'AMYGDALE

**Définition du RC : ABCES SUPERFICIEL**

- ++++ TUMÉFACTION LOCALISÉE
- ++++ DOULOUREUSE SOUVENT LANCINANTE
- ++1] SUPERFICIELLE
  - ++++ rougeur et inflammation dans la localisation sous cutanée
  - +++ chaleur locale augmentée
  - mise en évidence de pus
- ++1] INTRAMUSCULAIRE
  - ++++ mise en évidence de pus
- + - fluctuation à la palpation attestant de l'évolution vers la collection
- + - fistulisation
- + - adénopathie loco-régionale
- + - fièvre
- + - porte d'entrée identifiée (piqûre accidentelle, corps étranger, injection médicamenteuse)
- + - récidive

## 1.2. Eliminer le 1<sup>er</sup> risque d'erreur diagnostique :

**Les Voir aussi**  
*Regarder les RC voisins*

Choisir un RC présente un premier risque d'erreur, celui de faire une erreur diagnostique et de se tromper de Résultat de consultation (RC). Pour contourner ce risque, qui amènerait le praticien à échafauder une conduite à tenir hasardeuse, chaque Résultat de consultation est associé à une liste de RC voisins ou concurrents, les plus proches sémiologiquement.

### Qu'est-ce qu'un Voir aussi ?

Ces RC voisins sont appelés Voir aussi. **Chaque Résultat de consultation est associé à une liste de RC voisins.** Le médecin, pendant la consultation regarde cette liste avant de confirmer son choix et de relever le bon RC dans son dossier.

Le choix du RC s'il se limitait à celui des critères d'inclusion, si précis soient-ils, n'aurait aucune valeur. Ce RC n'est pertinent qu'après vérification de sa liste de Voir aussi. C'est bien parce qu'on a exclu, le plus souvent cliniquement, les autres RC de la liste des Voir aussi, que l'on peut confirmer que c'est bien ce RC qui correspond le mieux à la situation clinique présentée.

Liste des Résultats de consultation (RC)
EPIGASTRALGIE

Voir aussi : 1er risque
ABDOMEN DOULOUREUX AIGU
ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE
ANXIETE - ANGOISSE
CONTUSION
DOULEUR NON CARACTERISTIQUE
GASTRITE CHRONIQUE
HERNIE HIATALE
INFARCTUS DU MYOCARDE
LITHIASE BILIAIRE
PLAINTE ABDOMINALE
REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE
ULCERE DUODENAL
ULCERE GASTRIQUE

### 1.3. Eliminer le 2<sup>er</sup> risque d'erreur diagnostique :

#### Le Diagnostic Critique®

*Evaluer le risque inhérent à chacune des situations cliniques*

#### Ce risque d'une étiologie grave hante tout praticien

Le danger est que le praticien n'évoque pas, devant le Résultat de consultation (RC) choisi, des maladies aux conséquences graves pouvant altérer l'état du patient.

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, tout en ne se lançant pas dans une démarche d'investigation qui serait anxiogène, coûteuse, voire iatrogène, avec une forte probabilité de résultats négatifs.

#### Evaluer le risque est indispensable à la démarche diagnostique

Evaluer le risque consiste à tenir compte, pour chaque danger, 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).

#### En pratique

Afin d'aider le médecin, le Dictionnaire des Résultats de consultation® affiche pour chaque RC la liste de maladies graves à évoquer (DiC).

Définition du RC : CYSTITITE - CYSTALGIE	
Diagnosics Critiques (DiC) : 2e risque	Criticité
Cancer	★★
diverticule de l'urètre	★
prolapsus urogénital	★
Tumeur bénigne	★
Tuberculose	★
Psychogène	★
Lithiase urinaire	★
Infection parasitaire	★
Infection bactérienne	★

## 2. La démarche décisionnelle

*De la maladie à la personne malade*

Une fois dénommée la situation clinique qu'il prend en charge, le praticien doit alors tenir compte des autres éléments utiles à une décision adaptée : les facteurs de risque, les recommandations médicales, le contexte environnemental, les déterminants du patient et ceux du médecin. Le praticien peut alors expliquer au patient ce qu'il faudrait faire.

Penser que les décisions ne se prennent qu'en fonction du résultat de consultation et de ses risques graves est une illusion. En effet, l'efficacité des décisions médicales dépend aussi d'autres éléments liés au patient, au médecin et à leur environnement.

### Les caractéristiques du patient

- son histoire médicale : pathologies associées, facteurs de risque généraux (âge, sexe, comportements à risque, ...)
- ses déterminants socioculturels : niveau d'éducation, communauté culturelle, niveau de revenu, type d'emploi...
- sa biographie et structure de personnalité : rapport à la maladie, situation familiale...

### Les caractéristiques du médecin

- sa formation initiale et continue, son expérience, ses domaines de compétence,
- son mode et ses conditions d'exercice
- sa résistance aux pressions de l'industrie pharmaceutique
- sa personnalité, son aversion au risque, sa norme culturelle...

### Les éléments conjoncturels

- l'épidémiologie, le contexte épidémique...
- les effets de la mode médicale
- les éléments législatifs et réglementaires (Loi, convention, recommandations médicales...)
- les conditions d'exercice (équipement médical, isolement...)

Après avoir **dénommer** la situation clinique qu'il prend en charge, le praticien **évalue** les diagnostics potentiellement graves à éliminer rapidement et **tient compte** des éléments environnementaux (patient, médecin, conjoncture) pour **négoier** les décisions.



## 2.1- La négociation pour des décisions adaptées

A partir des données biomédicales, des caractéristiques du patient, celles du médecin et des éléments conjoncturels, les **décisions** proposées par le médecin vont faire l'objet d'une **négociation**.

### Ce qui est souhaitable

Dans un premier temps le médecin évalue ce qui est souhaitable en fonction des spécificités de la situation clinique (RC) :

#### La position diagnostique du RC

En position de maladie confirmée (D), les procédures et les recommandations de bonnes pratiques, sont définies, souvent codifiées. Par exemple devant un ULCERE GASTRIQUE (D), la conduite à tenir est précise. La marge de manœuvre du médecin est assez limitée. En position de symptôme (A), par exemple devant une EPIGASTRALGIE (A), la situation est plus complexe avec des risques dans le champ gastrique, mais aussi pancréatique, cardiologique... La marge de manœuvre du médecin est ici beaucoup plus importante.

#### Le code suivi du RC

La persistance (P) d'une situation clinique met en éveil le praticien. Cette alerte impose au médecin une démarche plus approfondie, de moins en moins négociable. Par exemple, en cas de persistance d'une EPIGASTRALGIE, des explorations s'imposeront.

#### La vulnérabilité du patient

La marge de négociation varie aussi en fonction de l'âge du patient, son sexe, de ses comorbidités, ses allergies...

#### Les Diagnostics Critiques

En tenant compte des éléments ci-dessus, le médecin doit réévaluer les risques (DiC) en fonction de leur niveau de criticité.

### Ce qui est possible

Le médecin évalue ce qui est possible de mettre en œuvre en fonction des caractéristiques du patient, du médecin et des éléments conjoncturels.

### Ce qui est acceptable

Ainsi, le médecin énonce ce qui lui semble souhaitable, quand le patient exprime ce qu'il lui semble possible de faire. La négociation s'installe entre le "**souhaitable**" du *médecin* et le "**possible**" du *patient*, pour s'accorder sur un "**acceptable**" *commun*.

## 2-2 L'espace de liberté pour décider

Pour prendre ses décisions, le médecin possède une marge de négociation. Nous appelons cela l'espace de liberté.

Celui-ci est directement lié aux caractéristiques de la situation clinique, du patient, du médecin et des éléments conjoncturels. En fonction des cas, chaque caractéristique prend plus ou moins d'importance.

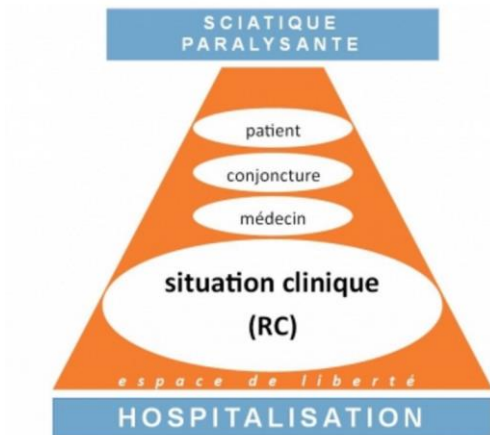
Par exemple, le poids de la situation clinique, ou les caractéristiques du patient, peuvent limiter très fortement l'espace de liberté.





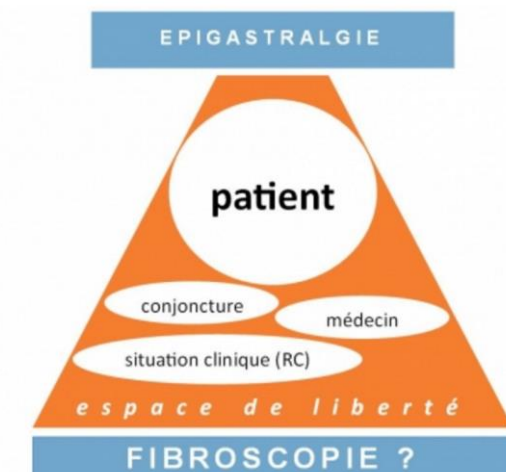
## Exemple d'une sciatique paralysante

Devant une sciatique paralysante, une hospitalisation s'impose. Ici, l'espace de liberté du médecin se réduit comme une peau de chagrin, la **situation clinique** étant trop prégnante.

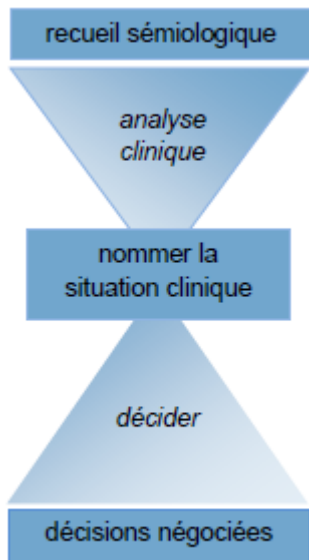


## Exemple d'une épigastralgie

Devant une épigastralgie qui récidive, le médecin propose de réaliser des examens complémentaires (fibroscopie, ECG...). Les **caractéristiques du patient**, prennent ici de l'importance. Certains patients refuseront la fibroscopie, d'autres l'accepteront, d'autres la réclameront.



## Synthèse de la démarche médicale



Le sablier de Boisnault

*écoute - dialogue - examen clinique  
biométrie - résultats antérieurs - antécédents...*

*choisir un résultat de consultation  
puis éliminer les risques  
et confirmer le résultat de consultation*

*le résultat de consultation et ses critères de validation*

*le résultat de consultation  
éliminer les risques (DiC)  
les caractéristiques du patient et du médecin  
les éléments conjoncturels*



**négociation**

*conseils - traitements - biologie - avis imagerie  
arrêt de travail - paramédicaux - hospitalisation...*