

Société Française de Médecine Générale

Journée d'échanges scientifiques du 31 mars 2012

Damien JOUTEAU, Pierre FERRU



Le Dictionnaire des Résultats de Consultation
et la **gestion du risque**

Le risque

(que se produise un danger qui aura des conséquences dommageables pour le malade ...ou son médecin)

Ça craint* !

*(*Craindre : envisager quelque chose de fâcheux comme possible, probable ou imminent ; redouter)*

... le DRC[©], c'est bien

Qu'est-ce que j'ai, Docteur ?

- ✓ **Une maladie** authentifiée par tous ses critères clinique, biologique, anatomopathologique, étiologique etc....?
- ✓ Ou « quelque chose » qui y ressemble, sans en avoir la preuve formelle ...un « **tableau** » de **maladie** en somme,
- ✓ A moins que je ne retienne que le **symptôme saillant**
- ✓ Ou que je pense qu'il s'agisse d'un « **syndrome** » dont tous les éléments sémiologiques sont sur le même plan?

Ce langage commun aura peut-être, mais rarement, **quelques défaillances** :

- Sans doute restera-t-il **une marge infime de variations** inter et intra-individuelles dans le choix de la dénomination :
TOUX pour l'un, FIEVRE (isolée) pour l'autre, ou ETAT FEBRILE pour le troisième ?
- Sans doute cette TOUX sera-t-elle parfois le parfois symptôme d'une pneumopathie que nous n'aurons pas reconnue et qui aura guéri toute seule sans que nous le sachions...
- Sans doute les défaillances d'un **examen** clinique mal conduit, ou l'absence d'un matériel de base adéquat pourront-ils parfois aboutir à une dénomination inexacte ?

Mais, en laissant le cas « ouvert », je reconnais **consciemment** la part du risque et je m'en accommode comme d'un fait irrémédiable...

**« Je ne sais pas ce que vous avez,
mais je sais ce que je dois faire »**

Pr. Bernard GRENIER

Séminaire SFMG. Stratégie de la décision médicale

Annecy 1996

Je m'en accommode... mais je suis **conscient** :

- Que **je n'ai pas identifié de « maladie »** parce que je n'avais pas les éléments pour ce faire.
- Que je n'ai pas fait non plus de diagnostic « par divination », ni posé de « diagnostic d'attente », de « diagnostic probable » ni de « diagnostic situationnel »
- **Mais je sais** que, si j'ai **choisi un RC**, c'est que j'ai fait **la synthèse de la situation** sur la base de mon expérience relative à la fréquence et au pronostic de cas analogues (cf. la loi de répartition régulière des cas).
- Non sans avoir exclu, par les moyens dont je dispose, les **évolutions graves évitables** « *pouvant ressembler* » à ce que j'observe.

Comment exclure ces **évolutions graves évitables** ?

- ✓ en partageant mes conclusions avec le malade
- ✓ en lui demandant de **le revoir en cas d'évolution**, pour l'examiner à nouveau. **L'épreuve du temps**, est l'examen complémentaire le moins onéreux et le plus efficace
- ✓ en prescrivant un traitement
- ✓ en demandant un examen biologique
- ✓ en faisant réaliser un examen d'imagerie
- ✓ en demandant l'avis d'un autre confrère
- ✓ en confiant le malade au plateau technique hospitalier

En attendant ce jour (béni) où nous disposerons enfin de **Démarches Diagnostiques Programmées Adaptées** à notre exercice et à la population que nous soignons et non pas à celle qui fréquente les CHU.

Evitable?

Qui peut être évité **par l'action appropriée** du médecin

Quid de ce qui ne peut pas être évité.....?

Gardons toujours à l'esprit que...

« quelle que soit la façon dont on s'y prenne, le risque inhérent à la pratique de la médecine générale n'en demeure pas moins élevé. Que l'on ait exclu un diabète chez Madame F. n'empêchera pas qu'il puisse exister chez elle un glaucome sans symptôme ou un cancer débutant ! »

Faut-il rappeler **nos errements** dans la compréhension du Risque d'Evolution Grave Evitable ou REGE ? (*Der abwendbar Gefährliche Verlauf (L' AGV de Braun)*)

Nous l'avons appelé « Risque Critique Evitable », puis « Risque Evitable » puis « Risque »

Mais risque....de quoi?

- De se tromper de RC ? : non, c'est la liste des Voir Aussi...
- D'une « complication » ?...mais une TOUX (symptôme) peut-elle « se compliquer »....
- Ou plutôt **de ne pas évoquer la maladie** dont la toux n'est qu'un stade de l'évolution ?

Damien va nous exposer comment il a pu déterminer ce que sont **ces évolutions critiques évitables**

- en les **définissant** et ce n'était pas le moindre.
- en précisant ce qu'elles ont de « critique », par des critères objectifs de « **criticité** » (Ce), fonction de trois éléments :
 - leur gravité (G)
 - L'urgence de prise en charge (U)
 - leur curabilité (C)
- tout en tenant compte de la **criticité du patient** lui-même (Cp), fonction de deux autres éléments :
 - la vulnérabilité du patient (V)
 - et l'impact qu'elles auront sur lui (I)

Juste pour « le fun »...

$$C_e = G \times U \times C$$

$$C_p = V \times I$$

$$C_g = C_d \times C_p$$

C'est pas de la « science » ça ?

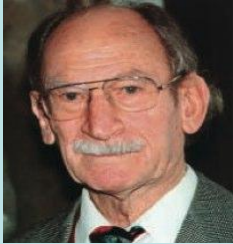
« Le raisonnement sera toujours juste quand il s'exercera sur des **notions exactes** et sur **des faits précis** ; mais il ne pourra conduire qu'à l'erreur toutes les fois que les notions ou les faits sur lesquels il s'appuie seront primitivement entachées d'erreur ou d'inexactitude. C'est pourquoi l'expérimentation, ou l'art d'obtenir des expériences rigoureuses et bien déterminées est la base pratique et en quelque sorte la partie exécutive de la **méthode expérimentale** appliquée à la médecine »

Claude Bernard,
Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, 1865

SFMG

Journée d'échanges scientifiques du 31 mars 2012

Damien JOUTEAU, Pierre FERRU



Le Pr. Robert Nikolaus BRAUN
Décédé le 13 septembre 2007
À l'âge de 93 ans



Le Dictionnaire des Résultats de Consultation
et la **gestion du risque**

LA NOTION DE RISQUE LIÉ A L'INCERTITUDE DIAGNOSTIQUE EN MÉDECINE DE PREMIER RECOURS

Proposition de définition et finalisation d'une méthode pratique permettant d'élaborer une liste des dangers inhérents à chaque résultat de consultation du DRC[©]

- **Objectifs opérationnels :**

- Définir ce risque qui concerne le praticien en position d'incertitude diagnostique.
- Proposer une méthode de gestion du risque gérée par le Dictionnaire des Résultats de Consultation®.

- **Objectif général :**

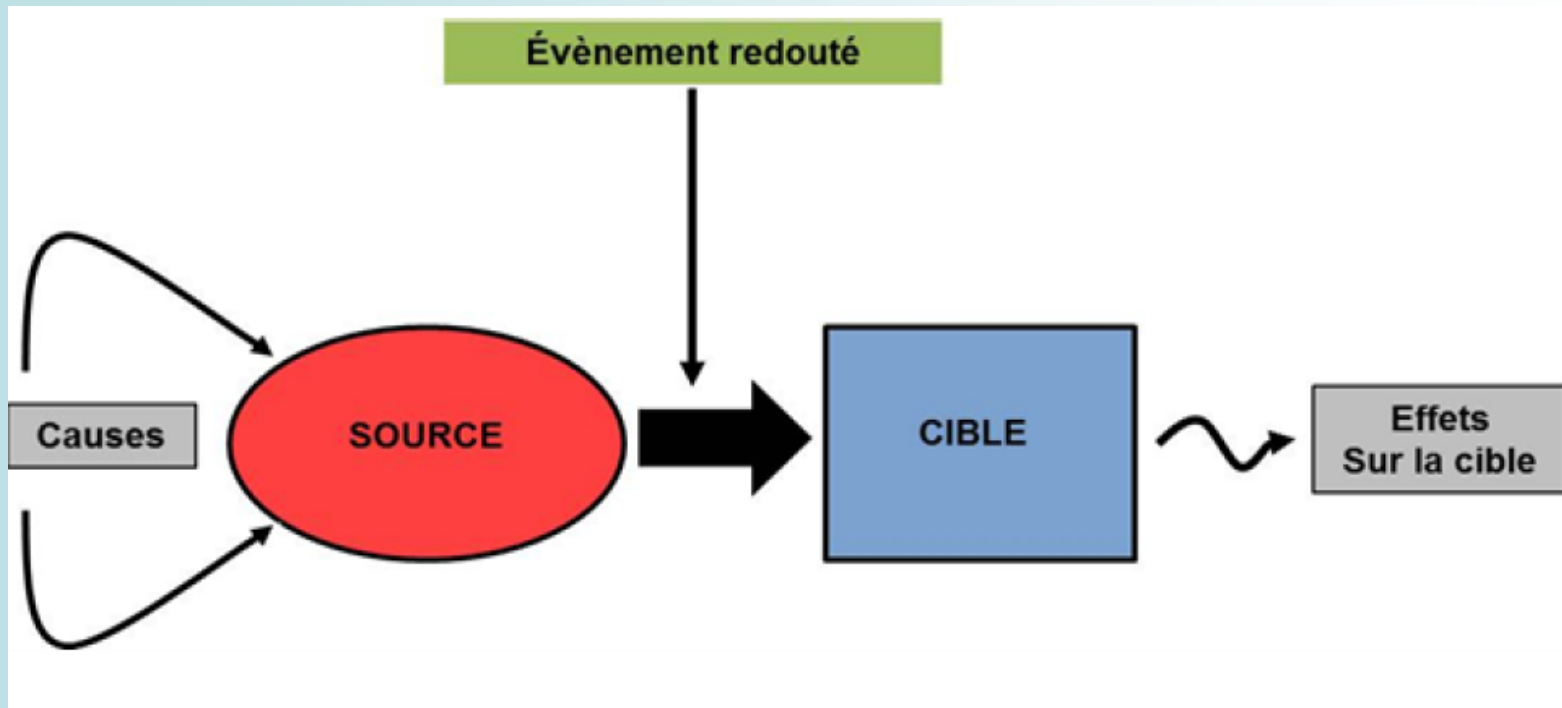
- Formaliser les soins de premier recours par la création de démarches diagnostiques programmées propres à chaque RC.

- Revue de la littérature sur la notion de risque
- Audition des experts du risque
 - Dans le domaine non médical : Mr DEBELLE et Mr JABOUILLE.
 - Dans le domaine médical : Dr FERRU et son équipe.
- Modélisation du risque dans la théorie du DRC
- Test de faisabilité de la méthode sur quelques RC
 - Travail régulier au sein du secrétariat du département du DRC.

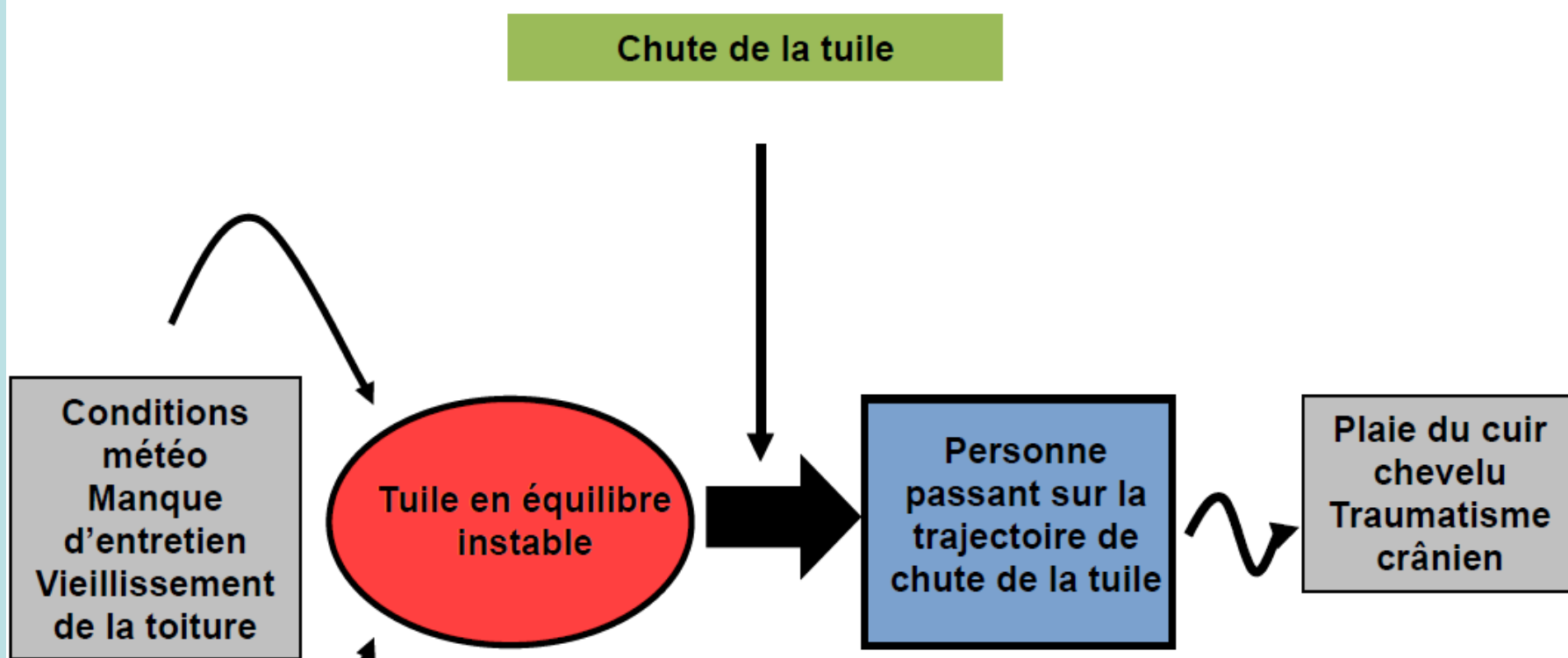
- Définition générale du risque

« l'éventualité que se réalise un danger qui aura des conséquences dommageables sur une cible »

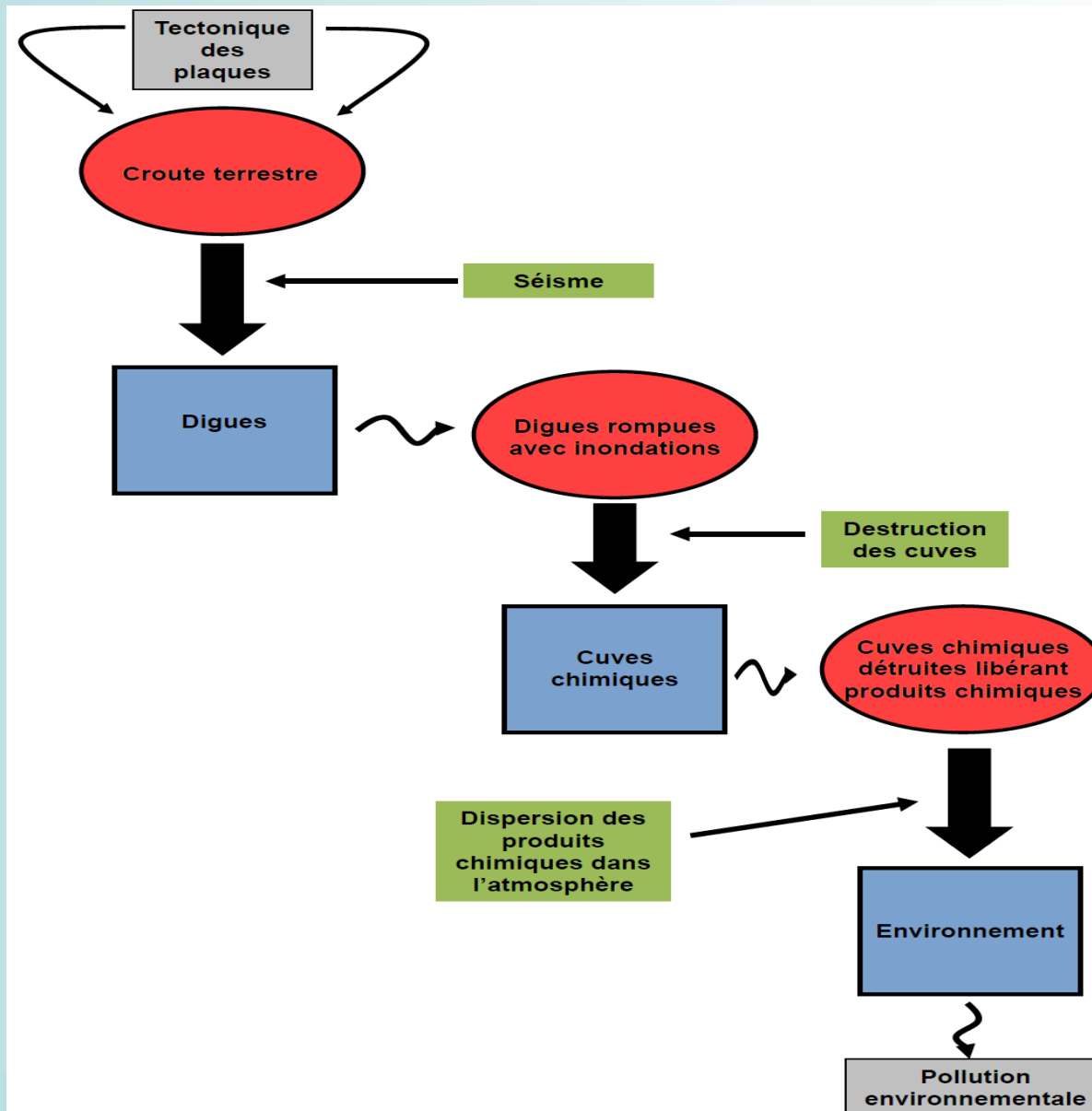
- Anatomie du risque



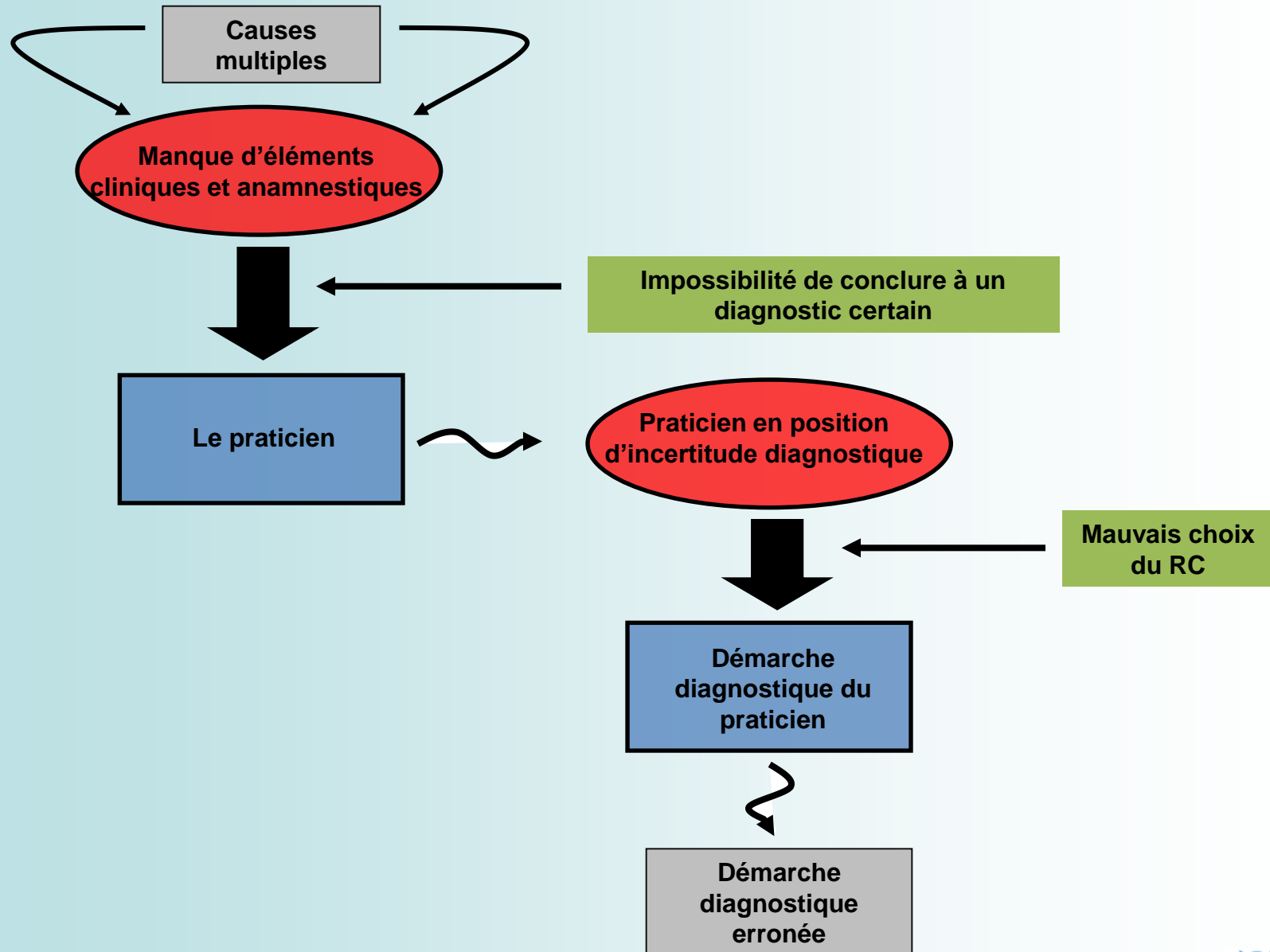
- Exemple :



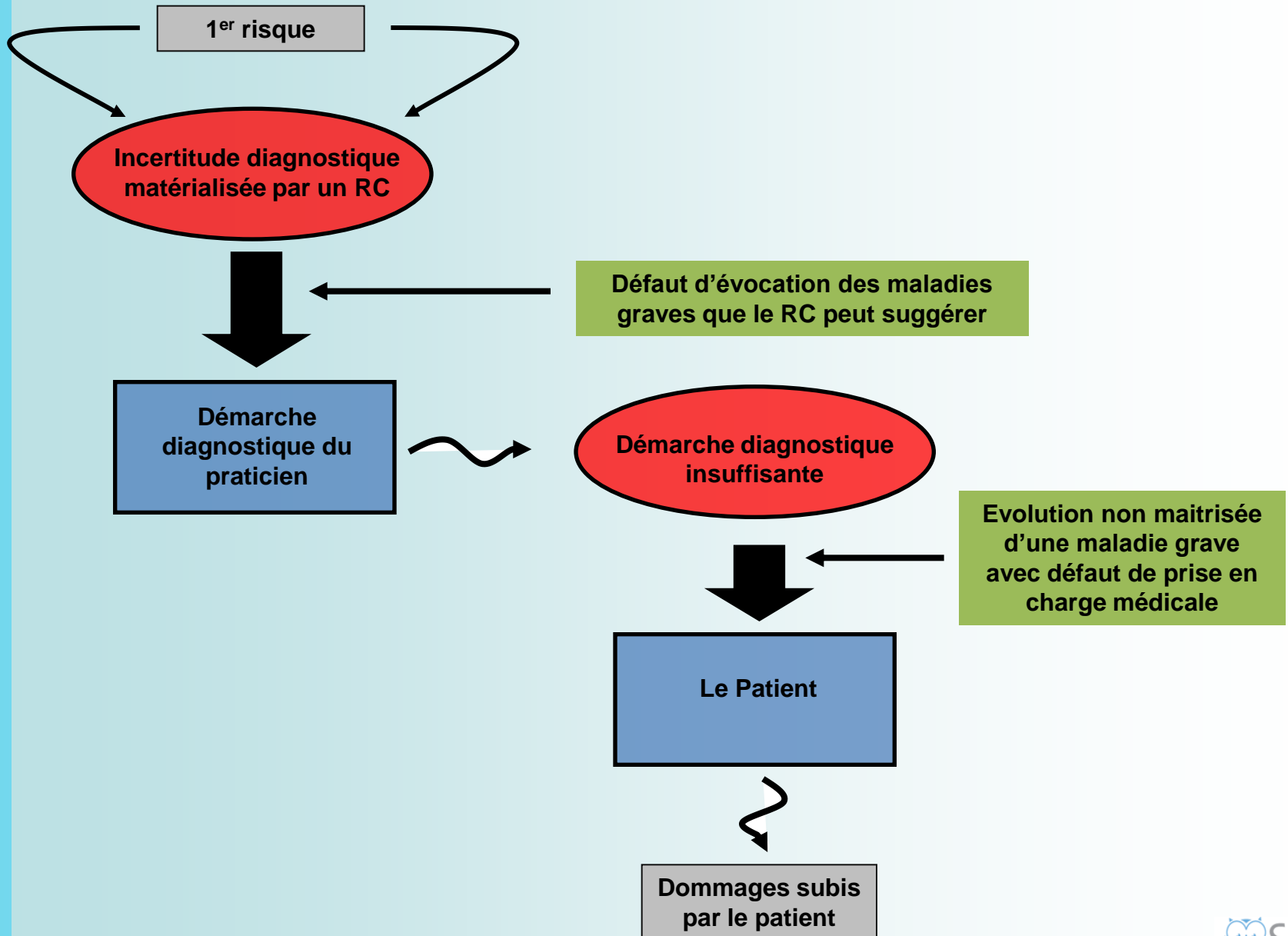
- Phénomène de récurrence: l'exemple du risque sismique



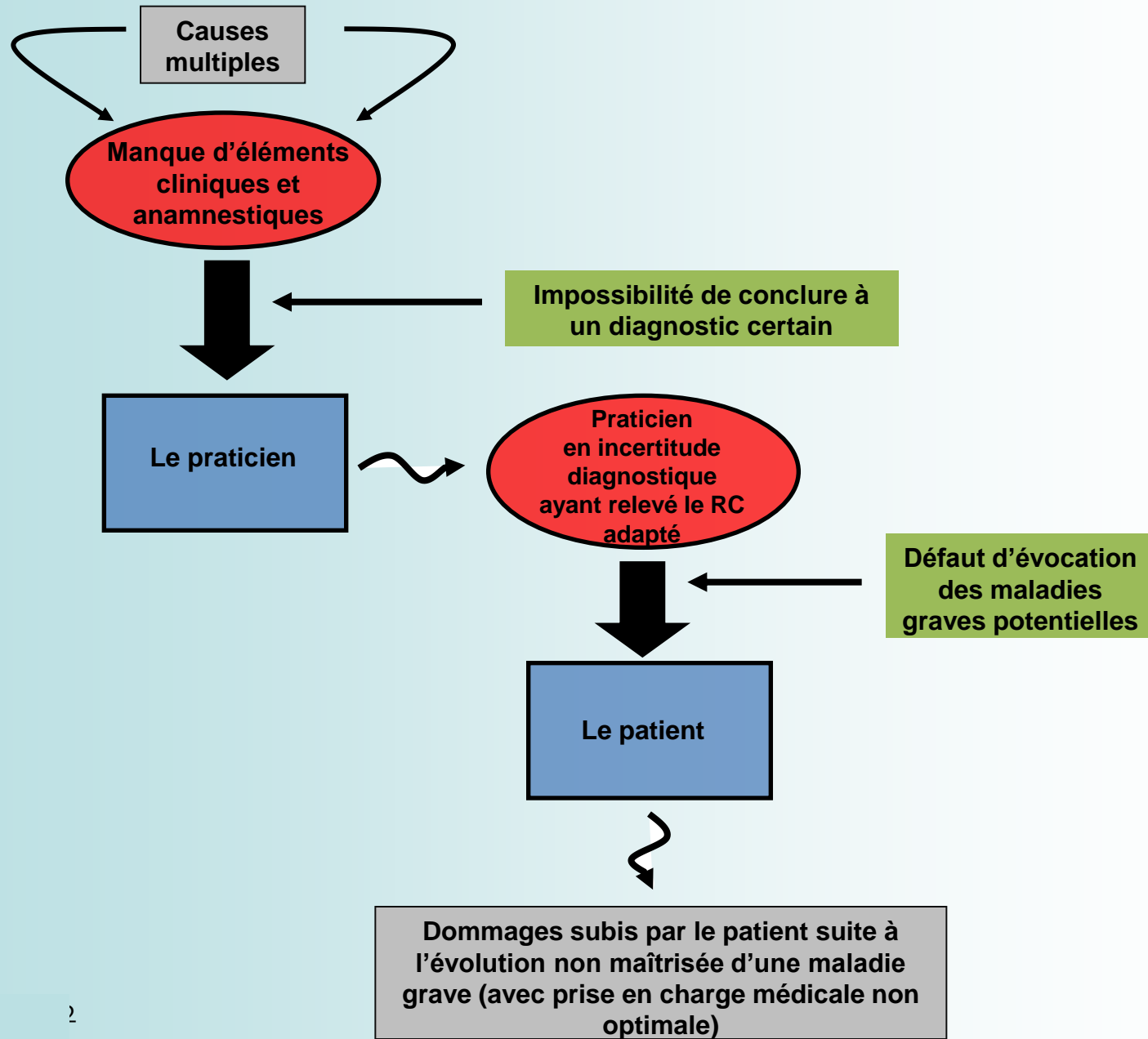
LE 1^{er} RISQUE DU DRC



LE 2nd RISQUE DU DRC



REPRESENTATION PRATIQUE DU RISQUE



- Définition des maladies potentiellement dangereuses

3 caractéristiques obligatoires :

- Notion de diagnostic.
- Caractère étiologique.
- Pertinence chronologique et clinique avec le RC.

« Tout diagnostic étiologique potentiellement dangereux pouvant correspondre à l'évolution clinique d'un RC »

- Analyse de la criticité des diagnostics étiologiques

- Démarche déductive basée sur la méthode AMDEC.
- Notion de criticité.
- Critères d'évaluation :

**« Gravité - Urgence de prise en charge - Curabilité
Critère d'atteinte du patient »**

• La gravité

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

	= Gravité majeure	-	Cotation 100
	= Gravité sérieuse	-	Cotation 70
	= Gravité modérée	-	Cotation 30
	= Absence de gravité	-	Cotation 1

<p>PREJUDICE MAJEUR</p>	<p><i>Complètement invalide / Incapable d'assurer des soins personnels / Totalement confiné au lit ou au fauteuil</i></p> <p><i>Uniquement capable de soins personnels limités / Confiné au lit ou au fauteuil plus de 50% des heures d'éveil</i></p> <p><i>Atteinte de plusieurs sens</i></p>
<p>PREJUDICE MODERE</p>	<p><i>Ambulatoire et capable de s'occuper de soi mais incapable de réaliser un travail / Debout et ambulatoire plus de 50% des heures d'éveil</i></p> <p><i>Atteinte de la vue, de l'ouïe ou du toucher</i></p> <p><i>Préjudice esthétique atteignant la face</i></p>
<p>PREJUDICE MINEUR</p>	<p><i>Restriction pour les activités physiques intenses, mais ambulatoire et capable de réaliser des travaux légers</i></p> <p><i>Atteinte de l'odorat ou du goût -- Infertilité</i></p>
<p>ABSENCE DE PREJUDICE</p>	<p><i>Pas de préjudice attendu</i></p>

- **L'urgence de prise en charge**

URGENCE EXTRÊME	Nécessité d'une prise en charge immédiate	10
URGENCE VRAIE	Nécessité d'une prise en charge dans les 48 heures	6
URGENCE RELATIVE	Prise en charge possible dans les 7 jours	3
URGENCE DIFFEREE	Prise en charge possible dans un délai supérieur à 7 jours	1

- **La curabilité**

TRAITEMENT CURATIF	Guérison possible Traitement permettant le retour à l'état antérieur	3
TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE	Traitement possible dans le but de prévenir les complications d'une étiologie incurable Contrôle de l'évolution de la maladie	2
TRAITEMENT PALLIATIF	Traitement des complications dont l'apparition ne peut être évitée dans la cadre d'une étiologie incurable Évolution non contrôlable de la maladie.	1

- Le critère d'atteinte du patient : la vulnérabilité

VULNERABILITE IMPORTANTE	Probabilité de survenue du diagnostic augmentée par rapport à la population générale	3
VULNERABILITE MOYENNE	Probabilité de survenue du diagnostic comparable à celle de la population générale	2
VULNERABILITE FAIBLE	Probabilité de survenue du diagnostic diminuée par rapport à la population générale	1
VULNERABILITE NULLE	Survenue du diagnostic étiologique impossible	0

- Le critère d'atteinte du patient : l'impact

IMPACT IMPORTANT	Majoration de la gravité intrinsèque du diagnostic étiologique par le contexte clinique du patient	2
IMPACT MOYEN	Gravité intrinsèque du diagnostic étiologique inchangée	1

- Précis d'utilisation de la méthode :

1. Choix du RC par le praticien.

2. Recensement exhaustif des diagnostics étiologiques relatifs au RC et respectant les caractéristiques obligatoires.

→ Importance de la bibliographie +++

3. Analyse de la criticité globale des ces diagnostics C_e à partir des 3 critères propres.

4. Analyse du critère d'atteinte du patient en cause C_p .

5. Analyse de la criticité globale des diagnostics étiologiques C_g et production d'une liste priorisée de DEC pour le RC en cause.

- Exemple d'application pour le RC « ACCES ET CRISE »

Danger	Gravité	Urgence	Curabilité	Vulnérabilité	Criticité	Commentaires
Intoxication au C.O.	70	10	3	1	2100	
Troubles du rythme cardiaque	70	10	2	1	1400	
Tumeur cérébrale	100	3	3	1	900	
Syndrome de sevrage alcool	30	10	3	1	900	
Hématome sous dural	70	3	3	1	630	
Accident ischémique transitoire	30	10	2	1	600	
Epilepsie	30	3	2	1	180	
Crise d'asthme	100			1	0	Refusé car est un "voir aussi"
Attaque de panique	70			1	0	Refusé car est un "voir aussi"
Trac	30			1	0	Refusé car est un "voir aussi"
Bouffées de chaleur	0			1	0	Refusé car est un "voir aussi"

Gravité

Majeure 100

Sérieuse 70

Modérée 30

Absence 0

- **L'illusion du risque Zéro**

Le principe de vigilance vs le principe de précaution

- **L'acceptabilité du risque**

- L'importance de la cible
- La gravité, seuil d'acceptabilité
- Le problème de l'incidence des maladies

- **Le problème de l'objectivité**

- Évaluation subjective

Obligation de définitions claires et précises

- Subjectif ≠ Arbitraire

- **La médecine reste un art :**

- Les qualités d'analyse et de discernement du praticien conservent leur pertinence.
- La subtilité clinique reste à l'appréciation du médecin.

- **Les limites et difficultés de la méthode :**

- L'estimation empirique de la criticité et son rôle dans la hiérarchisation des DEC
- Les difficultés rencontrées dans le choix des DEC : causes d'exclusion les plus fréquentes

Refusé car fait partie de la définition : Adénite aiguë pour le RC ADENOPATHIE

Refusé en raison de l'absence de relation clinique pertinente avec le RC : hémorragie aiguë pour le RC ANEMIE NON FERRIPRIVE. La recherche d'une hémorragie aiguë ne peut pas se faire à partir du symptôme qu'est l'anémie.

Refusé car il s'agit d'un RC différentiel : Folliculite pour le RC ACNE VULGAIRE

Refusé car il s'agit d'une complication : Surdité pour le RC ACOUPHENE

Refusé car il s'agit d'une complication à distance d'une maladie connue : Fracture pour le RC ALGODYSTROPHIE

Absence d'étiologie possible: le RC ALCOOLISME

RC ne décrivant pas une entité clinique, une liste de DEC ne serait pas pertinente : RC ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE

Conduite à tenir est définie par l'urgence de ce RC, rendant une liste de DEC inutile : RC ABDOMEN DOULOUREUX AIGU et RC AVC

CONCLUSION :

- Objectif final = les démarches de soins programmées
- Pas de but médico-légal
- Utilisé comme un pense-bête +++
- Diagnostic non obligatoire en médecine générale
- Le médecin reste le garant de la décision

LA NOTION DE RISQUE LIÉ A L'INCERTITUDE DIAGNOSTIQUE EN MÉDECINE DE PREMIER RECOURS

Merci de votre attention

