

Secrétariat du Dictionnaire des Résultats de consultation

SD²RC

DEC : mode d'emploi

4 décembre 2011
(modifié le 29/09/2013)
Damien Jouteau

Une fois choisi le RC adapté à la situation clinique présentée par le patient, le praticien doit évoquer les diagnostics potentiellement critiques liés à ce RC.

Pour cela, il est donc nécessaire de produire, pour chaque RC, une liste exhaustive de **Diagnostics Critiques** (DEC). Ces DEC correspondent aux diagnostics potentiellement critiques, qui au cours de leur évolution, pourraient correspondre au tableau clinique décrit par le RC. Cette liste permettra au praticien de conserver un esprit de vigilance lorsqu'il sera en position d'incertitude diagnostique (A, B ou C). Cette liste est réalisée selon trois étapes : établissement de la liste des diagnostics, analyse de la liste, et classification des DEC.

1- Première étape : création de la liste des diagnostics par le CMAJ

L'objectif est de rechercher et noter tous les diagnostics pouvant correspondre à un moment ou à un autre à l'évolution clinique du RC en question.

Pour faciliter les démarches dans la création de ces listes, nous proposons de :

1. Relire attentivement la définition et l'argumentaire du RC en question.
2. Puis, partant de la position de certitude clinique la plus haute (le choix du RC est adapté), se placer en position d'incertitude diagnostique, en prenant en compte le RC dans sa globalité ((le titre, les critères d'inclusion, les compléments sémiologiques).
3. Etablir la liste de diagnostics potentiellement critiques liés à ce RC, en respectant les 4 caractéristiques suivantes :
 - Un diagnostic doit être un **diagnostic** au sens de l'aboutissement du raisonnement médical. C'est un diagnostic certifié (Position D).
 - Le diagnostic **ne peut pas être une complication** d'un RC.
 - Le diagnostic **ne peut être un état différentiel ou un RC différentiel** : cette notion ne peut apparaître qu'avant le choix du RC, c'est-à-dire dans le premier risque, celui de l'erreur taxinomique.
 - Il doit avoir une **pertinence chronologique et clinique** avec le RC. Il faut que le tableau clinique que décrit le RC soit un possible mode de révélation du danger.

En fait, devant chaque diagnostic, cela revient à se poser la question suivante :

" Ce diagnostic peut-il, au cours de son histoire, se manifester par le tableau clinique que suggère le RC en cause ? "

Quelques références pour recenser les DEC

- Le DREFC : drefc.sfm.org/
- CisMef : <http://www.chu-rouen.fr/cismef/>
- Orphanet : www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=FR
- Minerva : <http://www.minerva-ebm.be/fr/home.asp>
- Le sémiologiste
- Google permettant l'accès à des cours d'universités
- CIM 10

2- Deuxième étape : analyse de la liste de DEC par le SD²RC

L'analyse de la liste des DEC se fait en deux temps. D'abord une relecture collective de la liste des DEC proposée par le CMAJ, permettant la suppression de diagnostics non appropriés, puis la pondération de la criticité des DEC retenus.

2.1- Validation des DEC proposés

Le SD²RC reprend, en réunion, la liste des DEC d'un RC, proposée par la CMAJ. Il justifie chaque DEC refusé. Les causes de refus d'un DEC sont les suivantes :

- Le DEC **fait partie de la définition** : Adénite aiguë pour ADENOPATHIE
- Il n'y a **pas de pertinence clinique (manque de congruence)** : hémorragie aiguë pour ANEMIE NON FERRIPRIVE. La recherche d'une hémorragie aiguë ne peut pas se faire à partir du symptôme qu'est l'anémie.
- Il s'agit d'un **RC différentiel** : FOLLICULITE SUPERFICIELLE pour ACNE VULGAIRE
- Il s'agit d'un **Voir Aussi** : ACNE pour ABCES SUPERFICIEL
- Il s'agit d'une **complication** à distance : embolie pulmonaire pour THROMBOPHLEBITE
- Il **ne peut pas y avoir d'autre étiologie** : ALCOOL (PROBLEME AVEC L')
- Le RC **ne décrivant pas une entité clinique**, une liste de DEC n'est pas possible : ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE, ETAT FEBRILE
- La conduite à tenir est définie par l'**urgence du tableau clinique** que décrit le RC. Cette urgence rend inutile l'établissement d'une liste de DEC: ABDOMEN DOULOUREUX AIGU, ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

2.2- Pondération des DEC

Une fois la liste exhaustive validée, il convient d'analyser la criticité propre des DEC. Pour ce faire, 3 critères d'évaluation ont été isolés : la gravité, l'urgence et la curabilité.

- La gravité

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.

		Préjudice				Gravité	Cotation
		Majeur	Modéré	Mineur	Absent		
Mort	Inéluctable					Majeure	100
	Probable					Sérieuse	70
	Peu probable					Modérée	30
	Improbable					Nulle	1

- L'urgence de prise en charge

Elle évalue la rapidité d'apparition des conséquences de la maladie.

Pondération de l'URGENCE

Urgence	Explication	Cotation
Extrême	Nécessité d'une prise en charge immédiate	10
Vraie	Nécessité d'une prise en charge dans les 48H00	6
Relative	Prise en charge possible dans les 7 jours	3
Différée	Prise en charge possible dans un délai supérieur à 7 jours	1

- La curabilité

L'existence d'une solution thérapeutique renforce la criticité d'un DEC. A l'inverse, une maladie incurable diminue l'importance du DEC (Méningite bactérienne versus Démence). La cotation se fera en fonction du meilleur traitement envisageable.

Pondération de la CURABILITE

Traitement	Explications	Cotation
Curatif	Guérison possible Traitement permettant le retour à l'état antérieur	3
Symptomatique	Traitement possible dans le but de prévenir Les complications d'une étiologie incurable. Contrôle de l'évolution de la maladie	2
Palliatif	Traitement des complications dont l'apparition ne peut être évitée dans le cadre d'une étiologie incurable. Evolution non contrôlable de la maladie	1

- Calcul de la criticité

Une fois terminée la pondération des trois critères d'évaluation, le calcul de la criticité du DEC, se fait en multipliant les trois valeurs obtenues.

La criticité obtenue est alors une valeur constante pour chaque DEC quel que soit le RC auquel il se réfère.

Exemple du DEC "Cancer du poumon"

DEC	Gravité	Urgence	Curabilité	Criticité
Cancer broncho-pulmonaire	100	1	3	300

A partir de ces éléments, une banque de DEC est établie afin de reprendre à chaque fois la même criticité pour le même DEC quelque soit le RC. Cette liste sera progressivement documentée au fur et à mesure du travail d'élaboration des DEC.

- Classification des DEC

Afin de faciliter la lecture de la criticité des DEC dans les listes proposées pour chaque RC, il est proposé de les classer en trois groupes (de * à ***) suivant leur niveau de criticité.

Les 3 groupes de criticité

Criticité	Groupe	Cotation
de 3000 à 900	Sévère	***
de 899 à 200	Modéré	**
de 199 à 1	Minime	*

Nous rappelons que ces listes n'ont aucune valeur médicolégalé pouvant influencer sur la pratique du médecin. Ce travail n'en a pas l'objectif.

3- Un exemple : le RC ASTHME

Dans le premier temps, le travail de recherche bibliographique à partir de la définition du RC ASTHME a permis de créer la liste des diagnostics étiologiques ci-dessous :

Liste des Diagnostics potentiellement critiques de ASTHME

Syndrome de Churg et Strauss
RGO Aspergillose
Syndrome de Widal
Insuffisance Cardiaque
Iatrogénie
Toxiques
Exposition aux allergènes
Anxiété

Dans le deuxième temps, le travail de relecture du SD2RC, a permis, à l'aide des critères d'inclusions de faire la sélection suivante.

Dans le tableau ci-dessous, les caractères "éliminatoires" d'un diagnostic sont notés en rouge. Ces diagnostics ne peuvent être dans la liste définitive des DEC car ils ne correspondent pas à la définition.

Lecture critique des Diagnostiques potentiellement critiques en fonction des critères d'inclusion

	Diagnostic	Complication	Etat différentiel	Pertinence chronologique et clinique	Fait partie de la définition
Syndrome de Churg et Strauss	oui	non	non	oui	non
RGO	oui	non	oui	non	non
Syndrome de Widal	oui	non	oui	oui	non
Aspergillose	oui	oui	oui	non	non
Insuffisance cardiaque	oui	non	oui	oui	non
Iatrogénie	oui	non	non	oui	oui
Toxiques	oui	non	non	oui	oui
Exposition aux allergènes	oui	non	non	oui	oui
Anxiété	oui	non	oui	non	oui

Nous sommes partis du principe qu'en tenant uniquement compte des critères d'inclusions de ce RC, toute dyspnée expiratoire sifflante qu'elle soit de novo ou dans le cadre d'une "maladie asthmatique" peut être relevée par le RC ASTHME. Nous sommes alors dans une position diagnostique plutôt ouverte A ou B (contrastant avec la position C que propose le RC) et la liste des DEC peut s'allonger et inclure l'insuffisance cardiaque ou le RGO.

Cependant, en examinant l'argumentaire, on remarque qu'il évoque plutôt l'asthme au sens de la maladie asthmatique et reste cohérent avec une position C plus fermée. Avec cet argumentaire, ira-t-on relever le RC ASTHME devant une dyspnée expiratoire de novo? Probablement pas ! Il devient donc logique de délester notre liste de DEC notamment d'insuffisance cardiaque. Au moindre doute, le praticien vigilant, aurait relevé le RC DYSPNEE pour se laisser toute latitude dans la gestion du risque. Il faut donc bien cerner, pour chaque RC, ce que celui-ci définit. Relever un tel RC, en position plutôt fermée, indique que le praticien a fait un choix et que cela influe sur le risque. Choisir un RC et une position diagnostique, c'est déjà gérer le risque.

Concernant les évictions des DEC Iatrogénie et Cause toxique, 2 explications sont possibles :

- D'une part, la définition du RC ASTHME comprend le complément sémiologique "+- facteurs déclenchants : allergie, toxique, émotion, autre". En relevant le RC ASTHME, le praticien a la possibilité de renseigner son dossier médical sur l'existence d'une exposition à un allergène ou à un toxique. Il semble alors difficile, d'accepter qu'une cause se retrouve dans la liste des DEC alors même qu'elle est dans la définition du RC.

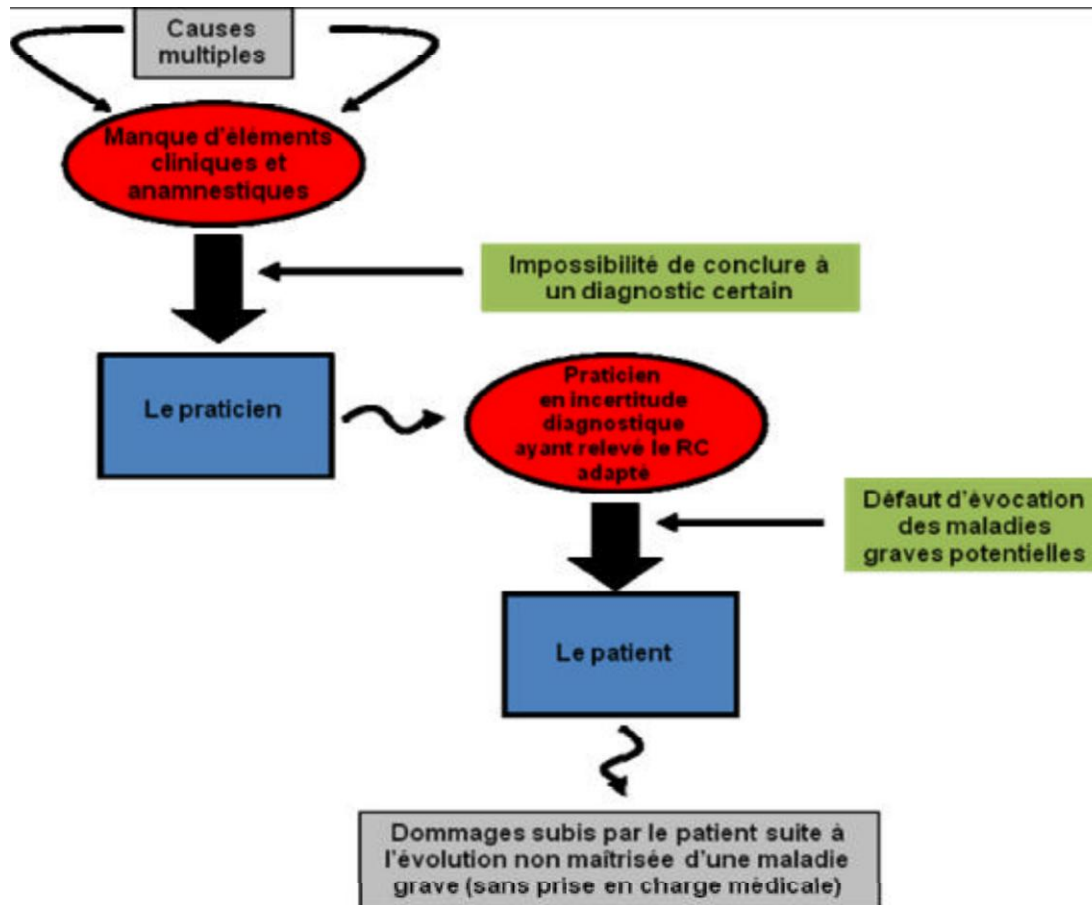
- D'autre part, le praticien, lorsqu'il relève un RC, se place dans la position de la plus haute certitude diagnostique. Ainsi, ne pas relever le RC IATROGENE-EFFET INDESIRABLE D'UNE THERAPEUTIQUE mais bien le RC ASTHME exclut toute cause iatrogène : elle n'a donc pas sa place dans une liste de DEC et devient un élément contextuel du cas clinique.

Au terme de cette analyse critique, le seul DEC d'ASTHME s'avère être le Syndrome de Churg et Strauss, qui bien que peu fréquent représente tout de même une cause possible à un asthme. Il représente également, par ses possibles atteintes associées un degré de gravité certain.

Calcul de la criticité des DEC de l'ASTHME

DEC	Gravité	Urgence	Curabilité	Vulnérabilité	Criticité	Groupe
Syndrome de Churg et Strauss	70	1	2	1	140	**

Représentation du risque diagnostic en médecine de premier recours



Cf. thèse : D. Juteau « La notion de risque lié à 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© de la Société Française de Médecine Générale ».

http://www.sfm.org/publications/les_theses/la_notion_de_risque_lie_a_l_incetitude_diagnostique_en_medecine_de_premier_recours.html