

La démarche médicale en médecine générale

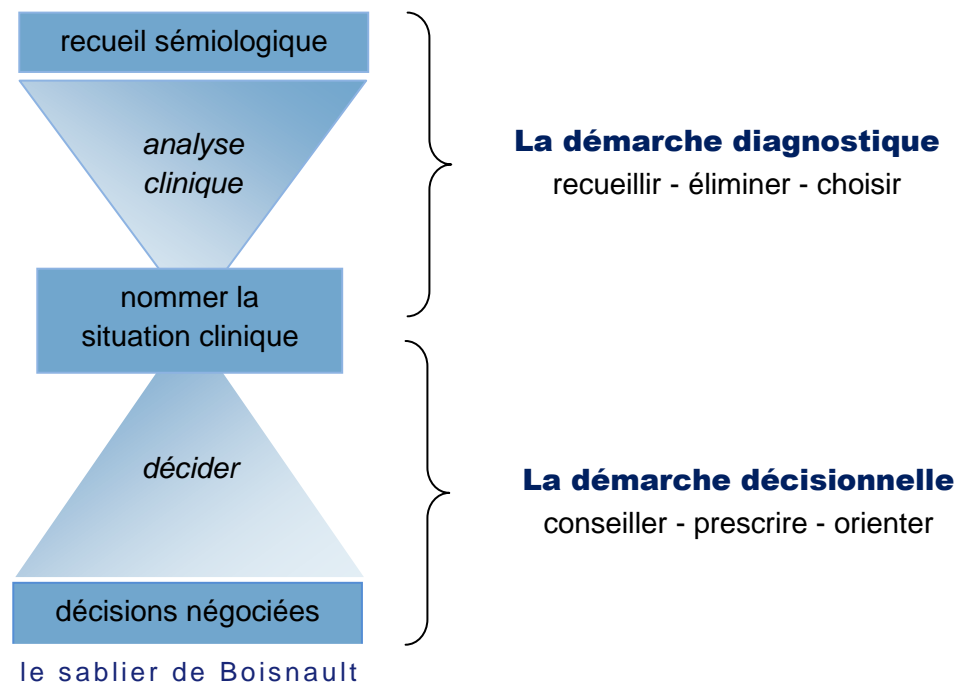
Une réflexion théorique pour des applications pratiques

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 collective 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.



Suivez le déroulement pas à pas de la démarche médicale : première étape

1- La démarche diagnostique

La gestion du risque lié à l'incertitude du diagnostic en médecine de premier recours

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 de la situation et/ou de son évolution vers une maladie. 70% des consultations sont des situations non caractéristiques d'une maladie. Nous appelons cela : l'incertitude du diagnostic.

Deux écueils

Le praticien face à cette **incertitude du diagnostic**, s'expose alors à deux écueils :

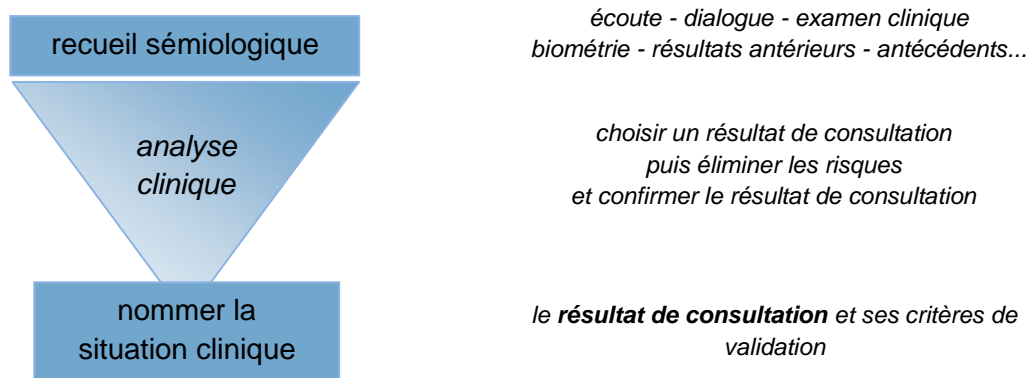
- réduire le diagnostic au seul motif de consultation
- poser un diagnostic sans preuve.

Mais alors comment gérer l'incertitude du diagnostic ?

Pour éviter ces deux écueils et afin de prendre des décisions adaptées, le médecin doit **nommer** précisément chaque situation clinique qu'il prend en charge et **évaluer le risque** inhérent à chacune des situations cliniques.

- nommer la situation clinique se fait à l'aide du Dictionnaire des Résultats de consultation®
- évaluer le risque c'est tenir compte des Diagnostics Etiologiques Critiques®

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



2^{ème} étape : le médecin doit nommer précisément chaque situation clinique qu'il prend en charge

1.1- Nommer la situation clinique :

Le dictionnaire des Résultats de consultation®

Sémiologie des situations cliniques en médecine générale

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.

D'où vient-il ?

Le Dictionnaire des Résultats de Consultation® est un outil conçu par la SFMG à partir des concepts novateurs du Dr Robert N. Braun. Ce dernier, médecin généraliste autrichien, a observé et analysé sa pratique pendant plusieurs années. Il a pu développer, dans les années 70, le concept de Résultat de consultation, démystifiant ainsi la notion de diagnostic, en les plaçant tous les deux dans une stricte équivalence nosologique.

Quel en est le principe ?

Le dictionnaire des Résultats de consultation s'appuie sur trois éléments complémentaires :

- une **définition** précise pour chaque situation clinique : **le Résultat de consultation**
- une **caractérisation** allant du symptôme à la maladie confirmée : **la position diagnostique**
- une **précision** pour dire si la situation clinique est nouvelle ou persistante : **le code suivi**.

Qu'est-ce que la position diagnostique ?

Le médecin est confronté à 4 sortes de situations cliniques : symptôme (A), syndrome (B), tableau de maladie (C) et maladie confirmée (D). Cette classification en 4 niveaux est appelée : **position diagnostique**.

Devant une maladie confirmée, la situation clinique est **fermée** : le diagnostic est posé. En revanche, devant un symptôme ou un syndrome, la situation clinique est **ouverte** à plusieurs diagnostics ou évolutions.

La position diagnostique permet au médecin de garder l'esprit en éveil et de surveiller l'évolution. Cette **notion d'ouverture** vers une évolution éventuelle est primordiale. Elle évite au médecin de s'enfermer dans des conclusions erronées.

Qualifier de myalgie une douleur du mollet affirme implicitement qu'il ne peut s'agir d'une thrombophlébite ; mieux vaut qualifier le cas de « douleur non caractéristique ». Sans doute le praticien ne saura t-il pas « ce qu'a son malade » dans l'immédiat, mais il saura « ce qu'il doit faire » : le revoir, le surveiller et demander en cas de persistance les examens complémentaires adéquats. C'est ainsi reconnaître la part du risque de toute situation.

Qu'est-ce que le code suivi ?

Le "Code Suivi" permet au médecin de préciser si la situation est nouvelle pour le patient, ou persistance, voir chronique. Il permet de visualiser le déroulement de l'épisode de soin. Il existe deux codes suivis :

N pour un nouveau cas (c'est-à-dire première observation par un médecin)

P pour un cas persistant.

Il existe également un code R, lorsque la situation a évolué ou a été précisée (examen complémentaire) et nécessite de choisir un RC plus caractéristique

3^{ème} étape : bien nommer la situation clinique (RC) facilite l'identification des risques graves qui lui sont liés

1.2- Evaluer le risque inhérent à chaque situation clinique :

Le Diagnostic Etiologique Critique®

Evaluer le risque inhérent à chacune des situations cliniques.

Après avoir choisi le Résultat de consultation, le médecin doit penser aux diagnostics étiologiques graves sous-tendus par la situation clinique (RC).

Dans sa démarche diagnostique, le médecin de premier recours est tenu de garder à l'esprit l'éventualité, souvent faible mais non nulle, d'une étiologie grave.

Ce risque d'une étiologie grave hante tout praticien

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

Prendre en compte les dangers est nécessaire à la démarche diagnostique

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 Etiologique Critique** (DEC).

Le DRC une aide à la gestion du risque

En pratique, afin d'aider le médecin, le Dictionnaire des Résultats de consultation affiche pour chaque RC la liste de maladies graves à évoquer (DEC).

Exemple : devant le RC "Cervicalgie", quels DEC évoquer ?

DEC	GRAVITE	URGENCE	CURABILITE	VULNERABILITE	CRITICITE	GROUPE
Spondylodiscite infectieuse	100	10	3	1	3000	***
Dissection aortique	100	10	3	1	3000	***
Cancer	100	1	3	1	300	**
Maladie de Horton PPR	70	1	2	1	140	*
Spondylarthrite ankylosante	30	1	2	1	140	*
Sténose du canal médullaire	30	1	3	1	90	*
Chondrocalcinose	1	1	1	1	1	*
Arthrose	1	1	1	1	1	*

4^{ème} étape : après avoir analysé, puis nommé la situation clinique et pris en compte les risques, le praticien va prendre des décisions

2- La démarche décisionnelle

De la maladie à la personne malade

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

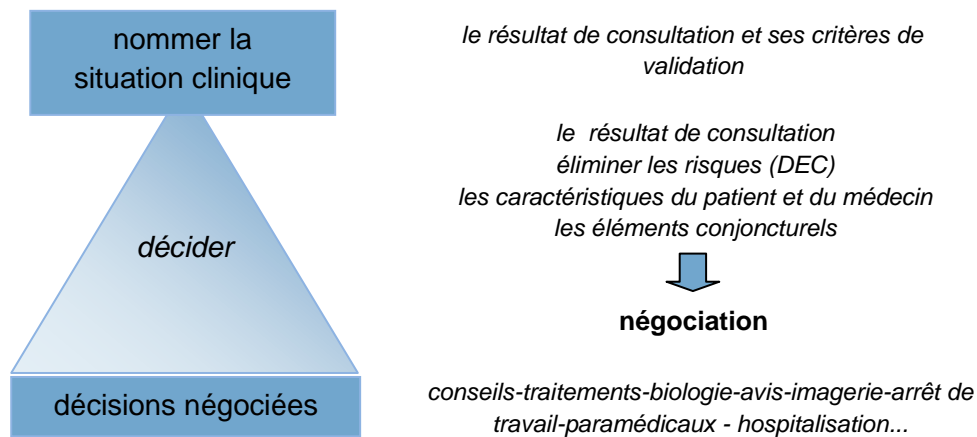
- sa formation initiale et continue, son expérience, ses domaines de compétence,
- son mode et ses conditions d'exercice
- sa résistance aux pressions de l'industrie pharmaceutique
- sa personnalité, son aversion au risque, sa norme culturelle...

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 **dénommé** 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.

l a d é m a r c h e d é c i s i o n n e l l e



5^{ème} étape : Après avoir "contextualisé" la situation clinique à prendre en charge, le médecin négocie 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 Etiologiques Critiques

En tenant compte des éléments du-dessus, le médecin doit réévaluer les risques (DEC) 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*.

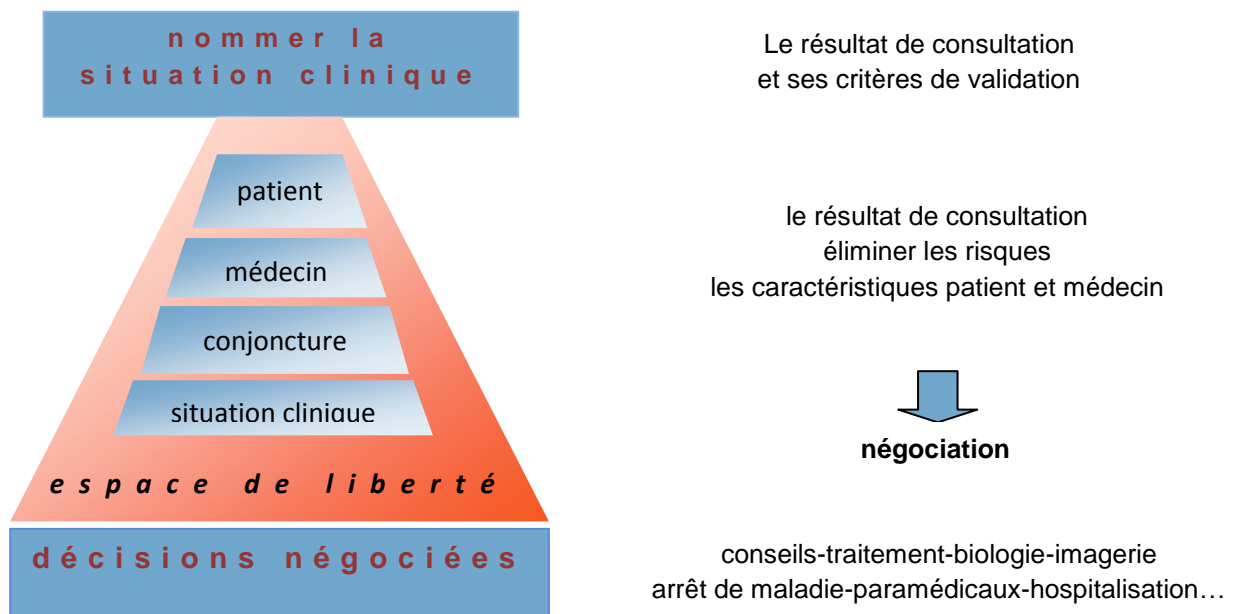
6^{ème} étape : pour prendre ses décisions, le médecin possède une marge de négociation. Nous appelons cela l'espace de liberté.

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.

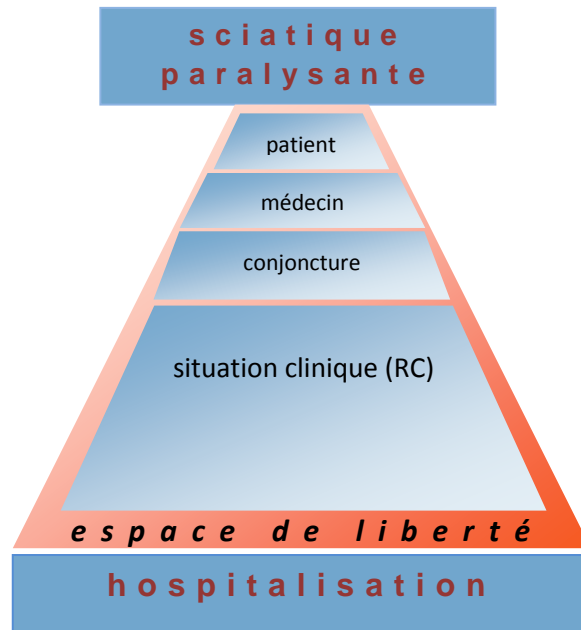
Celui-ci est directement lié aux caractéristiques de la situation clinique, du patient, du médecin et des éléments conjoncturels. En fonction des cas, chaque caractéristique prend plus ou moins d'importance.

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



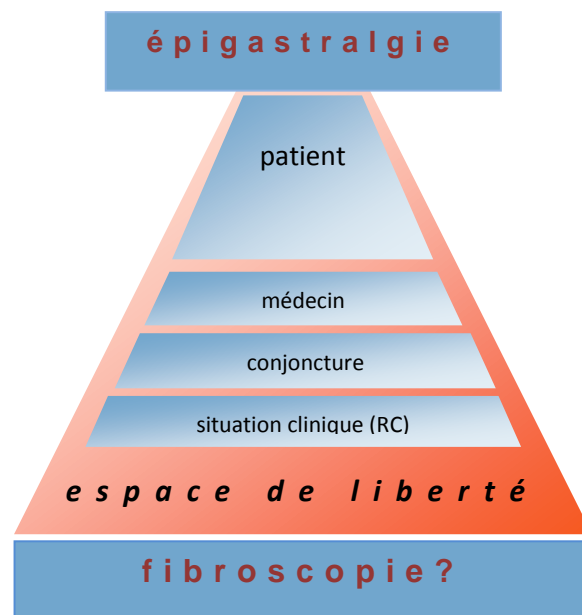
Exemple d'une sciaticque paralysante

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

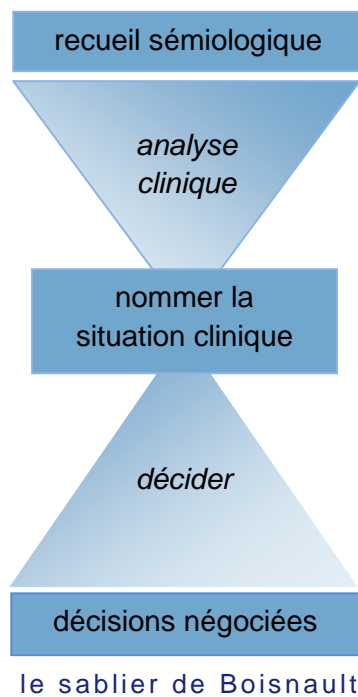


Exemple d'une épigastralgie

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.



3- Synthèse de la démarche médicale



*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 (DEC)
les caractéristiques du patient et du médecin
les éléments conjoncturels*



négociation

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

[\[Pour en savoir plus\]](#)