

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2011

Thèse n°

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

présentée et soutenue publiquement
le 20/05/2011 à Poitiers
par Mr JOUTEAU Damien

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[®] de la Société Française de Médecine Générale

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel MORICHAU-BEAUCHANT

Membres :
Monsieur le Professeur Bernard GAVID
Monsieur le Professeur Pierre INGRAND
Monsieur le Professeur Marc PACCALIN
Monsieur le Docteur Florent JABOUILLE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierre FERRU



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2010/2011

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, Bactériologie-Virologie
2. ALLAL Joseph, Thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, Neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, Néphrologie
6. BURUCOA Christophe, Bactériologie-Virologie-Hygiène
7. CARRETIER Michel, Chirurgie générale
8. CHRISTIAENS Luc Cardiologie
9. CORBI Pierre, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
10. DABAN Alain, Cancérologie Radiothérapie (**surnombre**)
11. DAGREGORIO Guy, Chirurgie plastique et Reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, Anesthésiologie Réanimation Chirurgicale
13. DEBIAIS Françoise, Rhumatologie
14. DIGHIRO Paul, Ophtalmologie (**disponibilité**)
15. DORE Bertrand, Urologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, Physiologie
18. FAUCHERE Jean-Louis, Bactériologie- Virologie (**surnombre**)
19. FAURE Jean-Pierre, Anatomie
20. FRITEL Xavier Gynécologie-Obstétrique
21. FROMONT-HANKARD Gaëlle, Anatomie et cytologie pathologiques
22. GAYET Louis-Etienne, Chirurgie orthopédique et traumatologique
23. GIL Roger, Neurologie (**surnombre**)
24. GILBERT Brigitte, Génétique
25. GOMBERT Jean-Marc, Immunologie
26. GOUJON Jean-Michel, Anatomie et Cytologie Pathologiques
27. GUILHOT-GAUDEFFROY François, Hématologie et Transfusion
28. GUILLET Gérard, Dermatologie
29. HADJADJ Samy, Endocrinologie et Maladies métaboliques
30. HANKARD Régis, Pédiatrie
31. HAUET Thierry, Biochimie
32. HERPIN Daniel, Cardiologie et Maladies vasculaires
33. HOUETO Jean-Luc, Neurologie
34. INGRAND Pierre, Biostatistiques, Informatique médicale
35. IRANI Jacques, Urologie
36. KEMOUN Gilles, Médecine physique et Réadaptation
37. KITZIS Alain, Biologie cellulaire
38. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
39. KRAIMPS Jean-Louis, Chirurgie générale
40. LEVARD Guillaume, Chirurgie infantile
41. LEVILLAIN Pierre, Anatomie et Cytologie pathologiques
42. MAGNIN Guillaume, Gynécologie et obstétrique
43. MARCELLI Daniel, Pédiopsychiatrie
44. MARECHAUD Richard, Médecine interne
45. MAUCO Gérard, Biochimie et Biologie moléculaire
46. MENU Paul, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
47. MEURICE Jean-Claude, Pneumologie
48. MIMOZ Olivier, Anesthésiologie, Réanimation chirurgicale
49. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, Hépto-Gastro-Entérologie
50. NEAU Jean-Philippe, Neurologie
51. ORIOT Denis, Pédiatrie
52. PACCALIN Marc, Gériatrie
53. PAQUEREAU Joël, Physiologie
54. PERAULT Marie-Christine, Pharmacologie clinique
55. PERDRISOT Rémy, Biophysique et Traitement de l'Image
56. PIERRE Fabrice, Gynécologie et obstétrique
57. POURRAT Olivier, Médecine interne
58. PRIES Pierre, Chirurgie orthopédique et traumatologique
59. RICCO Jean-Baptiste, Chirurgie vasculaire
60. RICHER Jean-Pierre, Anatomie
61. ROBERT René, Réanimation médicale
62. ROBLOT France, Maladies infectieuses, Maladies tropicales
63. ROBLOT Pascal, Médecine interne
64. RODIER Marie-Hélène, Parasitologie et Mycologie
65. SENON Jean-Louis, Psychiatrie d'adultes
66. SILVAIN Christine, Hépto-Gastro- Entérologie
67. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, Rhumatologie
68. TASU Jean-Pierre, Radiologie et Imagerie médicale
69. TOUCHARD Guy, Néphrologie
70. TOURANI Jean-Marc, Cancérologie Radiothérapie, option Cancérologie (type clinique)
71. TURHAN Ali, Hématologie-transfusion
72. VANDERMARCCQ Guy, Radiologie et Imagerie Médicale
73. WAGER Michel, Neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens hospitaliers

1. ARIES Jacques, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
2. BEBY-DEFAUX Agnès, Bactériologie-Virologie-Hygiène
3. BEN-BRIK Eric, Médecine du travail
4. BOINOT Catherine, Hématologie et Transfusion
5. BOUNAUD Jean-Yves, Biophysique et Traitement de l'Image
6. BOURMEYSTER Nicolas, Biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, Bactériologie-Virologie- Hygiène
8. CATEAU Estelle Parasitologie - mycologie
9. CAVELLIER Jean-François, Biophysique et Traitement de l'Image
10. CREMNITER Julie Bactériologie - Virologie
11. DAHYOT-FIZELIER Claire, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
12. DIAZ Véronique, Physiologie
13. FAVREAU Frédéric, Biochimie et Biologie moléculaire
14. GRIGNON Bernadette, Bactériologie-Virologie-Hygiène
15. GUILLARD Olivier, Biochimie et Biologie moléculaire
16. HURET Jean-Loup, Génétique
17. JAAFARI Nematollah, Psychiatrie d'adultes
18. KARAYAN-TAPON Lucie, Cancérologie
19. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
20. LECRON Jean-Claude, Biochimie et Biologie moléculaire
21. MIGEOT Virginie, Santé publique
22. ROUMY Jérôme, Biophysique, Médecine nucléaire
23. ROY Lydia, Hématologie
24. SAPANET Michel, Médecine légale
25. TALLINEAU Claude, Biochimie et Biologie moléculaire

Professeurs associés de Médecine générale

- 1 BINDER Philippe maître de conférences associé de médecine générale
- 2 BIRAULT François maître de conférences associé de médecine générale
- 3 GAVID Bernard professeur associé de médecine générale
- 4 GOMES DA CUNHA José professeur associé de médecine générale
- 5 VALETTE Thierry maître de conférences associé de médecine générale

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Professeur émérite

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand Maladies infectieuses
2. LAPIERRE Françoise, Neurochirurgie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Morichau-Beuchant,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse, veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Messieurs les Professeurs Ingrand, Gavid et Paccalin,

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

A Florent Jabouille,

Florent, vous m'avez fait l'honneur de participer à ce travail en faisant toujours preuve de gentillesse, de disponibilité et de patience. Vos conseils m'ont été d'une grande aide. Soyez assuré de mon respect le plus sincère et de toute ma reconnaissance.

A Pierre Ferru,

Pierre, vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse et j'en suis très fier. Durant votre carrière, vous n'avez cessé de défendre la médecine générale et de développer cette notion de risque, grâce à votre dévouement au sein de la SFMG. Sans vous, ce travail n'aurait pu voir le jour. Veuillez accepter l'expression de mon plus profond respect et de mon amitié sincère. Je vous souhaite une très bonne retraite.

A Gilles Gabillard, à Olivier Kandel,

Par votre aide et votre soutien de tous les instants, vous avez grandement contribué à cette thèse et je vous en suis très reconnaissant. Poursuivre ce travail au sein de la SFMG avec vous sera un grand bonheur.

A Franck Girault, à Françoise Bruno-Stefanini, à Julie Chouilly, membres du secrétariat du département du dictionnaire des résultats de consultation de la SFMG,

Pour vos conseils et votre contribution à l'avancée des réflexions lors des interminables réunions du SD2RC, soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

A Tristan,

Pour ta contribution à laquelle je tenais et ton amitié.

A tous mes amis présents,

Merci tout simplement

A mes parents,

Je vous dédie ce travail pour votre amour et votre soutien inconditionnel pendant mes longues études. Il n'y a pas de mot pour exprimer toute mon affection. Rien n'aurait été possible sans vous

A Aurélie, bien sûr,

pour ta présence et l'amour que tu m'apportes tous les jours.

Et à Arthur, mon fils,

pour tout le bonheur que tu me donnes chaque jour.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	10
PROBLEMATIQUE	12
A – La théorie professionnelle de R.N. BRAUN	12
B – Les travaux de la SFMG	16
1. Historique.....	16
2. Théorie professionnelle du Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC) ..	17
3. Fonctionnement du DRC.....	18
C – La notion de « Risque »	24
1. Der « Abwendbar Gefährliche Verlauf »	24
2. La SFMG et la notion de risque	28
3. La problématique du travail	30
4. Les objectifs du travail	32
MATERIEL & METHODE	34
A – Revue de la littérature	34
1. Georges Jousse et son « traité de riscologie »	34
2. Pierre Perilhon : le groupe MADS et la méthode MOSAR	35
3. J. Brami et R. Amalberti : « la sécurité du patient en médecine générale ».....	36
4. Autres lectures.....	37
B – Audition des experts du Risque	39
1. Experts non médicaux.....	39
2. Experts médicaux.....	40
C – Modélisation du risque dans la théorie du DRC	40
D – Test de faisabilité sur quelques RC du DRC	41
GLOSSAIRE	42

RESULTATS	53
A-Définition générale du Risque	53
1. Le risque au sens commun.....	53
2. La perception du risque.....	55
3. L'anatomie du risque	57
4. La théorie fondamentale du risque	60
5. Le critère téléologique	66
6. Résumé de la définition.....	67
B-Principes d'analyse du risque	68
1. La démarche analytique.....	68
2. Les démarches méthodiques	69
C-Analyse systémique du risque dans le DRC	70
1. Introduction.....	70
2. Apport des entretiens avec les spécialistes du Risque.....	70
2.1. Les experts médicaux et la SFMG.....	71
2.2. Les experts non médicaux	72
3. Analyse systémique.....	73
3.1. Phénomène de récurrence	73
3.2. Eléments en cause et structuration du système.....	75
4. Représentation théorique du risque du DRC.....	85
D-Méthode d'analyse du risque dans le DRC	88
1. Intérêt d'une méthode de gestion du risque	88
2. Démarche de réflexion	89
2.1. Démarche méthodique	89
2.2. Approche téléologique	89
3. Objectif opérationnel.....	90
4. Définition des diagnostics dangereux	91
5. Analyse des diagnostics étiologiques critiques	96
5.1. Méthode d'analyse	96
5.2. Critères d'analyse.....	97

5.2.1. La gravité	98
5.2.2. L'urgence de la prise en charge.....	103
5.2.3. La curabilité	106
5.2.4. L'atteinte du patient.....	108
5.3. Méthode de calcul de la criticité des diagnostics étiologiques.....	117
E-Application au Dictionnaire des Résultats de Consultation	119
1. Introduction.....	119
2. Les différentes étapes d'analyse	119
3. Exemple n°1	119
4. Exemple n°2.....	131
5. Exemple n°3.....	139
DISCUSSION.....	147
A-Originalité du travail.....	147
B-La notion de risque Zéro.....	149
1. L'émergence du principe de précaution en médecine	149
2. L'illusion du risque zéro et les limites d'application du principe de précaution ..	150
3. Une alternative positive et responsable: l'évaluation et la vigilance	151
C-La notion d'acceptabilité du risque	152
1. Le seuil d'acceptabilité	152
2. Le risque acceptable	152
3. L'incidence des maladies et le seuil d'acceptabilité du risque dans le DRC.....	153
D-Le problème de l'objectivité.....	155
E-La médecine, une science, mais aussi un art	157
1. La qualité des critères d'inclusion sélectionnés pour un RC	157
2. La valeur de la position diagnostique	160
3. L'intérêt du code suivi.....	165

F-Limites et difficultés d'application de la méthode	165
1. L'estimation empirique	165
2. Les difficultés rencontrées pour le choix des DEC	166
2.1. Confusion dans la nature des étiologies choisies	166
2.2. Problème de la pertinence entre le RC et l'étiologie possible	167
2.3. La définition du RC peut rendre superflue la liste de DEC.....	168
2.4. Une liste étendue de DEC en limite l'intérêt pour le praticien	169
2.5. Difficultés rencontrées pour la définition de la gravité.....	172
2.6. Cette méthode de gestion du risque n'est pas une méthode de gestion de l'incertitude diagnostique	173
G-Enjeux et perspectives	175
 CONCLUSION	177
 BIBLIOGRAPHIE	180
 ANNEXES	187
 RESUME	213
 SUMMARY	214
 SERMENT D'HIPPOCRATE	215

INTRODUCTION

La médecine générale se distingue de la pratique hospitalière par un ensemble de caractéristiques qui en font sa spécificité. Le médecin généraliste assure les soins de premier recours et de proximité, le conduisant à gérer des troubles de santé à des stades précoces d'évolution. L'éventail des pathologies qu'il prend en charge est large. Il doit prendre ses décisions dans un délai court, celui de la consultation, avec des moyens techniques diagnostiques limités. Ces caractéristiques spécifiques des soins primaires font que nombre de décisions sont prises en situation de relative incertitude diagnostique, générant un risque pour le patient. Cette notion de risque est difficile à cerner. Elle hante pourtant tout praticien qui, avec les moyens à sa disposition dans le temps de la consultation, aboutira à la certitude d'un diagnostic dans tout au plus 30% des cas [1]. En position d'incertitude diagnostique, il est tenu de garder à l'esprit l'éventualité souvent faible mais non nulle d'une étiologie potentiellement grave et doit assumer le « risque » de ne pas se lancer dans une démarche diagnostique lourde.

Le Dr R.N. Braun, médecin généraliste autrichien, a observé et analysé sa pratique pendant plusieurs années. Il a ainsi pu développer une théorie professionnelle dans laquelle il introduit, dans les années 70, cette notion de risque. Remettant côte à côte dans une stricte équivalence la notion de diagnostic au sens de concept nosologique et ce qu'il appela les classifications praticiennes, il inventa le concept de « Résultat de consultation » (RC) [2], caractérisant la situation clinique que le médecin a à prendre en charge et généra la « Kasugraphie », classification de ces RC [3]. Il démystifia ainsi la notion de diagnostic.

A partir des concepts novateurs de Braun, la Société Française de Médecine Générale (SFMG) développa, à partir de 1983, le dictionnaire des RC (DRC) [4], dans l'objectif de décrire la pratique des soins primaires. Il contient les 277 résultats de consultation les plus couramment rencontrés (au moins une fois par an) en médecine générale. Il permet de cerner l'incertitude diagnostique dans laquelle se trouve le praticien, en s'appuyant sur une certitude clinique [4,5]. Ceci conduit donc le médecin vers une démarche de gestion du risque, l'amenant à cerner le "danger" inhérent à chaque situation morbide.

Depuis la création de ce dictionnaire, la SFMG, société savante, a pour objectif de créer une méthode de gestion du risque, qui permettrait d'élaborer une liste pratique des dangers potentiels liés à chaque problème morbide rencontré et que le praticien devrait garder en tête dans un esprit de vigilance aiguë. Cependant, celle-ci se heurte de manière récurrente à plusieurs difficultés. En premier lieu, celle de définir ce risque de manière adaptée. Quel est-il exactement ? Comment s'articule-t-il dans la démarche du praticien ? Pourquoi une liste de dangers serait-elle utile au praticien ? Et ces dangers potentiels qui préoccupent le praticien sont-ils du domaine du diagnostic étiologique, du diagnostic différentiel, des complications potentielles ? Les lister pour chaque RC impose-t-il l'exhaustivité qui ne tient pas compte du terrain du patient ? Le département de la SFMG chargé de la mise à jour du Dictionnaire y a consacré de nombreux séminaires depuis 10 ans, sans qu'aucune définition ni consensus sur une méthode objective n'ait été établie. Au cours d'un séminaire commun avec des médecins autrichiens, en 2003, cette notion de "risque" avait été évoquée, sans qu'aucune conclusion commune n'ait pu être apportée [6].

Face à ces difficultés, la SFMG n'a pas pu développer de méthode de gestion du risque dans le fonctionnement du DRC du fait de l'absence de définition claire de celui-ci. Son utilisation présente donc un sentiment d'inachevé, son objectif absolu étant de donner la possibilité au praticien d'avoir, pour chaque RC, un « garde-fou », représenté par une liste de dangers potentiels, celle-ci permettant, dans un second temps, de produire des démarches diagnostiques programmées dans le but de formaliser la pratique de médecine générale [7].

Partant de ce constat, le but de ce travail est de définir précisément ce risque en médecine générale, celui qui concerne le praticien dans sa démarche de réflexion, et d'en proposer une méthode de gestion, applicable au dictionnaire des résultats de consultation dans l'intention d'en améliorer l'efficacité et de faciliter la pratique quotidienne des médecins de premier recours. Il faut cependant envisager certaines limites à ce travail qui ne remet pas en cause son utilité : celle de cloisonner la pratique du médecin en automatisant sa démarche et en supprimant son raisonnement, celle qui veut que l'utilisation prolongée d'une méthode fiable provoque un sentiment de réduction du risque jusqu'à l'impression faussée d'une sécurité totale.

PROBLEMATIQUE

A. LA THEORIE PROFESSIONNELLE DU DOCTEUR R.N. BRAUN

[7,8]

La pratique médicale de Robert Niklaus BRAUN et ses travaux théoriques prennent leur source dans le contexte médico-social qui se développa sur le continent européen après la seconde guerre mondiale. Praticien généraliste entre 1944 et 1984, il exerce d'abord à Marbourg en Allemagne dans une courte période de pratique semi urbaine, puis à Wiener-Neustadt, petite ville à population ouvrière, enfin à Brunn en Basse-Autriche dans un milieu rural, où il fonde un institut de formation et de recherche en médecine générale. En 1976, il est habilité pour l'enseignement de la médecine générale à l'Université de Vienne.

LA LOI DE REPARTITION REGULIERE DES CAS

A l'époque de ses études universitaires, le cursus médical est déjà institutionnellement modelé par un savoir d'origine et d'élaboration hospitalier. Dès sa première installation, Braun décide de soumettre à une validation la différence qu'il constate empiriquement entre les problèmes médicaux rencontrés au contact de la population et les pratiques hospitalières qui fondent l'enseignement des médecins. Il réalise une étude statistique au long cours de la pathologie qu'il rencontre dans sa pratique quotidienne; il prend en compte ses propres résultats diagnostiques en respectant strictement les règles d'exhaustivité, de sélectivité et de dénomination en vue d'une classification. Seules sont comparées les fréquences de ses cas, année par année. Ainsi, en 1957, Braun peut publier son premier ouvrage, dans lequel il propose un tableau statistique où sont réparties les 30 987 situations morbides correspondantes à ces dix premières années de pratique. De ce tableau, il ressort que la pathologie forme une liste de 117 rubriques bien individualisées. Pendant les sept années de plein exercice retenues pour l'analyse

épidémiologique, la prévalence de chaque entité appartenant à chacune des rubriques se révèle sensiblement identique d'une année à l'autre et d'un lieu d'exercice à l'autre, à quelques exceptions épidémiologiques près. Par ailleurs, en comparant ses résultats avec des travaux britanniques de l'époque, Braun remarque que les taux de prévalence annuelle moyenne sont similaires aux siens, chez des praticiens exerçant dans des conditions et un environnement analogue.

Sa première conclusion fut donc de dire qu'en médecine générale, il existe bien un ensemble d'entités morbides de fréquence régulière, identifiables et pouvant être classées dans des rubriques distinctes. Ce fait qu'il venait de dégager, Braun le nommera en 1955: **«Loi de répartition régulière des cas»**. Et c'est cette loi qui va ouvrir un large champ de réflexion et de recherche en médecine générale, car elle présuppose que la démarche diagnostique apparemment empirique et intuitive du praticien, répond à une règle interne et implicite qu'il faudrait décoder. Cette loi sera confirmée secondairement par les travaux de Landolt-Theus [9] et Andral [10].

VERS UNE CLASSIFICATION DE LA PATHOLOGIE RENCONTREE EN MEDECINE GENERALE

Désireux de faire fructifier ce travail, Braun va souhaiter créer une classification des entités identifiées. Dans un premier temps, il va comparer chacune de ses rubriques avec celles disponibles dans la classification internationale des maladies (CIM) [11]. Le constat est net : la confrontation montre que dans la majorité des cas, la démarche du médecin généraliste n'atteint pas, car ne nécessite pas, un diagnostic médical complet au sens étiologique. Braun montre alors que le médecin généraliste, dans sa démarche diagnostique, identifie des entités morbides suffisantes pour lui permettre une démarche thérapeutique, compatibles avec les contraintes d'un relevé statistique mais qui sont incompatibles avec la CIM, l'Organisation mondiale de la santé, depuis 1948, proposant l'étiologie comme critère d'information le plus utile à coder les causes de décès et les maladies mortelles.

Braun est alors confronté à une rude tâche : celle de mettre en place un système de données permettant la confrontation avec la CIM, en élaborant des critères de sélection

aussi clairs que ceux d'autres spécialités et en dégagant des variables essentielles à l'individualisation de chaque entité morbide en médecine générale. Près de quatre décennies de relevés épidémiologiques et de travaux personnels seront nécessaires pour élaborer les outils conceptuels permettant une convergence entre sa classification et la CIM.

LE CONCEPT DE RESULTAT DE CONSULTATION AU DETRIMENT DU DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Il va établir un rapport étroit entre la pratique médicale de terrain et l'élaboration progressive de critères de classification qu'il rencontre. Ainsi, dès 1957, il fait le constat qu'il se trouve souvent devant des cas ne pouvant être attribués à une rubrique, la certitude du cas étant la plupart du temps absente. Ce concept de diagnostic non complet, qui introduit le critère du risque d'évolution grave évitable (traduction par O. Rosowsky de l'expression « *abwendbar gefährlicher Verlauf* » [12], va être nommé par Braun, **le résultat de consultation restant ouvert (« *der Fall bleibt offen* »)** [2] ; en 1970, il publie un manuel d'enseignement dans lequel il explique que :

« Dans la pratique généraliste, il ne s'agit pas de savoir comment désigner au départ des cas pour lesquels on découvrirait ensuite après une maladie déterminée. Au premier abord il importe plutôt, devant un tableau sémiologique donné, d'affecter le bilan d'une étiquette qui réserve une ouverture optimale sur l'ensemble des perspectives » [13].

Il propose 2 axes de classification :

- Le premier, structurel, comporte d'un côté les 3 catégories d'équivalence évaluant le degré d'ouverture diagnostique : le symptôme isolé, le groupe de symptômes, le tableau de maladie et d'un autre côté le diagnostic complet.
- Le second, d'ordre conjoncturel, répartit les rubriques en douze fenêtres.

La parution de ce manuel a pour effet de rendre publique une problématique qui restait confinée en Allemagne jusqu'alors. Jusqu'aux années 1970, Braun avait travaillé en chercheur isolé. Sa démarche relevait d'un seul observateur, il fallait donc vérifier dans

quelle mesure les rubriques, qu'il avait mises à jour, renvoyaient à une nosographie établie et reconnue plutôt qu'à une construction personnelle. Sa première précaution fut de veiller à ce que chaque chercheur utilise sa nomenclature et seulement celle-ci pour désigner les cas, puis il commença à collecter le relevé de plusieurs praticiens.

La comparaison des protocoles diagnostiques devant des problèmes identiques lui permirent de constater l'absence de différences significatives entre les praticiens. C'est ce qu'il présenta dans son ouvrage « Programmes diagnostiques en médecine générale » qu'il publia en 1976 [14].

Il proposa aussi un programme diagnostique standardisé : d'abord un bref exposé des circonstances où le cas se présente, puis un questionnaire pour l'interrogatoire et l'examen clinique ; l'objectif était de dépister les principales entités morbides concurrentes et les risques d'évolution grave évitables propres à ces entités.

Désormais, Braun disposait d'un ensemble d'outils permettant à d'autres observateurs de procéder à la vérification de ses propres données. Ainsi, sous son influence, de nombreux praticiens à travers l'Europe réaliseront, à leur tour, des relevés statistiques de leurs propres cas, sur plusieurs années, qui aboutiront aux mêmes conclusions : **les résultats diagnostiques en médecine générale ont un caractère incertain et incomplet.**

LA KASUGRAPHIE [3,12]

L'ensemble de ces travaux, associés à l'élaboration de définitions pour chaque désignation diagnostique dès que la certitude étiologique fait défaut, vont aboutir à la publication en 1992, par P. Landolt-Theus, chercheur suisse et H. Danninger, d'un outil de classification développé et achevé sous la direction de Braun, s'intitulant, en allemand, la KASUGRAPHIE. Celle-ci est bien l'aboutissement d'une recherche rigoureuse, d'une durée exceptionnelle de vingt-six ans.

La Kasugraphie, c'est la désignation des cas de fréquence régulière dans la pratique généraliste.

306 « cas » sont présentés selon un schéma-type :

- Plaintes et Circonstances
- Résultats de l'examen
- Position sur un axe d'ouverture diagnostique selon deux modalités
 - Classification (symptômes, groupe de symptômes, tableau de maladie)
 - Diagnostic
- Evolution, durée
- Exemples de résultats de consultation concurrents et risques d'évolution grave évitables

Le schéma standard ne représente pas la forme véritable des objets mais leur fonctionnement avec une grande simplicité. Pour chaque cas, les critères d'inclusion retenus entraînent l'adoption d'un cadre nosologique pondéré par une position d'ouverture diagnostique que l'on appelle le résultat de consultation (RC). Puis sont mentionnés les principaux RC concurrents et les Risques d'évolution grave évitables. Ainsi, il en résulte une logique de conclusion diagnostique fondée sur une position de veille : le guet, pour ainsi dire, comme garant de la réfutabilité.

B.LES TRAVAUX DE LA SFMG

1- Historique

En 1983, pour la 1^{ère} fois en France, la Société Française de Médecine Générale, sous la direction de Bernard Vincent, utilisait la méthode de R.N. BRAUN pour colliger la morbidité observée en médecine générale. Ce travail a amplement démontré que "les motifs de contact", souvent appelés "motif de consultation", n'étaient qu'un leurre pour l'épidémiologiste et que toutes les situations pathologiques devaient être soigneusement définies pour éviter la dispersion des termes utilisés par les praticiens.

Soucieuse de créer un langage commun standardisé propre à décrire la pratique des soins primaires, la SFMG a élaboré le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC)

[4]. Un premier contrat de recherche entre celle-ci et l'Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) avait permis de commencer une réflexion sur ce sujet ; puis une autre convention avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs Salariés (CNAMTS) a permis en 1996 de valider 200 définitions de résultats de consultation et positions diagnostiques. Depuis cette première édition, plusieurs mises à jour ont été réalisées, la dernière datant de 2010. [5]

2- La théorie professionnelle du DRC, initiée par Braun

Prendre une décision médicale passe par la compréhension des situations d'incertitude auxquelles est confronté le médecin. De ce point de vue, la situation du médecin généraliste est très différente de celle du spécialiste. Pour ce dernier, la démarche diagnostique, grâce à la mobilisation de compétences et de techniques spécialisées, va aboutir, le plus souvent, à l'identification de la cause première des troubles de santé présentés par le patient. A contrario, de nombreux travaux en médecine générale attestent maintenant que ce n'est que dans 30% des cas tout au plus que le médecin va aboutir à un diagnostic prouvé en fin de consultation [1,15,16,17,18].

Partant de ce constat, la première étape de sa démarche professionnelle consiste donc à qualifier la situation clinique, afin d'élaborer une procédure décisionnelle adaptée : c'est l'objet du Dictionnaire des Résultats de consultation de la SFMG. La médecine générale, comme toutes les autres spécialités, a besoin d'un langage propre pour modéliser les processus de décision et les situations diagnostiques concrètes rencontrés dans la pratique professionnelle.

Ainsi, face à la fréquence de l'incertitude diagnostique, le médecin pour prendre ses décisions, doit quantifier sa certitude clinique. Toujours précise, celle-ci sera plus ou moins ouverte. C'est-à-dire plus ou moins proche d'un diagnostic certifié.

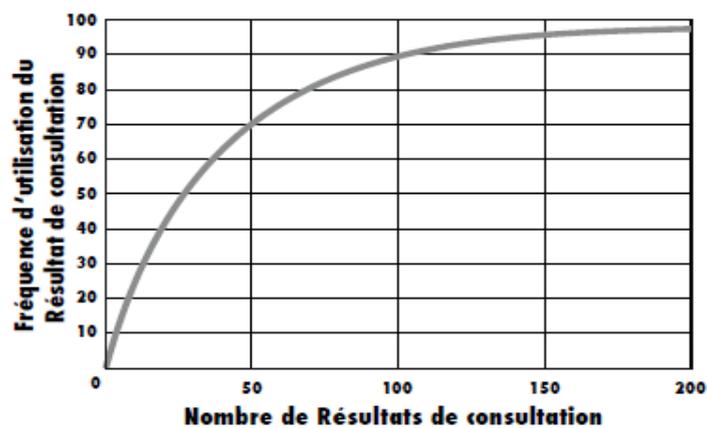
Le Résultat de consultation, comme "diagnostic" de médecine de premier recours, est donc bien plus que le motif de consultation, mais n'est pas pour autant une hypothèse diagnostique.

Le dictionnaire permet au médecin de relever par le RC, la **certitude clinique** (le plus haut niveau de preuve) qu'il a en fin de séance, en fonction des éléments en sa possession au moment de la consultation. Le RC décrit le "problème" que le médecin prend en compte (qu'il a à résoudre) pendant la séance (consultation ou visite).

Extrait du Dictionnaire des Résultats de consultation –DRC 2010 – page VIII

3- Le dictionnaire des résultats de consultation (1)

Le DRC n'est pas une classification, mais une nomenclature, "ensemble des termes techniques d'une science" classés par ordre alphabétique. Il permet au praticien de retrouver facilement les 277 termes qu'il utilise le plus souvent dans son exercice quotidien. Les 150 dénominations les plus fréquemment utilisées représentent plus de 95 % de l'ensemble de la pathologie prise en charge en médecine générale [19]. Elles sont, pour la plupart, commune à tous les médecins et concernent principalement des situations sémiologiques mal définies, pour lesquelles il existe, quand le praticien n'utilise pas le DRC, une grande disparité quant à leur dénomination (figure n°1).



Les 30 premiers Résultats de consultation représentent un peu plus de 50 % de notre activité médicale.

Figure n°1 : Part des RC dans la pratique du médecin généraliste (1)

En vertu de la "Loi de répartition régulière des cas", tout praticien exerçant la médecine générale dans des conditions similaires doit s'attendre à les retrouver de façon régulière, pourvu qu'il les désigne, toujours de la même façon.

Le DRC ne répond pas seulement à une nécessité de langage commun, mais à une triple exigence de rationalité (modéliser l'information), de transparence et de justification. De même, la correspondance de chaque définition avec un ou plusieurs codes de la CIM-10 est la garantie d'un langage transversal et international commun à toutes les spécialités médicales. Il présente un intérêt médico-légal évident par le fait que l'ensemble des informations objectives et médicalement pertinentes figurent dans le dossier, datées et consultables des années durant. Enfin, il a un intérêt déontologique et réglementaire car il constitue un langage informatique invariable, facilement récupérable en cas de changement de logiciel métier, démarche fréquente en médecine générale.

Le Résultat de Consultation et sa position diagnostique

Comme on l'a vu précédemment, Braun définissait deux entités différentes : le diagnostic et les classifications praticiennes. Pour des raisons de commodité, la SFMG a pris l'habitude de rassembler les deux sous la même notion de "Résultat de Consultation". Il s'agit de la traduction littérale du mot allemand « Beratungsergebnis » qui correspond, en fait, à la conclusion diagnostique du praticien. Il n'est donc pas synonyme de « motif de consultation », la SFMG ayant toujours, sous la plume de Bernard Vincent [20], mis en garde contre ce terme imprécis et pas nécessairement exprimé par le patient et dont l'ambiguïté rend caduque toute tentative d'analyse.

Le dictionnaire permet de relever, par le RC, la certitude clinique "temporaire", c'est-à-dire celle qu'il a en fin de séance, en fonction des éléments en sa possession au moment de la consultation. Le RC décrit le "problème" que le médecin prend en compte pendant la séance, à laquelle il va affecter une position diagnostique symbolisée par une lettre :

- **A** pour classification par symptôme cardinal
- **B** pour classification par syndrome ou groupe de symptômes
- **C** pour classification par dominance ou tableau de maladie
- **D** pour un diagnostic certifié

Le concept de "position diagnostique" est l'axe principal de la théorie professionnelle de Braun. Ces quatre positions n'ont pas de valeur hiérarchique. Elles sont équivalentes en tant que certitude clinique en fin de séance mais elles définissent le degré d'ouverture diagnostique de la situation clinique. Elles viennent en somme pondérer la conclusion du praticien, afin que celui-ci conserve à l'esprit qu'il est bien, dans au moins deux tiers des cas, devant un état non caractéristique. Cette notion d'ouverture est primordiale puisqu'elle délimite les contours de l' "espace de liberté" laissé au médecin dans la décision (la position D restreignant au maximum cet espace, le diagnostic étant fait) [2]. Il peut prévoir de revoir le patient plus tôt, de l'hospitaliser, de prescrire des examens complémentaires ou de faire usage de l'épreuve du temps.

Les critères d'inclusion et les compléments sémiologiques

Les critères d'inclusion correspondent à l'expression strictement nécessaire et suffisante pour relever la situation clinique. C'est l'élément taxinomique du RC. Ils permettent une bonne discrimination entre deux RC. Par-là, ils définissent la position diagnostique, c'est-à-dire le degré de certitude auquel le praticien parvient en fin de consultation.

Les compléments sémiologiques ne sont pas nécessaires pour le choix du RC ; ils permettent cependant de mieux décrire l'observation, de documenter le dossier médical, d'affiner la position diagnostique, de participer à la démarche décisionnelle et d'assurer une correspondance plus détaillée avec la CIM-10 (figure n°2).

DÉFINITION	
++1	BRÛLURE ÉPIGASTRIQUE REMONTANT VERS LA GORGE (PYROSIS)
++1	RÉGURGITATIONS SANS EFFORT APPARENT (REFLUX)
++1	CESOPHAGITE CONFIRMÉE PAR LA FIBROSCOPIE
++1	stade 1 : érythémateuse
++1	stade 2 : ulcérée
++1	stade 3 : sténosée
+ -	favorisée(s) par certaines positions (procubitus ou décubitus dorsal)
+ -	survenant en période post-prandiale
+ -	rejet (surtout pour les nourrissons)
+ -	pituite (rejet à jeun au lever, d'un liquide aqueux, surtout pour l'alcoolique).
+ -	gêne pharyngée
+ -	toux
+ -	hoquet, éructation
+ -	douleur thoracique postérieure

Figure n°2 : Exemples de critères d'inclusion et de compléments sémiologiques pour le RC « REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE »

Les « Voir Aussi » et le Code Suivi

Les "Voir Aussi" sont une aide à l'utilisation du dictionnaire. Constitués exclusivement de titres de RC présents dans le dictionnaire, ils aident le praticien à vérifier qu'il ne s'est pas trompé de dénomination. Cette liste contient uniquement des RC concurrents, les plus proches sémiologiquement. Pour chaque RC, la liste se fait uniquement à partir des critères d'inclusion et non pas à partir des compléments sémiologiques.

VOIR AUSSI
ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE
DYSPHAGIE
DIARRHÉE – NAUSÉE – VOMISSEMENT
ÉPIGASTRALGIE
GASTRITE CHRONIQUE
HERNIE HIATALE
PRÉCORDIALGIE
ULCÈRE DUODÉNAL
ULCÈRE GASTRIQUE

Figure n°3 : Liste des « Voir Aussi » du RC « REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE »

Le **Code Suivi** a été introduit par la SFMG secondairement en 1987 [16]. Il permet au médecin de prendre en compte l'histoire de la maladie et le déroulement de l'épisode de soin. L'utilité est avant tout épidémiologique en liant ou non des RC identiques successifs et en permettant de produire l'incidence et la prévalence des différentes prises en charge. Il existe deux codes suivis : un N pour nouveau cas et un P pour un cas persistant. Il existe également un code R en cas de révision secondaire pour un RC plus caractéristique [21].

Ainsi chaque RC comporte, un titre, une définition (avec des critères d'inclusion, des compléments sémiologiques), une ou des positions diagnostiques, une liste de "voir aussi" et un ou des codes CIM10 (figures n°4).

DÉFINITION

- ++1 | BRÛLURE ÉPIGASTRIQUE REMONTANT VERS LA GORGE (PYROSIS)
- ++1 | RÉGURGITATIONS SANS EFFORT APPARENT (REFLUX)
- ++1 | ŒSOPHAGITE CONFIRMÉE PAR LA FIBROSCOPIE
 - ++1 | stade 1 : érythémateuse
 - ++1 | stade 2 : ulcérée
 - ++1 | stade 3 : sténosée

- + - favorisée(s) par certaines positions (procubitus ou décubitus dorsal)
- + - survenant en période post-prandiale
- + - rejet (surtout pour les nourrissons)
- + - pituite (rejet à jeun au lever, d'un liquide aqueux, surtout pour l'alcoolique).
- + - gêne pharyngée
- + - toux
- + - hoquet, éructation
- + - douleur thoracique postérieure

- + - récidive

- + - asymptomatique

RISQUE(s)

ALCOOLISME
 ASTHME
 CANCER DE L'ŒSOPHAGE
 ENDOBRACHYŒSOPHAGE
 INFECTION ORL ET BRONCHIQUE
 TROUBLE CORONARIEN
 ULCÈRE GASTRIQUE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A, D

VOIR AUSSI

ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE
 DYSPHAGIE
 DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT
 ÉPIGASTRALGIE
 GASTRITE CHRONIQUE
 HERNIE HIATALE
 PRÉCORDIALGIE
 ULCÈRE DUODÉNAL
 ULCÈRE GASTRIQUE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

L'expression « reflux gastro-œsophagien » étant communément retenu, le mot « reflux » est placé en premier dans le titre afin de permettre aux utilisateurs de retrouver rapidement la définition.

Le terme de pyrosis, du grec *pyros*, caractérise les brûlures dont souffre le patient, occasionnées par le reflux et les régurgitations.

L'œsophagite est de plus en plus authentifiée, il a donc été décidé, lors de la mise à jour du dictionnaire, de rajouter œsophagite dans la définition qui s'appelait avant PYROSIS-REFLUX. Jusqu'alors l'œsophagite devait être relevée en DHL.

Critères d'inclusion

Trois entrées possibles dans la définition :

- soit par une douleur épigastrique (le plus souvent à type de brûlure),
- soit par des régurgitations, qui se font sans effort apparent, ce qui les distingue des vomissements,
- soit par l'œsophagite, après une fibroscopie.

Compléments sémiologiques

Ils permettent d'enrichir le tableau clinique, d'orienter d'éventuelles explorations ou encore de préciser la cause des douleurs.

Le « rejet » est l'extériorisation hors de la bouche des régurgitations. Il est souvent retrouvé chez l'enfant.

La pituite est un rejet à jeun au lever, d'un liquide aqueux. Il est souvent retrouvé chez l'alcoolique.

Voir Aussi

HERNIE HIATALE : ne peut être affirmée que sur les examens complémentaires.

VOMISSEMENT : se fait avec des « efforts » contrairement à la régurgitation.

Ni spécifiques, ni pathognomoniques, les signes associés, les infections respiratoires à répétition, les douleurs pseudo-angineuses, l'asthme, seront relevés séparément.

Position(s) diagnostique(s)

- A : Dans tous les cas (pyrosis ou reflux) sauf
- D : Si le critère œsophagite est relevé.

CORRESPONDANCE CIM - 10

- K21.0 : Reflux gastro-œsophagien avec œsophagite
- K21.9 : Reflux gastro-œsophagien sans œsophagite
- K22.1 : Ulcère de l'œsophage
- K22.2 : Obstruction de l'œsophage
- R12 : Pyrosis

Figure n°4 : Exemple de Résultat de consultation

C. LA NOTION DE RISQUE EN MEDECINE GENERALE

1- Der Abwendbar Gefährliche Verlauf [6,7,8]

Robert N. Braun a développé la notion de risque à partir de sa théorie professionnelle dans son ouvrage « Pratique, Clinique et Enseignement de la médecine générale », traduit et publié sous les auspices de la SFMG en 1979. On y trouve de nombreuses réflexions, décrivant la problématique qu'il a conceptualisée. A travers ses écrits, il éclaire sa notion du risque. Il aborde tout d'abord le problème d'une formation universitaire mal adaptée aux futurs praticiens en médecine générale :

« Au sujet de la médecine praticienne : le nombre de troubles de santé dans une population est si grand que même dans les régions de civilisation avancée, on ne peut en soigner qu'une petite fraction. La part de la médecine hospitalière dans cette fraction s'élève à 5% ; elle correspond à l'enseignement universitaire... »

«... Le médecin praticien apprend la pratique de la médecine sur des cas que plus tard, il ne traitera pas, mais adressera au domaine spécialisé. Il apprend ainsi ce qu'il ne fera pas. Par contre, il n'apprendra rien encore de la manière de penser qui devra être la sienne. Il arrivera donc mal équipé dans le champ principal de l'activité médicale...»

Celle-ci entraîne une hétérogénéité des soins par manque de formalisation :

« La masse des cas reçoit des soins médicaux différents : elle est soignée selon des méthodes très diverses, développées à un niveau individuel et inconscient et découlant des contraintes subies par les praticiens manquant de toute préparation à cette tâche...»

Stigmatisant ces problèmes, il nous amène à comprendre les aspects tout à fait singuliers de la médecine générale :

« Si, déjà, on est obligé actuellement, dans le principal secteur médical, de pratiquer une médecine empirique, individuelle et rapide, le type de médecin répondant à une telle tâche sera plutôt celui qui possédera des connaissances larges et générales que celui dont les connaissances sont profondes et focalisées... »

« Ce qui, en fin de compte, importe en médecine, c'est l'efficacité du médecin moyen dans son action pour le malade moyen... »

« Un médecin praticien n'est pas omniscient et ne le sera jamais. Le praticien moyen ne dispose pas du temps pour interroger et conseiller son cas moyen d'une façon scientifiquement scrupuleuse et il ne l'aura jamais... »

Après avoir montré les contraintes imposées au praticien et la singularité de son exercice, Braun en arrive à démystifier le concept de diagnostic, comme préalable à toute décision médicale :

« 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 syndrome pathognomoniques c'est à dire permettant de déterminer une maladie sans équivoque et donc faciles à saisir sont extrêmement rares... »

" En médecine praticienne, ce qui importe, c'est moins la désignation que le médecin choisit dans chaque cas particulier que l'appréciation – décisive elle – portant sur l'ensemble de la situation diagnostique : les réflexions sur ce qui lui a été indiqué et ce qu'il aura décelé... "

Ouvrant la voie à l'incertitude diagnostique, Braun nous amène à évoquer le « risque » de toute consultation :

« Le risque principal consiste en médecine praticienne, comme d'ailleurs dans la médecine en général, dans le fait de ne pas reconnaître à temps l'évolution critique évitable d'une maladie... »

« Une première consultation praticienne aura donc raisonnablement à chercher d'abord, à tenir compte, sur le plan diagnostique, des évolutions critiques des maladies somatiques pour, dans la mesure du possible, pouvoir les exclure ou les déceler...».

Il introduit ici la notion d'évolution critique évitable [12], qui est la traduction littérale de l'expression allemande « Der Abwendbar Gefährliche Verlauf ». Il place cette notion au centre de sa théorie professionnelle et insiste alors sur le renversement de la démarche diagnostique :

« Au sujet de la présence de signes et (ou) de symptômes typiques, il y aurait lieu de noter en plus qu'en présence de telles caractéristiques, il faudra d'abord essayer de classer le cas dans la catégorie d'un tableau de maladie type : de violents vomissements après un repas copieux par exemple, peuvent guider vers une classification de gastrite.

Mais, dès qu'on aura réalisé une adaptation satisfaisante à un tableau classique type, la conduite diagnostique devra s'inverser et il faudra à présent exclure, dans toute la mesure du possible, les évolutions critiques évitables les plus importantes pouvant présenter l'aspect d'une gastrite »

En somme, la fonction première du praticien sera non pas de trouver le résultat de consultation adapté à la situation clinique, mais plutôt, dans un premier temps, de s'interroger sur les situations critiques d'une autre maladie qui pourraient "imiter" la symptomatologie observée. Braun montre ici que le risque concerne le praticien dans le développement de sa démarche diagnostique et que ce risque peut avoir des conséquences sur le patient. Mais il met aussi en garde sur la persistance d'un risque quel que soit le caractère plus ou moins caractéristique du tableau clinique initial :

« La démarche diagnostique praticienne tente pour le cas de fièvre mal définie, d'éliminer, dans une proportion déterminée par l'expérience, certaines maladies et principalement des maladies à décours critique. Cette démarche, le praticien s'y livre conscient de son irrémédiable

manque de rigueur. Ceci fait, on restera dans l'expectative et on laissera le cas ouvert...

S'il existe des signes caractéristiques, la diagnose praticienne peut oser conclure à une maladie ou à un groupe de maladies dont l'idée s'impose. Le praticien doit cependant rester conscient du fait qu'un tableau tout à fait typique peut être provoqué par l'évolution atypique d'une autre maladie. En d'autres termes, la démarche diagnostique pour le tableau caractéristique doit être conduite dans le sens de la vraisemblance. Cependant, les mesures diagnostiques de sécurité et la réserve dans la désignation du résultat de consultation doivent être prises au sérieux au même titre que pour le cas absolument "ouvert..."»

Braun déduit de ce risque la nécessité de consigner les éléments de l'examen dans ses "tabula diagnostica" ou "tables d'examen standard" dans les cas non caractéristiques et s'appuie sur les "démarches diagnostiques programmées" [7]. Celles-ci, selon lui, permettraient au praticien d'agir rationnellement et, ainsi, d'effectuer des progrès tangibles dans son exercice quotidien de maîtrise du risque, à défaut d'annuler tout risque.

« Toujours tenter de conclure à un tableau caractéristique puis si la conclusion n'est pas possible, tenter d'exclure une évolution dangereuse à prévenir et enfin classer le cas dans le résultat de consultation correspondant... »

« 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, un cancer débutant etc. »

« Le fait d'agir rationnellement permet naturellement dans certains cas d'établir le diagnostic exact et exceptionnellement de déceler des "évolutions critiques évitables" au stade ou aucun autre trouble n'est encore manifeste. Il y a ainsi pour toute fonction médicale une ligne de

démarcation traversant les évolutions critiques évitables ; ce qui se trouve "en dessous de la ligne " est perdu – c'est le risque »

« Il est évident que des lignes de conduite pour la pratique du diagnostic en consultation praticienne "condamneraient" en quelque sorte certains patients "à mort", c'est à dire les cas qui "tombent sous la ligne".

« Si nous agissons de façon réaliste, en nous efforçant de réduire notre risque autant que faire se peut, le nombre de "condamnations à mort" déclarées ouvertement sera certainement bien moins important que celui des "condamnations silencieuses" qu'entraîne actuellement la médecine empirique individuelle.

En somme, on pourrait résumer ainsi la démarche diagnostique de Braun:

Toujours tenter de conclure à un tableau caractéristique puis si cela n'est pas possible, tenter d'exclure une évolution dangereuse potentielle et alors seulement, classer le cas dans le résultat de consultation correspondant. Le médecin restera en position ouverte même dans le cas d'un tableau caractéristique.

2- La SFMG et la notion de risque [4,6,22]

Au sein de la SFMG, la notion de "Risque évitable" encore appelé "risque à prendre en compte" a été développée à la suite de Braun lors des premiers travaux sur le Dictionnaire des Résultats de Consultation en 1991, qui portait alors le nom de "Lexique des Résultats de Consultation". Il était compris dans le sens du risque auquel il fallait penser devant tel ou tel résultat de consultation. C'est ainsi que devant le RC «PLAIE », il était bon de penser au risque de tétanos ; devant un bouchon de cérumen, on devait "se méfier" d'une perforation tympanique cachée derrière le bouchon ; une balanite devait "faire penser" à un diabète.

Ainsi ce "Risque évitable" était-il devenu une sorte de pense-bête : il fallait penser à tel élément devant un RC donné.

A partir de 1994, la SFMG abandonnait d'ailleurs cette notion de "Risque évitable", estimant qu'il n'avait rien à voir avec la définition propre d'un RC et devrait être traité ultérieurement.

Les travaux communs menés en janvier 2000 avec le groupe IMAGE de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) ont donné un autre éclairage à cette notion de risque. La traduction française de la Kasugraphie de Braun, réalisée par Oscar Rosowski [12], faisait état de "Risque d'Evolution Grave Evitable", sous l'acronyme de REGE. Plusieurs exemples tirés de la Kasugraphie montraient bien que cette notion de REGE était beaucoup plus large et que sa signification était différente de celle du simple "risque évitable" évoqué initialement.

Cependant, malgré les difficultés de définition du risque, la SFMG a adapté la théorie du risque initiée par Braun, afin de l'inclure dans le DRC. Voici le texte actuellement en vigueur, définissant le risque dans le DRC:

*La fonction première du praticien n'est pas de "trouver" immédiatement le résultat de consultation adapté à la situation clinique. C'est plutôt, dans un premier temps, de s'assurer que les troubles de santé présentés par son malade ne sont pas **les symptômes d'une maladie grave dont l'évolution péjorative pourrait être évitée par une intervention médicale urgente adaptée : c'est la définition du « risque évitable».***

Il est vrai que la majorité des problèmes de santé concerne des événements relativement bénins. Mais dans une minorité de cas, les symptômes évoluent de façon dramatique. Déceler une évolution critique évitable au stade où aucun autre trouble n'est encore manifeste est le rôle essentiel du médecin.

Dans le même temps, le praticien sait aussi qu'il n'est pas nécessaire de mener une démarche poussée d'investigations complémentaires, dès lors qu'il a soigneusement éliminé (mais gardé en mémoire) ces risques par un examen attentif. Si un doute persiste, deux solutions sont possibles :

- soit l'envoi au service d'urgence qui va fonctionner comme un centre diagnostique,*
- soit l'utilisation du facteur temps : à savoir que, suivant sa disponibilité, les moyens de transmission à disposition, et la capacité du patient ou de sa famille à*

les utiliser, il est possible de réévaluer la situation 6, 12 ou 24 heures plus tard et de mettre en route d'autres procédures.

C'est pourquoi chaque définition comporte une liste de « Risques », qui a une double fonction :

Avant le choix du RC, celle d'évoquer l'évolution grave, voire mortelle d'une maladie pouvant « imiter » les critères d'inclusion du cas observé.

Après le choix du RC, celle de participer à la décision : c'est l'un des déterminants de l'espace de liberté, en s'aidant :

- de la probabilité de ces diagnostics dans la population observée,
- de l'intensité des troubles, de leur durée d'évolution,
- du contexte (âge, sexe, comorbidité, profession, antécédents personnels et familiaux...),
- des compléments sémiologiques du RC choisi.

Ces facteurs permettent de contextualiser la liste des « risques évitables », en éliminant certains et en appréciant les autres par ordre de fréquence.

3- La problématique du travail

L'expression, adoptée par R.N. Braun sous l'acronyme « AGV » est toujours restée pour la SFMG d'interprétation difficile. D'une part, en raison de la traduction délicate de l'allemand, d'autre part en raison de sa signification exacte.

La question sur ce concept de Risque est en discussion depuis 1999, après un travail commun avec le Centre de recherche en économie et gestion appliquées à la santé (CREGAS INSERM U537) et le groupe Image de l'École Nationale de Santé Publique (ENSP) qui avait pour objectif de rapprocher la Kasographie de Braun et le DRC de la SFMG. Un rapport intermédiaire en février 2000 n'avait d'ailleurs pas permis un rapprochement parfait (3).

Au cours d'un séminaire commun avec des médecins autrichiens, le 10 octobre 2003, cette notion de Risque avait aussi été évoquée, sans qu'aucune conclusion commune n'ait pu être apportée.

A la SFMG, le secrétariat du Département du DRC, chargé de préparer les mises à jour du dictionnaire, s'est penché sur le problème à plusieurs reprises et de nombreux séminaires y ont été consacrés depuis le début des années 2000. En 2001, au cours d'un séminaire à Bagnolet, une définition avait été proposée [22] :

« Liste des maladies que peut évoquer le RC dont l'évolution rapidement grave, voire mortelle, peut être évitée par une intervention médicale adaptée »

Puis à Paris, en 2008, une définition encore plus synthétique avait été avancée :

« Pour un RC donné, on appelle risque, toute maladie grave qu'il faut évoquer avant d'entériner le choix de ce RC »

Mais un exercice pratique sur plusieurs RC n'avait pas permis de trouver de définition consensuelle parmi les participants.

Ainsi, en 2010, la SFMG reste dans l'impasse concernant la définition théorique et pratique du Risque à prendre en compte en médecine générale. Ceci l'empêche d'améliorer l'outil pratique qu'est le DRC, dans son objectif de gestion du risque.

4- Les objectifs du travail

L'objectif général de ce travail est de permettre au DRC de se doter d'une méthode fonctionnelle et fiable de gestion du risque pour le médecin de premier recours, afin d'améliorer l'efficacité de son action en faveur de ses patients.

Pour l'atteindre, il a été énoncé plusieurs objectifs opérationnels :

- Tenir une réflexion théorique sur la notion de risque en général, notamment en dehors du champ médical afin d'étudier les différentes définitions et méthodes existantes.
- Présenter une définition claire du risque en médecine générale en conceptualisant la démarche de réflexion du praticien et cerner les éléments engendrant un danger pour le praticien et son patient.
- Emettre une méthode d'analyse du risque, pratique et fonctionnelle, potentiellement intégrable au DRC, qui permettrait de produire pour chaque Résultat de consultation, une liste de « dangers » servant de garde-fou pour le praticien. Celle-ci permettrait d'orienter la démarche diagnostique du praticien, dans le but d'éviter l'évolution non contrôlée d'une maladie aux conséquences significatives.

L'intérêt ultérieur d'un tel travail serait de créer des démarches diagnostiques programmées pour chaque RC en fonction des dangers possibles. Ce qui tendrait, comme le souhaitait Braun, à la formalisation de la pratique médicale de premier recours.

Bien sûr, il faut rester prudent quant à l'intérêt d'un tel outil :

- il n'a pas pour objectif la déresponsabilisation médico-légale du médecin par rapport à sa démarche diagnostique et à une éventuelle plainte du patient. Il sert avant tout à aider le praticien dans sa démarche, dans l'intérêt du patient ;
- Il n'a pas non plus pour objectif d'éviter l'apparition d'une maladie en réduisant sa probabilité d'apparition ; il sert au praticien à cibler sa démarche diagnostique afin de déceler « à temps » une maladie potentiellement déjà présente. Il aide le praticien à protéger son patient des conséquences dommageables de la maladie. C'est alors un outil de prévention de l'évolution des conséquences d'une maladie non décelée et potentiellement grave.
- Il ne doit pas enlever à l'esprit du praticien que le risque « zéro » n'existe pas. La fiabilité d'un outil ne doit pas entraîner chez le praticien un sentiment de diminution du risque. De même qu'il n'a pas pour objectif d'automatiser la pratique du médecin, celui-ci devant conserver sa capacité de discernement dans sa démarche réflexive.

MATERIEL ET METHODE

Ce travail s'est déroulé en quatre temps successifs. Nous avons tout d'abord réalisé une revue de la littérature sur la notion de risque. Celle-ci s'est attachée à rechercher comment le risque était abordé en dehors du champ médical. Dans un deuxième temps, nous avons auditionné des professionnels, non médicaux et médicaux, experts du risque dans leur domaine. Puis, nous avons élaboré une définition du risque propre à la démarche du praticien utilisant le DRC et proposé une méthode de gestion de ce risque afin d'améliorer la démarche diagnostique du praticien entraînant une meilleure prise en charge des patients. Enfin, nous avons réalisé un test de faisabilité de cette méthode afin d'évaluer son efficacité.

A- Revue de la littérature

Le but de cette revue de la littérature était de développer une représentation plus générale du risque, en s'écartant de la représentation médicale dans laquelle on risquait de s'engouffrer afin d'aborder la réflexion théorique du risque dans sa conception fondamentale, sans a priori médicaux.

La recherche bibliographique s'est d'abord focalisée sur de nombreux ouvrages et publications traitant de la science et la théorisation du risque et des dangers, ainsi que sur les différentes méthodes d'analyse. Puis elle s'est orientée plus précisément vers des écrits spécialisés dans le domaine médical. Certaines lectures ont été d'un grand intérêt dans la conception de la définition du risque dans le DRC et l'élaboration de la méthode de gestion, elles sont développées ci-après :

1. Georges Jousse et son traité de riscologie [23]

Georges Jousse, est ingénieur à l'Ecole spéciale de mécanique et d'électricité (ESME-Sudria) et expert auprès de l'Agence Nationale pour la Valorisation de la Recherche. Il a assuré la direction opérationnelle de la gestion des risques et de la sécurité dans deux

grands groupes français avant de créer son propre cabinet d'ingénierie spécialisé en sûreté et sécurité hauts-risques qu'il dirige depuis dix ans. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages sur le risque.

Son « traité de riscologie, la science du risque » est le premier ouvrage complet sur le risque dont l'objectif est de fournir des outils pratiques pour résoudre les problèmes que rencontre inévitablement un gestionnaire de risques quel que soit son secteur d'activité. Il est composé de 4 parties.

La première partie : « Qu'est-ce que le risque », permet de découvrir la notion de risque, ses différentes natures, sa formation, sa définition scientifique. L'auteur ne se limite pas à ses origines techniques ou naturelles, un chapitre est consacré à l'approche accidentelle du risque.

La seconde partie : « Principe d'analyse », aborde la démarche méthodique et expose les principales méthodes générales et spécifiques d'analyse de risque.

La troisième partie : « Estimation et évaluation des risques », développe les difficultés de la quantification du risque et présente des méthodes opérationnelles y compris dans l'évaluation de l'erreur humaine.

Enfin, la quatrième partie : « Gestion des risques », traite de différentes méthodes d'approche décisionnelle permettant un choix raisonné des moyens à mettre en place pour maîtriser les risques.

Avec un peu de théorie et beaucoup de pratique, ce livre est un outil pédagogique utile à l'étude de la notion de risque et a permis d'assimiler les bases théoriques nécessaires à l'élaboration d'une méthode de gestion du risque du DRC.

2. Le groupe « MADS » et sa méthodologie [24,25]

La méthodologie d'analyse des dysfonctionnements des systèmes (MADS) est le résultat des travaux et des réflexions menées depuis 1980 par un certain nombre d'enseignants / chercheurs de l'IUT Hygiène-Sécurité-Environnement (HSE) de Bordeaux et d'ingénieurs du Commissariat à l'énergie atomique (CEA) dont les plus

illustres sont Michel Lesbats, Jean Dos Santos, et Pierre Périlhon. Le groupe MADS, ainsi constitué, va axer ses efforts dans l'émergence et la consolidation d'une science du danger au terme de réflexions sur une problématique commune d'appréhension des dangers, avec l'ambition de créer un pôle commun d'analyse et de compréhension des dangers, des risques et de leur prévention, dans des disciplines très variées. Il va définir la Science du Danger comme le corps de connaissances qui a pour objet d'appréhender des Événements Non Souhaités et va développer la notion de « processus de danger ».

Cette méthodologie, et ses outils généraux de réflexion, vont être d'un grand apport pour conceptualiser la notion de risque qui nous intéresse ici.

3. Jean Brami et René Amalberti, « la sécurité du patient en médecine générale » [26].

Jean Brami, médecin généraliste en exercice et René Amalberti, ancien professeur de physiologie du Val-de-Grâce et spécialiste de la gestion des risques ont publié en 2010 un ouvrage destiné au praticien en médecine générale qui montre comment, face à la complexité de la pratique médicale il est nécessaire d'intégrer la notion de sécurité des soins. Les auteurs appellent à une prise de conscience et à une identification des facteurs humains intervenant dans la construction du risque afin de les anticiper et de les optimiser par la mise en place de procédures d'autant plus inéluctables que la complexité de la pratique en médecine générale est constante.

Ils ont choisi une approche permettant de conceptualiser ce que le praticien réalise dans sa démarche quotidienne, en identifiant les déterminants de la décision médicale le plus souvent en « avenir incertain » et en repérant les indicateurs du risque.

Dans ce travail de thèse, cet ouvrage qui traite du risque en médecine de façon générale, a été très informatif, servant d'aide conceptuelle à l'élaboration d'une définition du risque qui nous intéresse ici, incitant à anticiper la survenue potentielle d'événements graves.

4. Autres lectures

De nombreuses lectures ont été faites tant dans le domaine global du risque que dans les écrits médicaux traitant de l'incertitude diagnostique et la décision médicale.

L'œuvre de R.N. Braun et son ouvrage publié sous les auspices de la SFMG « Pratique, Clinique et Enseignement de la Médecine Générale » [7] a servi de fil rouge à ce travail, afin de s'assurer de la concordance entre le concept de risque tel que Braun l'envisageait et l'analyse du système faite ici.

Le dictionnaire des Résultats de Consultation, outil créé par la SFMG et son précis d'utilisation [4] qui reprend les principes de Braun, a lui aussi servi de support à ce travail, qui a pour objectif d'en améliorer l'emploi.

Les différentes synthèses et présentations de Pierre Ferru [6,22,27,28,29], directeur du département de mise à jour du DRC et son équipe réalisées depuis dix ans et en charge de la question du risque au sein du DRC à travers le concept de Braun, ont été le support et le point de départ de la réflexion en montrant les différentes propositions et les interrogations restées sans réponse qui bloquaient le développement d'une définition théorique du risque.

Les travaux de médecins généralistes belges de l'Université catholique de Louvain et d'Anvers sur le processus suivi par les praticiens dans l'élaboration de diagnostics [30] a été une source d'inspiration à plusieurs titres : leur théorie, basée sur le modèle bayésien (jugements d'experts et connaissances à priori par expérience) comporte plusieurs points majeurs rappelant les notions introduites par Braun et reprises par la SMFG ; tout d'abord la notion de certitude clinique qui fait que le médecin gravit échelon par échelon une échelle de certitude dans sa démarche diagnostique. Un autre point traite des différents déterminants et arguments qui vont aiguiller le praticien dans sa démarche et introduit des notions de force probatoire, force excluante ou puissance d'un argument. Puis il est question du seuil d'action et d'exclusion d'un diagnostic en fonction des arguments en possession du praticien délimitant le champ de recherche diagnostique. Enfin, le dernier point, fort intéressant pour ce travail, traite du nombre d'hypothèses diagnostiques envisagées laissant le praticien en veille, et de la nécessité

d'en évaluer la gravité et la curabilité afin de leur accorder une importance plus ou moins grande.

Au sujet de la notion d'incertitude diagnostique et du risque de la démarche décisionnelle qui en découle, différentes articles ont étudiés la construction de cette démarche et les moyens de limiter les risques ; La question de l'incertitude diagnostique est majeure dans l'exercice médical et de nombreux auteurs ont traité ce sujet ; en voici plusieurs, non développés ici, qui ont contribué à cerner cette notion :

Le Docteur Bernard Grenier, professeur émérite de la faculté de médecine de Tours, par son livre « Evaluation de la décision médicale » [31] et l'article « Pourquoi analyser la décision médicale ? Ce qui a changé en médecine » [32] publié dans l'Encyclopédie Pratique de Médecine en 2002.

Les docteurs Gilbert Sanche et Nathalie Caire-Fon par leur article intitulé « Quand l'incertitude s'en mêle » [33] publié dans le magazine « le médecin du Québec » en 2010.

Philippe Abecassis et Philippe Batifoulier, spécialistes en économie de la santé et plus particulièrement sur les mécanismes de la décision, par leur article « Comment penser l'incertitude médicale à l'aide des probabilités ? »[34] publié en 1998.

Philippe Abecassis seul, par son article « incertitude médicale et processus de décision » [35] présenté lors du séminaire du Groupe de Recherche Angevin en Economie et Management en novembre 2009

Le chapitre « Décision, risque et incertitude en santé : exposé liminaire » [36] de Marie-Odile Carrere et Gérard Duru dans l'ouvrage intitulé « Dix ans d'avancée en économie de la santé » sorti en 1997, de Jean-Claude Sailly et Thérèse Lebrun.

L'ouvrage « Risque et pratiques médicales », publié en 2010 et fruit de l'objectif commun des chercheurs du comité de recherche « Sociologie de la santé » de l'Association internationale des sociologues de langue française (AISLF) et du groupe de recherche « Innovations et sociétés » (GRIS) de l'université de Rouen [37].

Ces réflexions globales sur le processus décisionnel en médecine, vont guider la construction de la méthode de gestion du risque du DRC qui est l'objet ici.

B- L'audition des experts du risque

Le but de ces auditions était de recueillir les avis et expériences croisées de professionnels médicaux et non médicaux qui ont une habitude pratique du risque.

1. Experts non médicaux

Nous avons d'une part rencontré deux experts non médicaux du risque :

Tristan DEBELLE est depuis 2007, coordinateur de la sécurité des procédés à la direction HSE (hygiène, sécurité et environnement) de la branche Raffinage et Marketing de l'industrie TOTAL. Après une formation orientée sur le risque industriel en étudiant la mécanique des fluides appliquée à l'environnement, il réalise une mission en 2003, à Roditech, filiale d'ingénierie et de technologie de Rhodia, leader mondial de produits chimiques de spécialité au sein du département « sécurité des procédés ». De 2003 à 2007, il dirige la cellule « analyse et quantification des risques » dans le cabinet ODZ consultants à Lyon avec, comme objectif, l'élaboration et la gestion de méthodologies de calcul dans la modélisation d'accidents industriels. Chez TOTAL, il est actuellement en charge de l'élaboration des plans de prévention des risques technologiques et la définition de méthodologies applicables dans le cadre de l'étude des dangers.

Florent JABOUILLE est directeur du Département de Gestion du risque à l'Institut des Risques Industriels, Assurantiels et Financiers (IRIAF) à Niort et maître de conférences chargé de cours de gestion du risque chimique pour des étudiants en Master professionnel (Bac +5). Il a une activité de recherche importante, notamment dans le domaine de la gestion des risques liés au devenir des déchets solides qu'il l'a amené à émettre, avec son équipe, plusieurs publications sur ce sujet. Il a, par ailleurs, participé à plusieurs congrès et conférences sur « la gestion des déchets et développement durable » et sur « la gestion globale des risques en PME ».

2. Experts médicaux

Puis, deux médecins généralistes de la Société Française de Médecine Générale qui sont médecins en exercice et qui réfléchissent depuis plusieurs années sur cette notion de risque.

L'entretien avec Didier DUHOT, Directeur des Département des Publications Scientifiques et des Relations Internationales à la SFMG, a permis de faire évoluer la notion d'incertitude diagnostique [38,39] et de faire le lien existant avec le processus décisionnel.

Pierre FERRU, Directeur du Département du DRC ainsi que son équipe au sein de la SFMG, ont contribué au développement de cette définition et de cette méthode au travers des nombreuses réunions réalisées depuis deux ans. Ces réunions, entrant dans le cadre de la mise à jour du DRC, ont permis au gré de nombreuses réflexions et interrogations d'affiner les définitions utiles à la construction du système du risque dans la DRC.

De même, les échanges par courriers électroniques presque quotidiens avec Pierre Ferru, Gilles Gabillard et Olivier Kandel ont guidé ce travail durant deux ans. Cette collaboration suivie a entretenu la motivation de transcender l'objectif du DRC et d'en faire un outil pratique, de gestion de l'incertitude diagnostique puis de la notion de risque qui va être développée.

C- Modélisation du risque dans la théorie du DRC

Nous avons fait une synthèse des éléments issus de la revue de littérature et de ceux recueillis lors des auditions. Cette confrontation des données théoriques à celles de la pratique, avait pour but d'écrire une définition opérationnelle du risque.

A partir de cette définition nous avons ensuite tenté de modéliser une méthode standardisée et reproductible permettant d'établir une liste circonscrite de « dangers » pour chaque résultat de consultation.

D- Test de faisabilité sur quelques RC du DRC

Dans un dernier temps nous avons testé la méthode de gestion du risque ainsi créée sur une quinzaine de résultats de consultation.

Pour ce faire nous avons participé au travail régulier du secrétariat du département du dictionnaire des résultats de consultation de la SFMG. Ce groupe est constitué de 8 médecins généralistes qui se réunissent formellement tous les trois mois dans le but d'améliorer l'outil DRC.

Le groupe a travaillé en trois trinômes qui préparaient leurs listes de « dangers » pour 4 RC, avant chaque réunion. Lors des réunions plénières du secrétariat, une mise en commun des travaux était réalisée et chaque danger était réévalué par l'ensemble du groupe avant validation ou non des listes.

Cette exercice fut commencé alors même que la méthode de gestion n'était pas encore aboutie ; cela entretenu un débat constant sur l'efficience de cette méthode et sur la justesse de la définition du risque et de la structuration de son système. Chacune des réunions depuis deux ans a permis d'affiner le contenu de cette thèse et de préciser les limites et difficultés d'application de la méthode.

Cependant, le fait de s'exercer au plus près du champ méthodique et de son application pratique par le DRC joua un rôle essentiel dans l'élaboration de cette thèse. Ces réunions de travail sont d'ailleurs amenées à se poursuivre après la présentation de cette thèse et permettront probablement de découvrir de nouvelles failles dans la méthode, non mises en évidence à ce jour.

GLOSSAIRE

Les définitions suivantes sont tirées de l'ouvrage « Dictionnaire d'analyse et de gestion des risques » écrit par Alain Desroches, Alain Leroy, Jean-françois Quaranta et Frédérique Vallée, paru en 2005 [40]

ALEA

Valeur d'un danger que peut subir une cible.

Il correspond à la probabilité de réalisation spatio-temporelle d'un danger.

Il est caractérisé par son espérance mathématique, produit de la probabilité d'apparition et de la gravité.

La valeur d'un aléa n'est pas la valeur du risque, la valeur du risque est la somme de ses aléas.

On peut donc comparer 2 aléas entre eux ; attention à ne pas transformer un aléa en risque.

ACCIDENT

Événement redouté, soudain, imprévu dont les conséquences sont la mort, l'invalidité ou les blessures graves aux personnes.

Il correspond à la réalisation d'un danger.

Cet événement ne doit pas être assimilé à la gravité de ses conséquences en termes de dommages.

La perception du risque à travers l'accident est une approche téléologique, c'est-à-dire qu'on entrevoit le risque dans sa finalité, dans ses conséquences.

ANALYSE FONCTIONNELLE

Description des fonctions du système comprenant leurs relations internes et leurs interfaces avec l'environnement.

Elle permet notamment de déterminer le périmètre du système étudié.

Elle est un préalable indispensable à certaines analyses telles que l'AMDEC ou la construction d'arbres des défauts.

ANALYSE DEDUCTIVE

Analyse allant du général au particulier.

En sûreté de fonctionnement, il s'agit d'une analyse partant d'un effet et remontant à ses causes.

ANALYSE INDUCTIVE

Analyse allant du particulier au général.

En sûreté de fonctionnement, il s'agit d'une analyse partant d'une cause et évaluant ses effets sur le système et sa mission.

CIBLE

Elément susceptible d'être impacté par un phénomène.

Dans sa définition technique, la cible est un élément matériel ou logique, vulnérable ou non à un danger.

CLASSE DE GRAVITE

Regroupement d'événements ayant des conséquences de même niveau de gravité.

Elles sont définies en termes de dommage ou de préjudice sur le système et sont généralement au nombre de 4 ou 5.

CONSEQUENCE

Résultat de la matérialisation du risque en termes d'impact sur une cible.

La matérialisation du risque correspond à un événement redouté et ses conséquences.

C'est le deuxième paramètre caractérisant le risque en termes de dommage ou de préjudice.

Les conséquences peuvent être exprimées de façon qualitative ou quantitative.

CRITICITE

Caractéristique du risque définie à partir de sa probabilité et de sa gravité.

La criticité d'un risque relatif à l'occurrence d'un événement redouté est définie par un paramètre déduit de l'estimation combinée de probabilité d'occurrence et de la gravité de ses conséquences.

Elle n'est pas une mesure absolue du risque exprimé par son importance intrinsèque en termes de gravité et de probabilité. Elle dépend aussi des circonstances au regard de l'état du système exposé en fonction de la durée d'exposition, de sa vulnérabilité, de la rapidité des effets

CURABILITE

Qui peut être guéri.

Caractère d'un mal curable.

DANGER

Un danger, dans l'acception anthropique la plus commune, est une situation susceptible d'altérer gravement l'intégrité physique d'une personne.

Dans un contexte plus cartésien, le danger est la caractéristique intrinsèque d'un objet ou d'une activité, susceptible de se matérialiser dans un événement non souhaité qui entraînera des dommages

Le danger caractérise la nature du risque ; il est ce qui menace l'individu ; la réalisation de ce danger correspond à l'événement et peut avoir plusieurs grandeurs de conséquences.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Élimination d'une ou de plusieurs affections proches de celles que le praticien en médecine cherche à identifier.

Autrement dit le diagnostic différentiel est l'identification d'une pathologie grâce à la comparaison entre eux des symptômes dus à plusieurs affections voisines que l'on cherche à différencier les unes des autres en utilisant un processus d'élimination logique.

DOMMAGE

Préjudice ou dégât causé à quelqu'un, à quelque chose.

Sens étymologique de « tort », de « lésion », donc de blessure touchant les personnes.

→ Atteinte physique ou morale aux personnes

La conséquence du danger peut être dommageable.

Lorsque le dommage est irrémédiable, on parle de « perte ».

EVOLUTION

Modification du cours d'une maladie.

Transformation, changement, modification faisant passer progressivement d'un état à un autre.

Succession des phases par lesquelles passe un processus pathologique.

GESTION DES RISQUES

Processus de prise de dispositions pour diminuer l'occurrence des risques ou en diminuer la gravité des conséquences.

Les étapes du processus couvrent l'ensemble des phases précédant et accompagnant le déroulement d'une activité afin de consolider la confiance d'atteinte de ses objectifs.

Les 3 étapes sont les suivantes :

- 1- Définition des risques acceptables en fonction de leur gravité ou de leur fréquence.
- 2- Identification et Appréciation des Risques :
 - a. Identification des risques
 - b. Analyses des risques
 - c. Evaluation de la criticité et hiérarchisation des risques
- 3- Maîtrise des risques :
 - a. Définition et consolidation des actions en réduction de risques
 - b. Gestion des risques résiduels

GRAVITE

Importance des conséquences directes et indirectes en termes de dommages ou de préjudices, relatives à la survenance d'un événement redouté.

Elle est un des deux paramètres caractérisant le risque.

La gravité peut être représentée en absolu par la valeur d'un dommage ou en relatif comme appartenant à une classe de gravité.

Qui peut avoir des conséquences fâcheuses.

Se dit de ce qui met en danger la vie de quelqu'un ; une blessure grave, une maladie grave.

HIERARCHISATION DES RISQUES

Processus de classification des risques en fonction d'un ou plusieurs critères.

Le critère peut être la gravité, la probabilité, la gravité moyenne, le risque moyen.

La hiérarchisation des risques nécessite de pouvoir les comparer selon le critère choisi. Ceci nécessite qu'ils puissent être définis dans des unités cohérentes.

IDENTIFICATION DES RISQUES

Processus de recherche des risques de mise en présence d'un danger avec un élément vulnérable. Phase indissociable de l'analyse des risques.

Les résultats de l'identification et de l'analyse des risques sont :

- La liste des dangers
- La liste des événements indésirables et des facteurs de risques
- La liste des scénarios et leurs conséquences.

INCIDENCE

En épidémiologie, nombre de nouveaux cas d'une maladie observés pendant une période et pour une population déterminées.

INCIDENT

Evènement imprévu pendant le fonctionnement d'un système dont les conséquences sont l'apparition de dégâts légers ou des anomalies de fonctionnement.

Dans le domaine sanitaire, un incident est considéré comme un événement peu important en soi car il n'a pas de conséquences.

MENACE

État dans lequel se trouve une cible soumise à l'influence d'un danger et dont la situation montre des signes de réalisation imminente du danger.

Contrairement au concept de danger, la survenance de menace est considérée comme déterministe.

Un état menaçant correspond à la définition d'un péril au danger imminent mais non encore réalisé sur une cible.

MESURE DE PREVENTION

Action systématique prévisionnelle sur un système qui a pour but de minimiser la probabilité d'apparition d'un événement redouté.

MESURE DE PROTECTION

Action sur le système qui minimise la gravité des conséquences de l'apparition d'un événement redouté.

MESURE DE PRECAUTION

Mesure particulière destinée à réduire les risques issus de l'incertitude sur le déroulement d'une activité.

La mise en pratique repose sur le principe de précaution ;

PERCEPTION DU RISQUE

Appréciation du risque sur la base d'éléments subjectifs.

PERIL

État dans lequel se trouve une personne soumise à l'influence d'un danger.

Ce péril peut être latent, statique, ou manifestement révélé par des agissements, ce qui nous conduit à utiliser le terme de menace.

Il est synonyme de « situation dangereuse ».

PREVALENCE

En épidémiologie, la prévalence est une mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné. Pour une affection donnée, elle est calculée en rapportant à la population totale, le nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans une population.

Il ne faut pas confondre prévalence sur un temps donné et incidence sur la même période. En effet, l'incidence annuelle (ou mensuelle) ne tient compte que des nouveaux cas par an (par mois), alors que la prévalence annuelle (ou mensuelle) s'appuie sur le nombre total de cas présents, c'est-à-dire ceux déjà présents plus ceux incidents. Ainsi la prévalence annuelle est toujours supérieure à l'incidence annuelle.

PROBABILITE D'APPARITION

Degré de vraisemblance ou d'occurrence d'un événement dans des conditions d'observations données.

La probabilité d'occurrence d'un événement redouté est une mesure de la vraisemblance de son apparition. Le risque qui lui est associé est fonction du niveau de nuisance de cet événement.

Autrement dit, la probabilité d'apparition à elle seule ne peut caractériser un risque.

REDUCTION DU RISQUE

Actions entreprises en vue de réduire la criticité du risque. Il s'agit de réduire la probabilité et/ou la gravité des conséquences résultantes.

Le processus de réduction peut être guidé par un objectif d'acceptabilité du risque.

La réduction du risque se fait à travers des actions de prévention ou de protection.

RISQUE

Selon Littré : « Péril dans lequel entre l'idée de hasard »

Selon le Petit Robert : « Eventualité d'un danger »

Définition scientifique : « Eventualité que se réalise un danger qui aura des conséquences dommageables » (née en 1738)

La notion de risque est née de l'étude mathématique des jeux et plus précisément de l'analyse statistique des événements qui apparaissent « au hasard » et que les scientifiques appellent des événements aléatoires.

Si un événement est caractérisé par une probabilité et une conséquence, le risque, en revanche, est caractérisé par des probabilités et des conséquences

Le danger caractérise la nature du risque.

La valeur du risque est la somme de ses aléas.

SCENARIO D'ACCIDENT

Suite et/ou combinaison de circonstances favorisant l'apparition d'événements aboutissant à un accident.

Un scénario d'accident est une suite d'événements dont l'origine première est la présence d'un danger qui, en présence d'un « contact », met le système en situation dangereuse qui peut conduire à un accident aux conséquences potentiellement graves.

SYSTEME

Un système est un ensemble d'éléments (techniques, logiciels, humains, naturels...) en interaction, organisés pour remplir une activité donnée dans des conditions données.

VULNERABILITE

Dérivé savant de vulnérable, du latin *vulnerabilis*, de *vulnerare*, "blesser" : qui peut être blessé, atteint.

Il s'agit de la caractéristique d'un système exprimée par l'aptitude ou la probabilité que le système se dégrade.

On associe le concept de vulnérabilité d'un élément à sa susceptibilité ou sensibilité aux agressions potentielles. La vulnérabilité n'est pas une caractéristique figée, elle peut évoluer en fonction de divers paramètres.

Le terme vulnérabilité (attesté en 1836, chez Balzac au sens général) a été introduit dans la littérature hydrogéologique par J. Margat en 1968. Il est aujourd'hui couramment usité.

La vulnérabilité s'exprime évidemment par la probabilité de survenue de l'atteinte à la cible.

RESULTATS

A. LA DEFINITION GENERALE DU RISQUE [23]

1. LE RISQUE AU SENS COMMUN

1.1. Le sens originel du risque

Avant que le terme « risque » au caractère négatif ne soit employé, il semble que le mot « prudence » était utilisé et présentait un caractère positif. Emile Littré, l'un de nos plus grands lexicographes, indique que le mot « risque » n'est apparu qu'au XVIIème siècle, notamment chez Pascal dans *les Provinciales*, chez Mme de Sévigné et La Bruyère. Pierre Larousse propose la date de 1557 comme celle de la première apparition du mot.

Son origine est très incertaine et plusieurs hypothèses ont été avancées par les linguistes. Le mot proviendrait de l'espagnol *riesgo* puis *risco* qui, selon Friedrich Diez (1794-1876) philologue allemand, fondateur de la linguistique romane, signifie « écueil ». Le Robert de la langue française avance le terme du bas latin *riscus* qui serait apparu en 1359 selon Charles du Fresne, seigneur du Cange (1610-1688). On peut aussi penser au terme latin *rescio* du verbe *rescire* qui signifie, selon Félix Gaffiot : « savoir quelque chose d'inattendu, de caché » et « savoir après coup de façon inopinée ». On retrouve ici l'idée du hasard et donc du risque.

1.2. Les différentes définitions

Selon Littré, le premier sens du terme « risque » est : « Péril dans lequel entre l'idée de hasard », le péril étant l'état où il y a quelque chose de fâcheux à craindre. De façon plus moderne, on a la définition du dictionnaire Le Nouveau Petit Robert (1993) : « Danger éventuel plus ou moins prévisible » ; il est proposé ici l'éventualité d'un danger, c'est-à-dire la réalisation possible, même plus ou moins prévisible, d'un danger ; le danger étant ce qui menace, ce qui compromet l'intégrité d'une personne.

Concernant la définition en spécialité de droit, elle précise que cet événement (le danger qui se réalise) « peut » occasionner un **dommage sur une cible du risque**, celle-ci étant l'élément susceptible d'être atteint par l'événement. Ici la notion de conséquence qui est introduite est essentielle car elle lui donne une dimension scientifique. En effet, dans la première acception, le risque est défini par la seule probabilité de réalisation d'un danger, sur une cible en situation dangereuse alors que dans la seconde, on complète par la notion de dommage subie par cette cible, consécutif à la réalisation du danger. Cette seconde définition plus précise intègre les 2 notions fondamentales du risque sur le plan scientifique : **la probabilité de réalisation d'un danger et la gravité de sa conséquence.**

1.3. Les cinq sens du risque

Le langage commun utilise le mot « risque » avec différents sens qui rendent parfois la perception de sa définition assez délicate. Il est employé, en fonction du contexte, dans cinq sens différents :

- ***Danger***
- ***Situation dangereuse (péril)***
- ***Éventualité***
- ***Conséquence***
- ***Domage***

L'exemple choisi par Georges Jousse dans son ouvrage éclaire sur ces nuances : « Un **danger** existe : une vieille maison semble peu solide et des personnes qui conversent à proximité sont en **péril** car une tuile menace de tomber. Nous ne savons pas à quel moment le phénomène se produira. C'est une **éventualité** que ce danger devienne un événement possiblement dommageable, c'est-à-dire que se réalise l'accident. S'il arrive (la tuile tombe), il y a aura des **conséquences** qui conduiront à des **dommages** variés ou non ».

On note que cette histoire n'utilise pas le terme « risque » mais le vocabulaire employé prend bien tout son sens ; il exprime littérairement : « **l'éventualité que se réalise un danger qui aura des conséquences dommageables sur une cible** », ce qui est très proche de la définition scientifique évoquée plus haut.

Ainsi, le terme « risque » est aujourd'hui trop souvent utilisé à la place d'autres termes plus appropriés, ce qui est préjudiciable à la précision des propos sur le risque.

Ici la notion de cible qui est introduite est capitale car indissociable du risque. Il est important de comprendre que le risque ne s'envisage qu'en fonction de la cible qui le subit et que celui-ci peut être modifié en fonction de la cible évoquée. Les conséquences du risque sont en effet différentes selon sa cible.

En reprenant l'exemple précédent, on comprend aisément que si l'accident se produit (la tuile tombe), les conséquences seront de nature différente si on envisage le risque sur la toiture (la conséquence sera alors un trou qui entrainera des courants d'air et une infiltration d'eau) ou sur une personne (la conséquence pouvant être la chute de la tuile sur la tête avec plaie).

Il est donc très important, lorsque l'on parle de risque et plus encore quand on veut le définir, d'identifier sa cible car cela conditionne par la suite son analyse. La définition de la cible sera abordée un peu plus loin.

2. LA PERCEPTION DU RISQUE

2.1. La perception matérielle du risque

Chaque individu est sujet à une interprétation de la notion du risque qui lui est propre. Chacun possède sa vérité du risque et, aussi étonnant que cela puisse paraître, il arrive souvent qu'un groupe d'individus homogène perçoive le risque comme un seul individu.

Ce phénomène peut s'expliquer par une perception plutôt qualitative que quantitative. L'Homme ayant le souci de sa sauvegarde (l'instinct de conservation), il ressent davantage l'élément matériel du risque, c'est-à-dire les conséquences, occultant

intuitivement la probabilité de réalisation du danger. La perception matérielle du risque s'apparente donc au ressenti d'un seul élément : l'**aléa**. L'aléa est la réalisation spatio-temporelle d'un danger, la concrétisation à un endroit et à un moment d'un événement. Mais cet événement n'est pas le risque, il est isolé, simpliste et matérialiste

2.2. La perception psychologique du risque

Comme il a été dit, chaque individu a une perception du risque bien à lui. Ce différentiel psychologique n'a aucun substratum scientifique, la vision centrale et moyenne du risque ne dépendant que des probabilités. Or l'Homme n'a pas de vision centrale, sa perception est adaptée à son état psychologique instantané. Cet état dépend de facteurs intemporels comme l'expérience, la connaissance de la nature du risque, la hardiesse et de facteurs temporels tels que l'état de santé, l'environnement, l'état psychique. Ces différents facteurs détermineront la capacité de l'individu d'accepter un risque et pas un autre en influant sur la représentation qu'il en a, en fonction de ses propres symboles et représentation sociales.

Prenons l'exemple tiré de l'ouvrage de G. Jousse, du franchissement d'un ravin au moyen d'une planche :

Dans un premier cas, la planche est peu large, chancelante, en mauvais état mais bordée de cordes solides auxquelles on relie le passager par une autre corde.

Dans un second cas, la planche est très large, rigide, en excellent état mais ses deux extrémités sont posées à ras bord.

On explique aux personnes qui doivent franchir le ravin que la première voie est sportive et que, vu l'état de la planche, il y a une forte probabilité qu'elle cède. Cependant, s'il y a rupture, on est rattrapé par la corde et on ne s'en tirera qu'avec une ou deux côtes cassées. Pour la seconde voie, qui paraît plus confortable, il y a une probabilité très faible que la planche s'échappe de son butoir ; mais si cela arrive, la conséquence est dramatique et assurément mortelle.

En résumé : d'un côté, la chute est probable avec des conséquences peu graves ; de l'autre, la chute est moins probable mais les conséquences sont très graves.

Quel choix font les individus ?

L'instinct psychologique de conservation fait que, dans la majorité des cas, ils choisiront le danger à la conséquence la moins grave, occultant car ignorant tout de la probabilité d'occurrence. Ici il choisira la première voie par crainte de subir la conséquence grave de la seconde voie. Encore une fois, son choix sera déterminé par l'interprétation subjective individuelle des conséquences possibles du danger.

3. L'ANATOMIE DU RISQUE

3.1. Intérêt d'une vision anatomique

Lorsque l'on analyse un danger a priori, avant son apparition, c'est-à-dire lorsque l'on conduit une étude préventive de risque, il est important de reconstituer la chaîne d'éléments qui contribue à ce danger et donc aux dommages.

L'intérêt de l'analyse du risque et de sa compréhension théorique réside dans la possibilité de généralisation de la méthode d'analyse.

Ce chapitre pourrait, en fait et sans ambiguïté, s'intituler : «Théorie du risque».

3.2. La chaîne du risque

a. Le groupe causal

Le risque se définit comme étant la probabilité d'occurrence d'un danger ayant des conséquences dommageables. Le **danger** est bien l'élément générateur du risque. Par ailleurs le **péril** est l'état dans lequel se trouve une personne soumise à l'influence d'un danger. Le péril peut être latent, statique mais s'il existe des signes de danger imminent, on parle plutôt de **menace**.

De ces définitions, il apparaît une première chaîne d'éléments qui constitue le groupe causal :

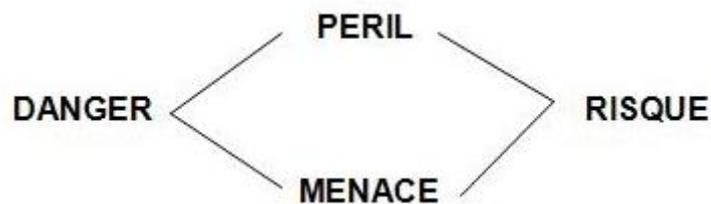


Figure n°5 : *Éléments constituant le groupe causal*

b. Le groupe téléologique

En analyse de risque, on retient souvent d'un côté, le terme « **incident** » lorsque le risque engendre des désordres ou des dégâts matériels légers, peu ou pas dommageables et d'un autre côté le terme « **accident** » lorsque les conséquences sont fortement dommageables et affectent les personnes. Il existe donc une gradation entre l'incident et l'accident.

On conçoit que la perception du risque à travers l'idée d'incident ou d'accident est une approche téléologique, entrevoyant le risque dans sa finalité, dans ses conséquences.

Pour concrétiser les conséquences du risque, on utilise 2 termes :

- Le **dommage** caractérise l'atteinte physique à la vie humaine, à la santé des personnes (on parle de blessure) à l'environnement ou aux biens. C'est une notion qualitative.
- Le **préjudice** qui est la perte d'un bien ou d'un avantage est l'appréciation quantitative du dommage. Il peut être physique, moral, économique, etc...

De ces définitions, on peut constituer le groupe téléologique :

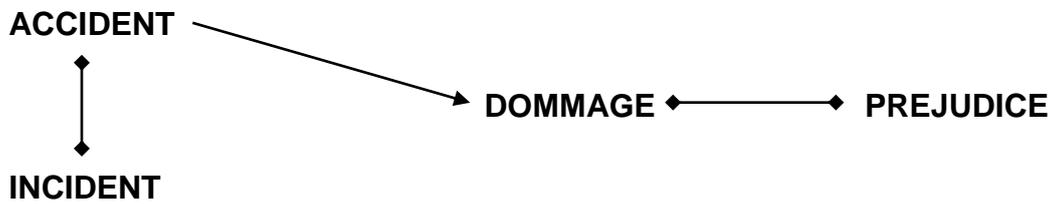


Figure n°6 : *Eléments constituant le groupe téléologique*

c. La chaîne du risque

En associant les deux chaînes d'éléments et en ajoutant un nouvel élément « événement », qui correspond à la réalisation concrète du danger, nous obtenons la chaîne du risque.

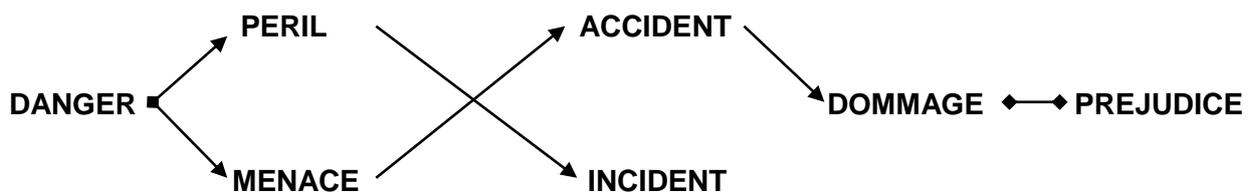


Figure n°7 : *La chaîne du risque*

4. LA THEORIE FONDAMENTALE DU RISQUE

4.1. Schéma fondamental du risque

Avant de systématiser le risque par un schéma, il convient de définir la « source » et la « cible ».

La source d'un risque est constituée par un ensemble d'éléments présentant des relations entre eux qui, sous l'influence de causes, présente un caractère dangereux pour son environnement et entraîne une situation périlleuse.

La cible d'un risque est définie par un ensemble d'éléments du système présentant des relations entre eux (le patient par exemple) qui, sous l'influence du caractère dangereux d'une source, connaît des effets qui modifient son état.

Il est donc possible désormais de systématiser le risque par un schéma, qui rappelle le processus de danger décrit par le groupe MADS [24,25]:

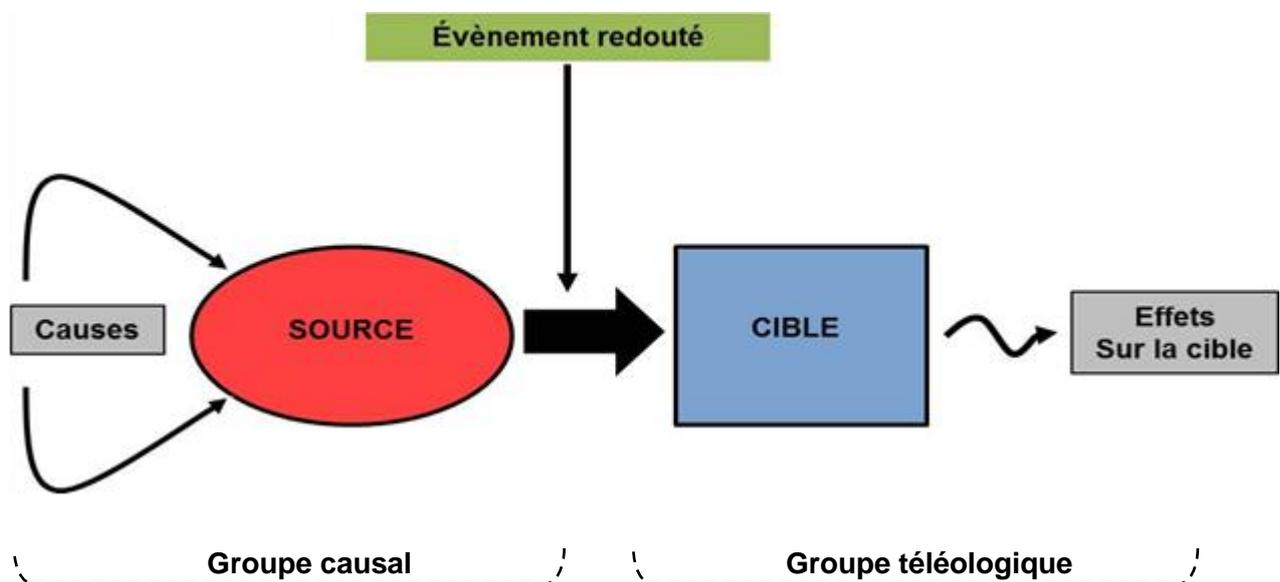


Figure n°8 : Le schéma fondamental du risque

Il est constitué d'une part du groupe causal formé par une source de danger associé à l'ensemble des causes nécessaires à la constitution d'une menace. Ainsi, le groupe causal est constitué par tous les éléments qui entrent en jeu **avant** la réalisation de l'événement ; ce sont donc tous ces éléments qui engendrent la situation périlleuse.

D'autre part, la cible atteinte et ses effets constituent le groupe téléologique dans le sens où on y concrétise les conséquences du danger. Il se situe donc après la réalisation de l'événement.

La représentation du risque par un groupe causal d'un côté et un groupe téléologique de l'autre, permet de concevoir le risque comme un système bipolaire comprenant un pôle générateur et un pôle récepteur. Le pôle générateur intègre toutes les causes et éléments conduisant à l'existence d'une situation dangereuse alors que le pôle récepteur réunit tous les éléments qui peuvent être atteints ainsi que tous les effets. Ainsi, sans événement, le danger ne se réalise pas.

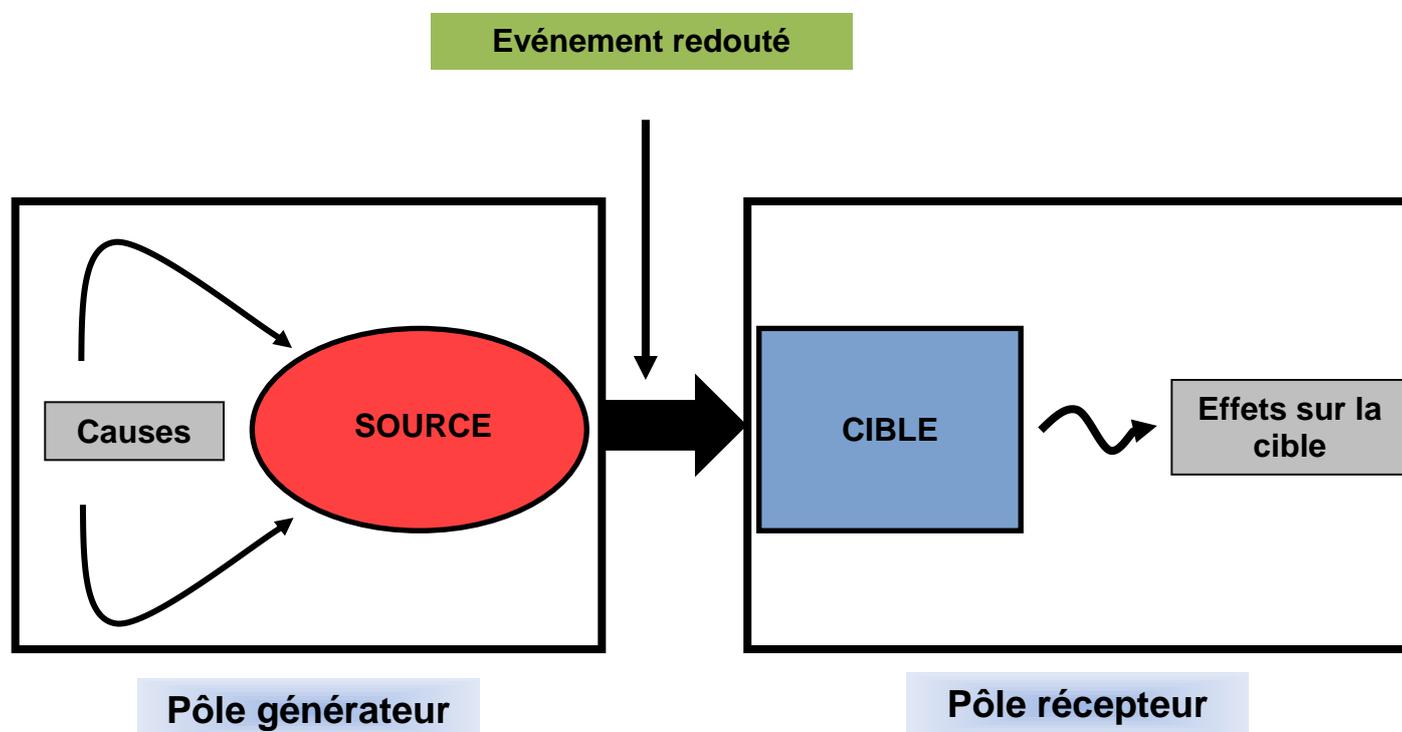


Figure n°9 : Représentation des pôles générateur et récepteur du risque

En reprenant l'exemple de la vieille maison, on peut concrétiser ces notions :

La source du risque est représentée par la tuile en équilibre instable sur le toit de cette vieille maison. Les éléments en cause ayant entraîné cette situation périlleuse sont le temps, le vent, l'absence d'entretien de la toiture...etc. ; ils constituent l'ensemble causal.

La réalisation du danger, que l'on nomme l'événement (ou l'accident car on considère ici que des personnes sont concernées) correspond à la chute de la tuile.

La cible du risque est représentée par la ou les personnes se trouvant dans cette situation périlleuse, c'est-à-dire, pouvant évoluer et passer à l'endroit où la tuile peut tomber.

L'accident se réalisant, la tuile peut tomber sur la tête d'une personne et provoquer une plaie, un traumatisme crânien, modifiant bien l'état de la cible qu'est la personne !

Le schéma suivant conceptualise cet exemple à partir du schéma fondamental du risque :

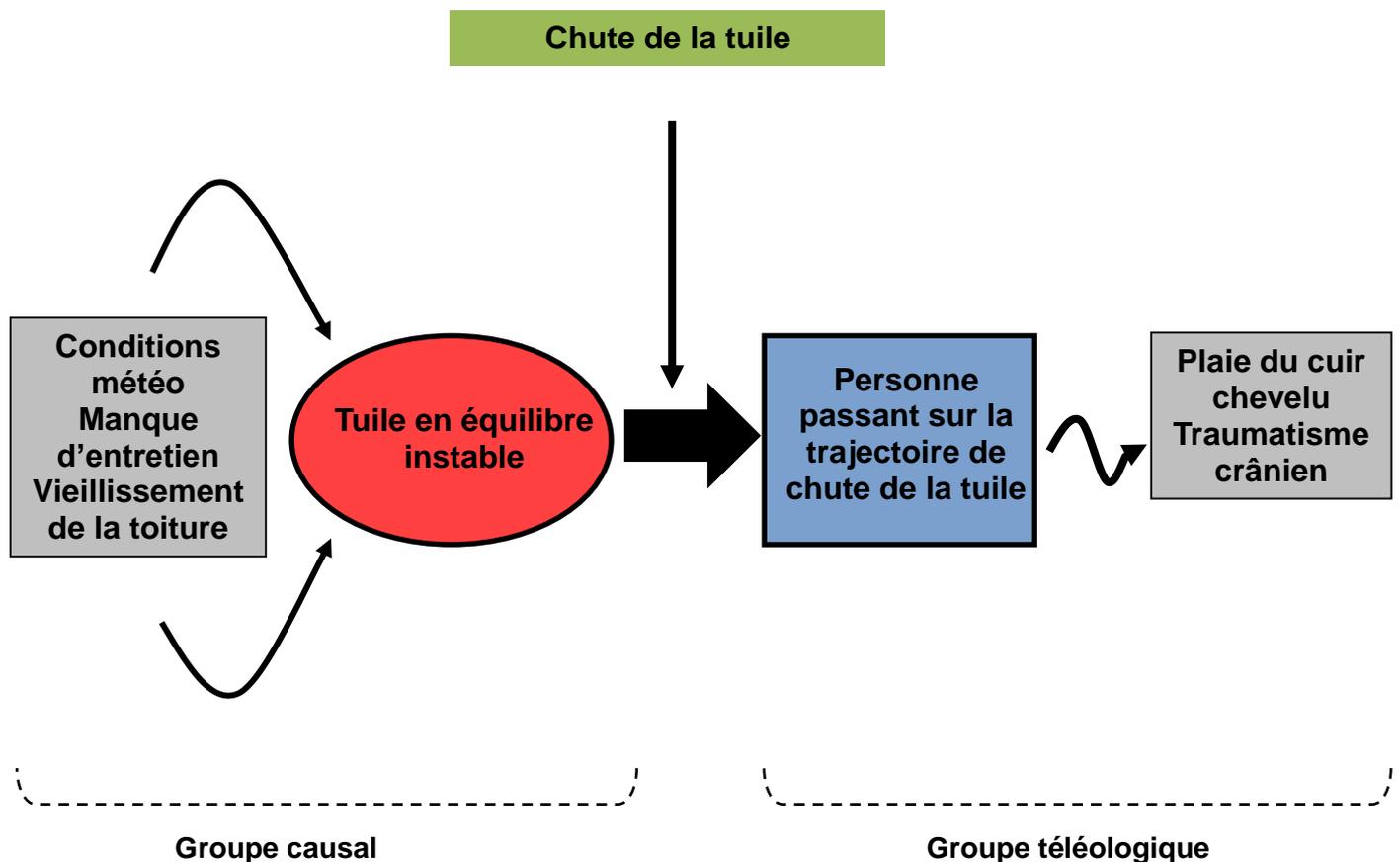


Figure n°10 : Représentation du risque de chute d'une tuile à travers le schéma fondamental du risque.

4.2. Phénomène de récurrence

Lorsque une source entraîne une situation dangereuse, que l'événement se produit et affecte une cible ; celle-ci peut devenir, à son tour, une source, c'est-à-dire que les effets provoqués sur la cible provoquent un caractère dangereux pour une autre cible. On parle alors de phénomène de récurrence telle une réaction en chaîne. Pour signifier le même phénomène, le groupe MADS dirigé par P. Perilhon et spécialisé en cyndinique (science du danger) parle de scénario d'accidents, caractérisé par une succession de processus de dangers.

Le schéma suivant, met en relief ce phénomène de récurrence :

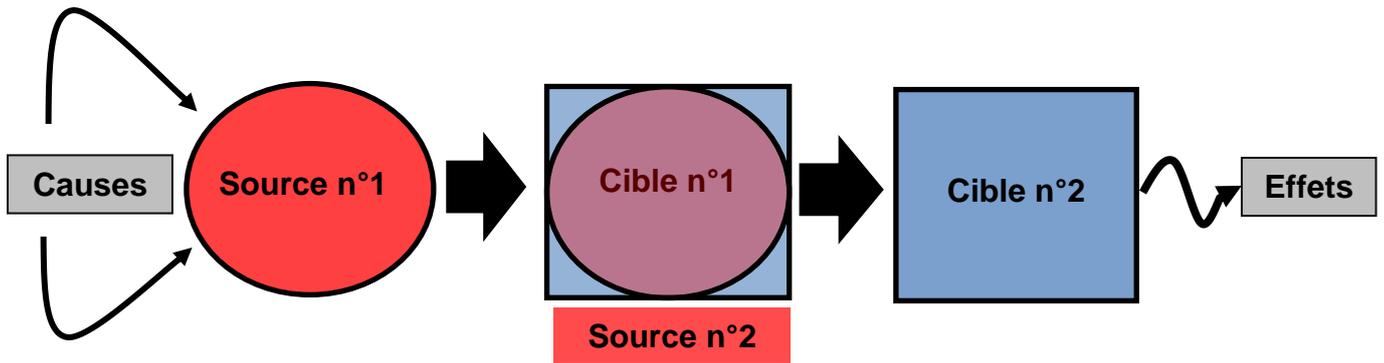


Figure n°11 : Schéma fondamental du phénomène de récurrence

Un exemple connu de ce phénomène de récurrence dans le risque sismique :

Un tremblement de terre se produit sur une côte japonaise, provoquée par la tectonique des plaques ; ici la première source de danger est la croûte terrestre, qui, sous l'influence du mouvement des plaques, se met à trembler. L'événement (le séisme) provoque une rupture des digues et entraîne des inondations. La cible est donc représentée par les digues ; les conséquences de l'événement sont la rupture des digues qui entraîne des inondations.

Dans un second temps, les inondations provoquent la destruction de cuves contenant des produits toxiques d'une usine chimique. Là, les effets provoqués sur la première cible entraînent une situation dangereuse pour une nouvelle cible que sont les cuves de l'usine chimique. Ainsi la première cible et ses effets deviennent une source de danger. L'événement (la destruction des cuves) a pour conséquence la libération de produits toxiques.

Dans un troisième temps, les produits toxiques ainsi libérés entraînent des lésions respiratoires sur les habitants. Là encore, la destruction des cuves et la libération de produits toxiques deviennent une nouvelle source de danger agissant sur une nouvelle cible que sont les habitants proches de l'usine. Les conséquences dommageables sont les lésions pulmonaires.

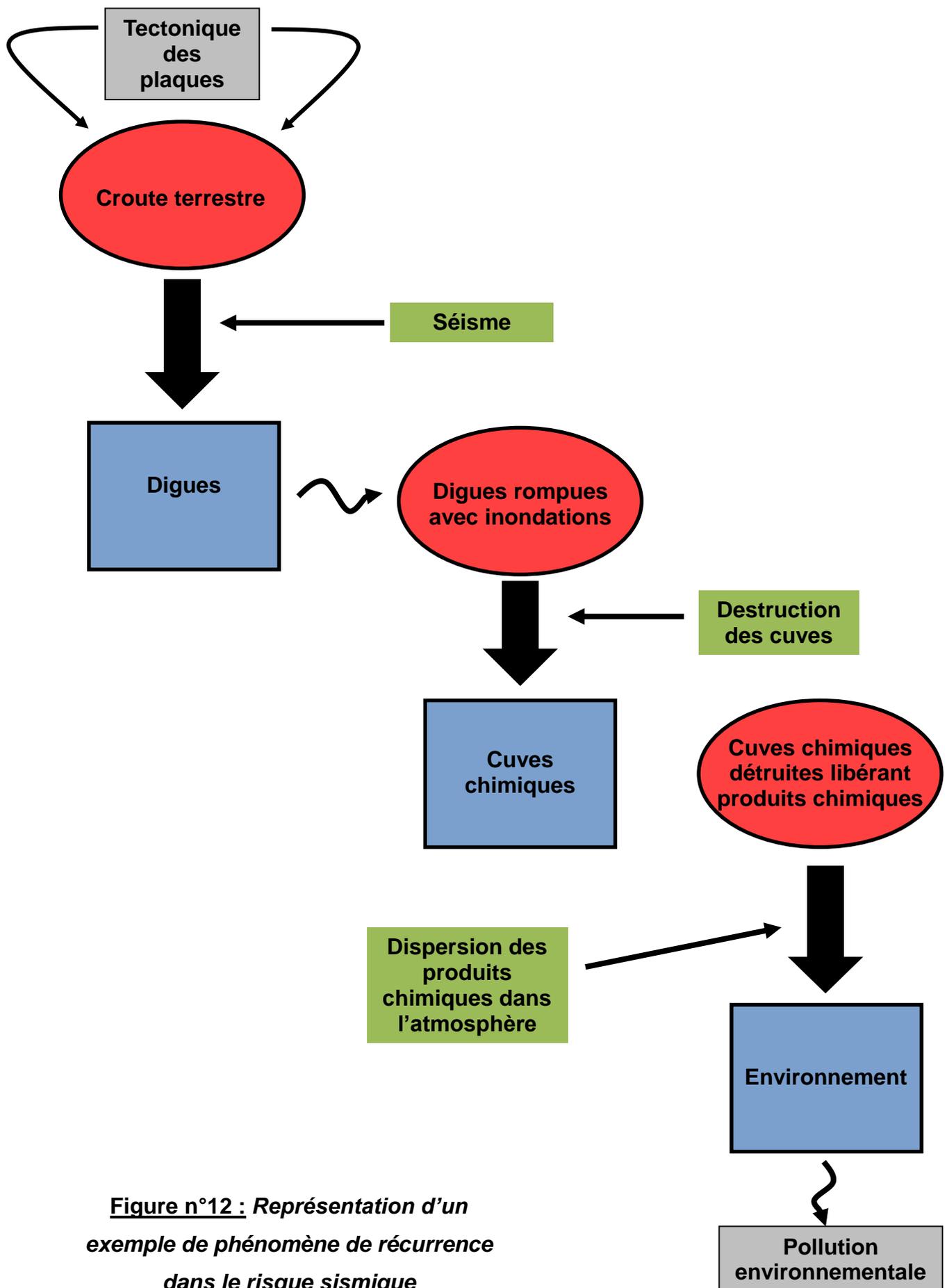


Figure n°12 : Représentation d'un exemple de phénomène de récurrence dans le risque sismique

Ainsi, le risque a été représenté comme la composition de deux éléments statiques que sont la source et la cible, le premier animé par des causes, le second par des effets provenant du premier. L'approche du risque est donc complète puisqu'il a été étudié simultanément le groupe causal et le groupe téléologique.

5. LE CRITERE TELEOLOGIQUE

5.1. Le raisonnement en aléas

Les conséquences d'un risque sont parfois les facteurs les plus importants à prendre en compte dans toute approche analytique du risque. Tout simplement parce que le dommage est un phénomène concret que l'on considère souvent avant tout autre élément, alors que la génération d'un risque n'apparaît qu'au travers de ses probabilités d'occurrence, ce qui rend la notion plus immatérielle et subjective.

L'analyse de risque est globale lorsque l'on tient compte à la fois des vraisemblances d'occurrence des risques possibles et de la gravité de leurs conséquences, c'est-à-dire que l'on raisonne en aléas. La vraisemblance peut être, en fonction des dangers étudiés, soit une fréquence lorsque l'elle est mesurable, soit une probabilité d'occurrence. La gravité des conséquences correspond à l'estimation du dommage.

La classification s'opère alors selon le couple : fréquence ou probabilité d'occurrence x gravité (évaluation des dommages)

Il faut pour cela établir une échelle des dommages qui permettra de répertorier chaque aléa avec sa vraisemblance associée. On obtiendra alors un tableau construisant une fonction de distribution du risque.

5.2. Le raisonnement en couple « atteinte-ressource »

Une autre classification très pratique permet aussi de considérer les atteintes aux ressources (personnes, biens, informations) lorsque l'on est dans le cas d'une seule nature de risque.

Les atteintes peuvent être classées en différentes catégories pour les personnes, par exemple : blessures mortelles, invalidité permanente, arrêt de travail supérieur ou inférieur à huit jours, absence.

On peut définir le critère d'atteinte à la personne par un couple : Vulnérabilité et Impact.

La vulnérabilité se définit par l'aptitude ou la probabilité qu'un système se dégrade sous l'effet d'une agression ; autrement dit, ce concept exprime la susceptibilité ou sensibilité d'une personne à un aléa. Elle représente donc un niveau de risque pour un individu. Elle n'est pas une caractéristique figée et peut évoluer en fonction de l'évolution de la personne en cause. Elle est mesurée subjectivement par estimation ou statistiquement par évaluation si des événements antérieurs ont déjà été étudiés.

L'impact est le niveau de préjudice potentiellement subi par la personne lors de la réalisation de l'accident. Il correspond à la gravité de la conséquence d'un danger, pondérée par la sensibilité de la cible (la personne) à ces conséquences.

On peut obtenir alors un tableau des couples « impact – vulnérabilité » fondé sur le même repère classique « fréquence – gravité » de l'aléa, en définissant des domaines de qualification de l'atteinte.

6. RESUME DE LA DEFINITION

Ainsi, pour résumer la définition, on peut dire que le risque est la probabilité de réalisation d'un danger sur une cible définie. Cette définition, simpliste, implique que la cible atteinte subirait une conséquence dommageable si le danger se réalisait (tout se conjugue au conditionnel car il s'agit d'une probabilité).

On pourrait dire aussi que le risque est la probabilité qu'une cible subisse les conséquences d'un danger. En ce sens, le risque prend la dimension au sens physique de la valeur d'un dommage possible à une ressource (une personne par exemple).

Le danger caractérise la nature du risque, il est ce qui menace l'intégrité d'une personne. La réalisation de ce danger qui constitue « l'événement », « l'accident », peut avoir plusieurs grandeurs de conséquences (mort, blessures, destruction de biens...).

Un niveau de risque est caractérisé par une probabilité et une conséquence. L'aléa correspond à la grandeur de l'événement et se caractérise par le couple fréquence x gravité que l'on appelle « criticité ».

B. PRINCIPES D'ANALYSE DU RISQUE

1. LA DEMARCHE ANALYTIQUE

L'analyse de risque consiste à décomposer le « système » étudié en analysant sa composition, à comprendre le fonctionnement du système et à déterminer les causes et conséquences de l'événement redouté. [23,41]

Ainsi, il faut d'abord réaliser une analyse systémique en considérant obligatoirement l'ensemble à étudier comme un « système ». Puis quatre étapes fondamentales sont nécessaires pour cette analyse :

- La première consiste à définir l'objectif opérationnel du système afin de préciser son rôle.
- La seconde doit permettre de déterminer les différents éléments en cause dans le système
- La troisième s'attache à comprendre le fonctionnement du système par l'interaction entre ses éléments, afin de créer la structure du système.
- Enfin, la dernière tend à dresser une représentation théorique du système la plus proche de la réalité afin de permettre une analyse aussi transparente que possible

Ensuite, il faut aborder l'analyse propre des événements redoutés comprenant le choix des critères d'étude ainsi que leur évaluation quantitative.

2. LES DEMARCHES METHODIQUES [23,41]

Dans le domaine de l'analyse de risque, il existe, en fonction du système étudié, deux types de démarche : à priori et à posteriori. Elles permettent de dresser une cartographie des risques.

La démarche méthodique à priori permet d'évaluer le risque d'un système avant même que celui-ci ne soit totalement déployé (phase de conception) ou, quand il est déployé, sans se baser sur une longue accumulation de retour d'expérience. L'analyse porte sur une décomposition des processus théoriques qui composent le système. Cette démarche peut être déductive, initiée à partir de la conséquence de la réalisation potentielle d'un danger pour en déterminer les causes ou bien inductive, initiée à partir des causes d'un danger pour en déterminer les conséquences.

Les méthodes spécifiques d'analyse empruntant la démarche à priori les plus connues sont l'APR (Analyse Préliminaire des Risques) et l'AMDEC (Analyse des Modes de Défaillances et des Criticités) [23,41,42]

La démarche méthodique à postérieure consiste en une recherche des causes après des incidents ou des accidents. Deux méthodes spécifiques d'analyses sont particulièrement connues : la méthode de l'arbre des causes et la méthode ALARM (basée sur le modèle de Reason) [23]. Mais c'est aussi cette démarche qui est employée lorsqu'il est utilisé des fiches de recueil d'événements indésirables, de plaintes et réclamations.

C. ANALYSE SYTEMIQUE DU RISQUE DANS LE DRC

1. INTRODUCTION

Le dictionnaire des résultats de consultation se révèle être le reflet de la pratique de médecine générale en permettant la modélisation des situations diagnostiques concrètes auxquelles sont confrontés les praticiens. Son objectif, en tant qu'outil de gestion du risque est, devant un cas clinique en position d'incertitude diagnostique, de permettre au praticien de conserver à l'esprit les maladies que le cas peut évoquer afin d'orienter sa démarche diagnostique.

Le résultat de consultation, conclusion de l'analyse du médecin devant un « cas » pour lequel il ne peut apporter de diagnostic certain, repose sur la notion de certitude clinique, certes temporaire, mais qualifiant bien la situation observée.

Ainsi, le praticien en position d'incertitude diagnostique mais de certitude clinique, ne s'enferme pas dans des hypothèses diagnostiques non confirmées et donc potentiellement erronées. Il peut alors rester vigilant face à l'évolution de l'état clinique de son patient.

Cette notion d'ouverture du résultat de consultation est primordiale dans la gestion du risque par le praticien en position d'incertitude diagnostique.

2. APPORTS DES ENTRETIENS AVEC LES EXPERTS DU RISQUE

Afin de reprendre la réflexion à son point de départ, nous avons interviewé d'une part quelques médecins de la SFMG, qui ont participé dès le début au travail sur le risque. Nous avons ensuite interrogé des professionnels non médicaux, spécialisés dans le risque. Cette étape de "benchmarking", se révélait indispensable afin de sortir d'une réflexion "médico-généralienne" qui était dans l'impasse.

2.1. Les experts médicaux et la Société Française de Médecine Générale

Depuis de nombreuses années, la SFMG et plus particulièrement le Département DRC, dirigé par Pierre Ferru, travaille sur cette notion de risque, générée par la clinique et modélisée par le DRC. Plusieurs propositions ont été faites afin de définir au mieux ce dont il était question mais, à chaque réunion, de nombreuses interrogations restaient sans réponse. De quel risque parle-t-on ? Des complications liées au RC ? Probablement pas. De la liste des « Voir Aussi » ? Nullement. Des risques rarissimes qu'un praticien verra peut-être une fois dans sa carrière ? Non plus.

Plusieurs appellations de ce risque se sont ainsi succédées, en fonction des caractéristiques qui semblaient utiles à prendre en compte ; Braun, dans sa Kasographie, traduite par Oscar Rosowsky proposait le terme de risque d'évolution grave évitable sous l'acronyme français REGE (traduction littérale de l'allemand : Der Abwendbar Gefährliche Verlauf sous l'acronyme AGV) [12], la SFMG l'a nommé successivement risque critique évitable (RCE) puis le Risque évitable (RE). [22,27,28,29]

L'avancée des débats avait permis d'identifier deux rôles principaux de ce risque au sein du DRC :

- le premier, avant le choix du RC, était taxinomique : Il impliquait que le praticien avait bien, avant de choisir ce RC, éliminé par les moyens à sa disposition, les maladies graves que la situation observée pouvait évoquer.
- Le second, après le choix du RC, était d'ordre décisionnel : le cas restant ouvert, la prise en compte des risques intervient sur les décisions du médecin.

Si, le travail réalisé par la SFMG est considérable, des premières rédactions de définition il y a 20 ans jusqu'à la finalisation récente de la correspondance de l'ensemble du dictionnaire avec la CIM10, il reste qu'aucune définition claire du risque dans le DRC n'a pu être arrêtée. Ceci constitue un obstacle à la création d'une méthode pratique de gestion du risque et donc à l'élaboration de démarches programmées de soins, objectif final du DRC. Celui-ci s'avère donc imparfait car inachevé, n'atteignant qu'incomplètement son objectif.

2.2. Les experts non médicaux

Les réflexions sur le risque au sein du monde médical étant figées, il semblait indispensable de prendre un peu de recul en s'enquérant de l'avis de spécialistes, théoriciens du risque.

Monsieur Tristan Debelle, chargé de l'élaboration de plan de prévention des risques technologiques chez TOTAL et monsieur Florent Jabouille, chargé de cours sur la gestion des risques et directeur du département Gestion des Risques de l'institut des risques industriels, assurantiels et financiers, ont contribué de façon capitale à l'avancement de la réflexion sur le risque dans le DRC.

Un spécialiste du risque industriel, Mr Debelle :

Dès les premiers échanges avec Mr Debelle, les similarités théoriques entre le risque technologique et celui du DRC ont été frappantes. Les notions de « conséquence », de « probabilité », de « gravité », de « subjectivité » apparaissaient. Il mettait aussi en avant la notion de « seuil d'acceptabilité du risque », au caractère subjectif, mais qui est le principal critère décisionnel dans la classification des risques. Par ailleurs, cette rencontre a permis de mettre en lumière l'importance des définitions théoriques et de la modélisation systémique, étape indispensable qui n'avait pas été approfondie au sein de la SFMG.

Un enseignant théoricien du risque, Mr Jabouille :

Les deux rencontres avec Mr Jabouille ont confirmé ces éléments.

Lors de la première rencontre, la difficulté première a été de décrire le fonctionnement du DRC à un scientifique profane quant à la pratique de la médecine générale et de lui expliquer la démarche de gestion du risque comme le praticien la vit au quotidien. Celui-ci est resté quelque peu dubitatif, comprenant difficilement le fonctionnement du DRC et la place du risque. Cela était d'autant plus difficile que nos explications

manquaient de clarté puisque la notion de risque en médecine générale restait justement obscure et mal cernée.

La seconde rencontre fut capitale au développement de la théorie. Après avoir assimilé la méthode d'utilisation du DRC, il comprit rapidement que la « clé de voûte » de la théorie reposerait sur **la reconstitution de la chaîne d'éléments dans le DRC qui produisent le risque**. Cernant la construction réflexive au sein du DRC qui engendre le risque, cette phase fondamentale permettrait d'éclaircir la notion du risque, la définition des sources et des cibles de ce risque et ouvrirait la voie à une méthode généralisée de gestion du risque.

Ce qui va être présenté après, provient de l'aboutissement de l'échange fructueux réalisé avec Mr Jabouille, qui, par la qualité de son analyse, a permis de formaliser le « système » du DRC vu au travers de la notion de risque.

3. ANALYSE SYSTEMIQUE

Dans le domaine du risque, on considère comme système, tout ensemble comportant des éléments en interaction. La notion de système doit être considérée dans sa plus large acception. A ce titre, le DRC, en tant qu'outil de gestion du risque, correspond à un système technique et médical. L'analyse d'un système permet, après avoir appréhendé sa structure et son fonctionnement, de dresser un modèle qui est alors considéré comme une représentation théorique valable. C'est tout l'intérêt de l'analyse du DRC.

3.1. Phénomène de récurrence

Braun avait insisté sur ce qu'il appelait « le renversement de la démarche diagnostique », qu'il décrivait ainsi :

« Au sujet de la présence de signes et (ou) de symptômes typiques, il y aurait lieu de noter en plus qu'en présence de telles caractéristiques, il faudra d'abord essayer de

classer le cas dans la catégorie d'un tableau de maladie type : de violents vomissements après un repas copieux par exemple, peuvent guider vers une classification de gastrite.

Mais, dès qu'on aura réalisé une adaptation satisfaisante à un tableau classique type, la conduite diagnostique devra s'inverser et il faudra à présent exclure, dans toute la mesure du possible, les évolutions critiques évitables les plus importantes pouvant présenter l'aspect d'une gastrite » [7]

La SFMG a repris cette notion et a isolé deux fonctions au risque qui rappellent ce renversement de la démarche diagnostique.

La fonction taxinomique d'un côté, qui a été décrite plus haut et qui permet la classification du cas et l'élimination d'une maladie grave que la situation pourrait évoquer correspond à la première partie de la démarche selon Braun : la classification de gastrite dans l'exemple de R.N. Braun. De l'autre, la fonction décisionnelle du risque qui intervient une fois que le cas est classé et permet la prise en charge en fonction des maladies que pourrait évoquer ce cas correspond à la seconde partie de la démarche.

On remarque donc que cette notion de risque est présente tout au long de la démarche réflexive du praticien mais celle-ci paraît évoluer comme le montre le renversement de la démarche diagnostique présentée par R.N. Braun. Il semble qu'il y ait bien deux risques de nature différente qui se succèdent dans un phénomène de récurrence. L'apparition du premier risque paraît engendrer le second.

Ce phénomène de récurrence que l'on entrevoit, s'articule ainsi (il sera utilisé un langage plus théorique et approprié dans un second temps) :

Le praticien est face à son patient, qui lui exprime ses plaintes ; Il recueille, par l'interrogatoire et l'examen clinique, les symptômes et les signes, puis relève par le RC, la certitude clinique qu'il a en fin de séance. Ici et dans environ 70% des cas où on ne peut certifier un diagnostic du fait du manque d'éléments cliniques, le médecin doit relever le RC correspondant au cas clinique en position d'incertitude diagnostique. Le

premier risque pour le praticien est là, celui de ne pas choisir le bon RC correspondant à la situation clinique en cas d'impossibilité de faire un diagnostic certain. On comprend vite que si le praticien est en mesure de faire un diagnostic certain dans le temps de la consultation, c'est-à-dire dans 30% des cas, le premier risque ne se produit pas et il peut alors agir en fonction de sa certitude diagnostique.

Telle une réaction en chaîne, ce RC qui caractérise la situation clinique en position d'incertitude diagnostique, engendre le second « risque » qui est la possibilité que ce tableau clinique non diagnostiqué soit, pour le patient, une maladie aux conséquences graves que le médecin n'a pas encore pu déceler. Ce second risque est donc celui qu'a le praticien de ne pas évoquer les maladies aux conséquences graves pouvant altérer l'état du patient que le RC en question peut faire évoquer. En effet, si celui-ci oublie d'éliminer les diagnostics dangereux pour son patient, des conséquences fâcheuses peuvent apparaître et mettre en danger le patient. Ce second risque concerne aussi le praticien.

On peut voir que la réalisation du 1^{er} « risque » engendre le 2nd risque comme le définit le phénomène de récurrence.

3.2. Éléments en cause et structuration du système

On a donc défini un phénomène de récurrence au sein du DRC, en parlant de deux risques qui se succèdent, le premier générant le second.

Il faut désormais décomposer le système correspondant à la démarche réflexive du DRC en déterminant tous les éléments en cause puis en caractériser sa structure afin de comprendre le fonctionnement.

L'étude du système va se faire en décortiquant le premier risque, celui qui entre en jeu dans le choix du RC, puis le second risque, celui qui envisage les conséquences sur le patient après le choix du RC. Chacun des deux risques conduit à un développement théorique particulièrement fastidieux. La simplification théorique qui s'en suivra, rendra plus claire et intelligible la construction du risque du DRC afin de comprendre l'intérêt d'une méthode de gestion de ce risque.

- **Le premier risque avant le choix du RC :**

C'est celui qui mène au choix du RC en position d'incertitude diagnostique. Il concerne le praticien et influe sur sa démarche diagnostique. Il est divisé en deux parties (ou processus de danger) se succédant par un phénomène de récurrence.

La première partie naît du fait que le patient ne se présente pas avec un tableau clinique complet permettant de conclure à un diagnostic certifié, ce qui est le cas, rappelons-le, dans 70% des consultations en médecine générale.

Ce manque d'éléments cliniques et anamnestiques en possession du médecin est la première source de danger. Ses causes sont multiples : elles dépendent d'une part du médecin, de son savoir et savoir-faire et d'autre part du patient et de ses connaissances, et sont aussi liées à la qualité de la relation médecin-patient. [44,45]

Ces premiers éléments constituent donc le groupe causal, nécessaire à la constitution 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, dans le cadre du DRC, va obliger le praticien à relever le cas clinique qu'il doit prendre en charge en RC en position d'incertitude diagnostique, c'est-à-dire associé à une position diagnostique pondérée.

Ainsi l'absence de diagnostic certain au terme de la consultation est bien l'événement redouté, qui va provoquer des effets sur la première cible qu'est le praticien, le mettant en position d'incertitude diagnostique.

En reprenant le schéma fondamental du risque qui suit :

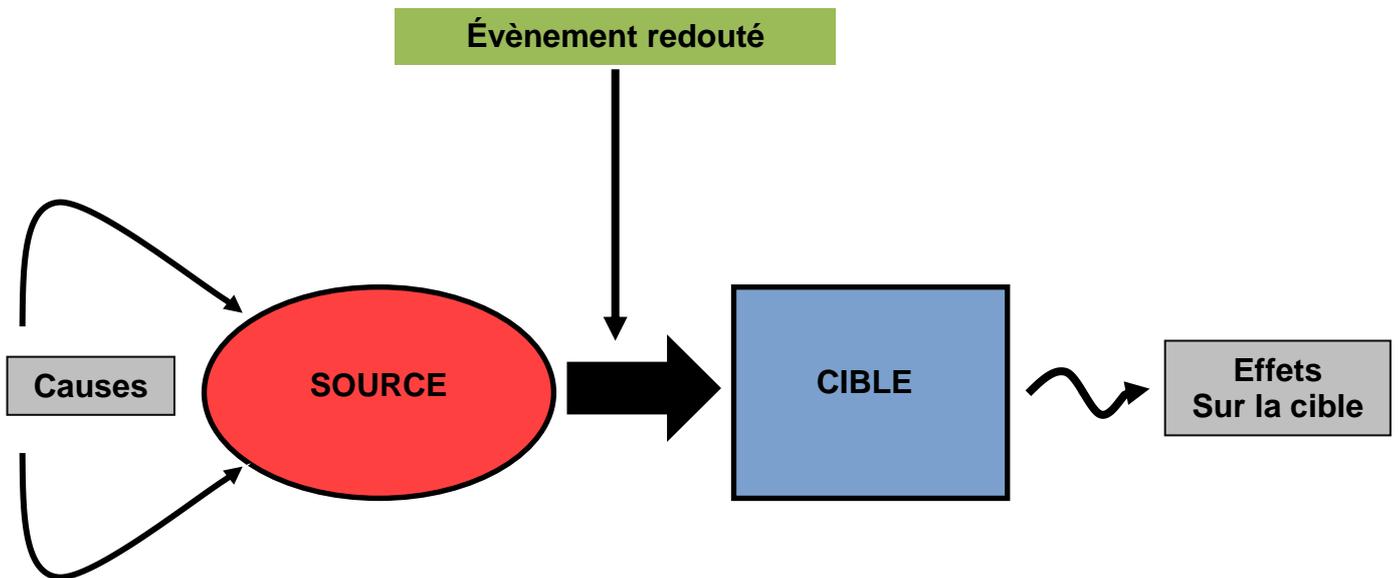


Figure n°13 : Schéma fondamental du risque

On peut représenter la première partie du 1^{er} risque du DRC :

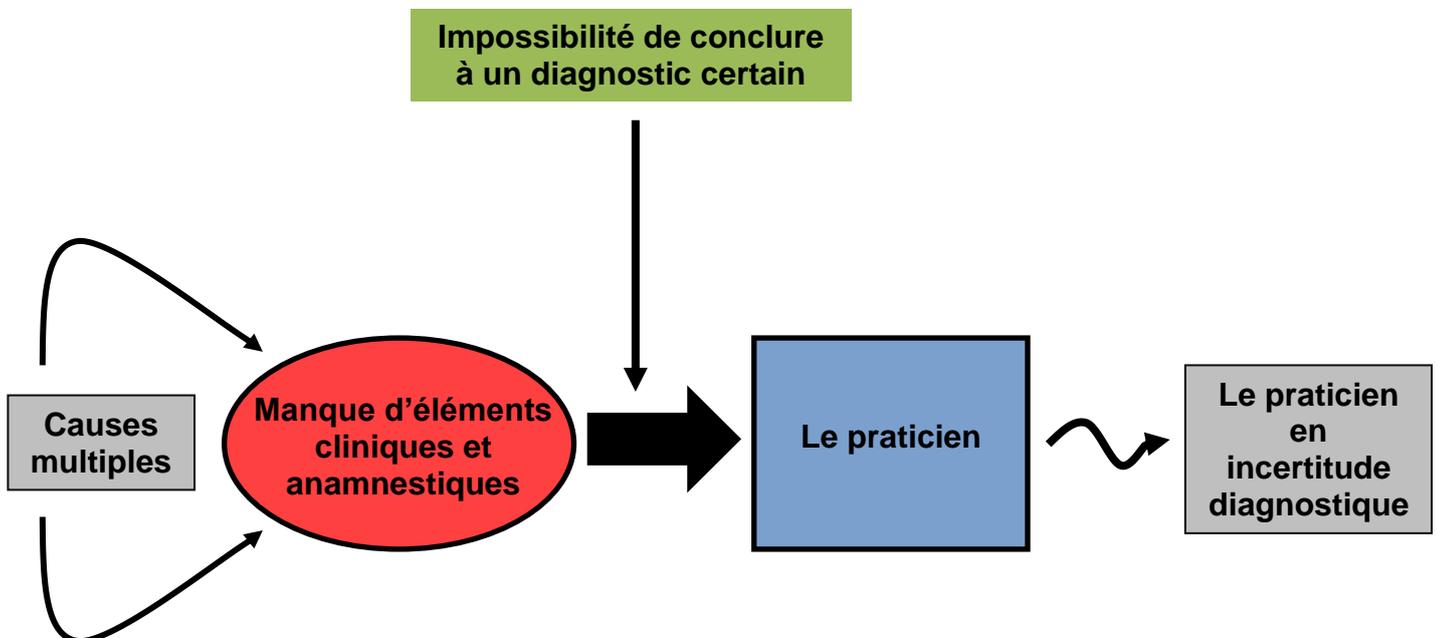


Figure n°14 : Représentation de la première partie du 1^{er} risque du DRC, avant le choix du RC.

La source est le manque d'éléments cliniques et anamnestiques.

La cible est le praticien.

L'événement redouté est l'impossibilité de conclure à un diagnostic certain.

La conséquence est l'incertitude diagnostique que le médecin va s'attacher à matérialiser par le RC.

Cette partie du 1^{er} risque n'est pas maîtrisable par le praticien car elle dépend de causes externes au praticien. Elle se produit dans environ 70% des cas.

Partant de cette position d'incertitude diagnostique, la seconde partie correspond à la matérialisation du « cas clinique » non pas en diagnostic certifié mais en RC en position d'incertitude diagnostique.

Mais cette matérialisation en RC par le praticien à travers le logiciel présente elle aussi un risque.

Effectivement, le cas clinique en incertitude diagnostique devient pour le praticien 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 diagnostique erronée car orientée par le mauvais RC.

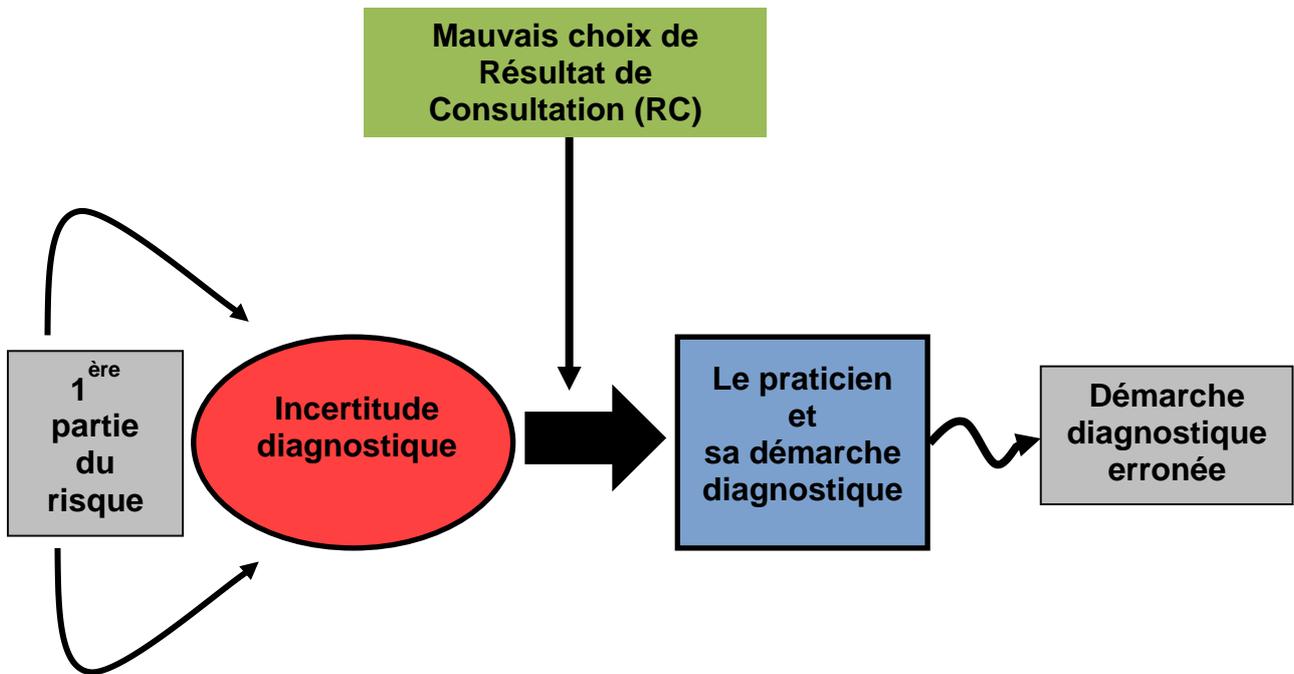


Figure n°15 : Représentation de la seconde partie du 1^{er} risque du DRC

La source est l'incertitude diagnostique

La cible est la démarche diagnostique du médecin

L'événement redouté est celui de faire le mauvais choix de RC

La conséquence est la réalisation d'une démarche diagnostique erronée par le médecin

Cette partie du 1^{er} risque dépend du médecin, de son savoir et savoir-faire et est liée à la qualité de la relation médecin-patient. Cependant, la gestion de ce risque n'est pas le sujet de ce travail et même s'il existe, il ne sera pas étudié dans le développement de la méthode qui suit par le fait qu'il ne remet pas en cause l'existence même de l'incertitude diagnostique qui peut engendrer, à elle seule, le second risque.

Ainsi, on peut symboliser le premier risque du DRC :

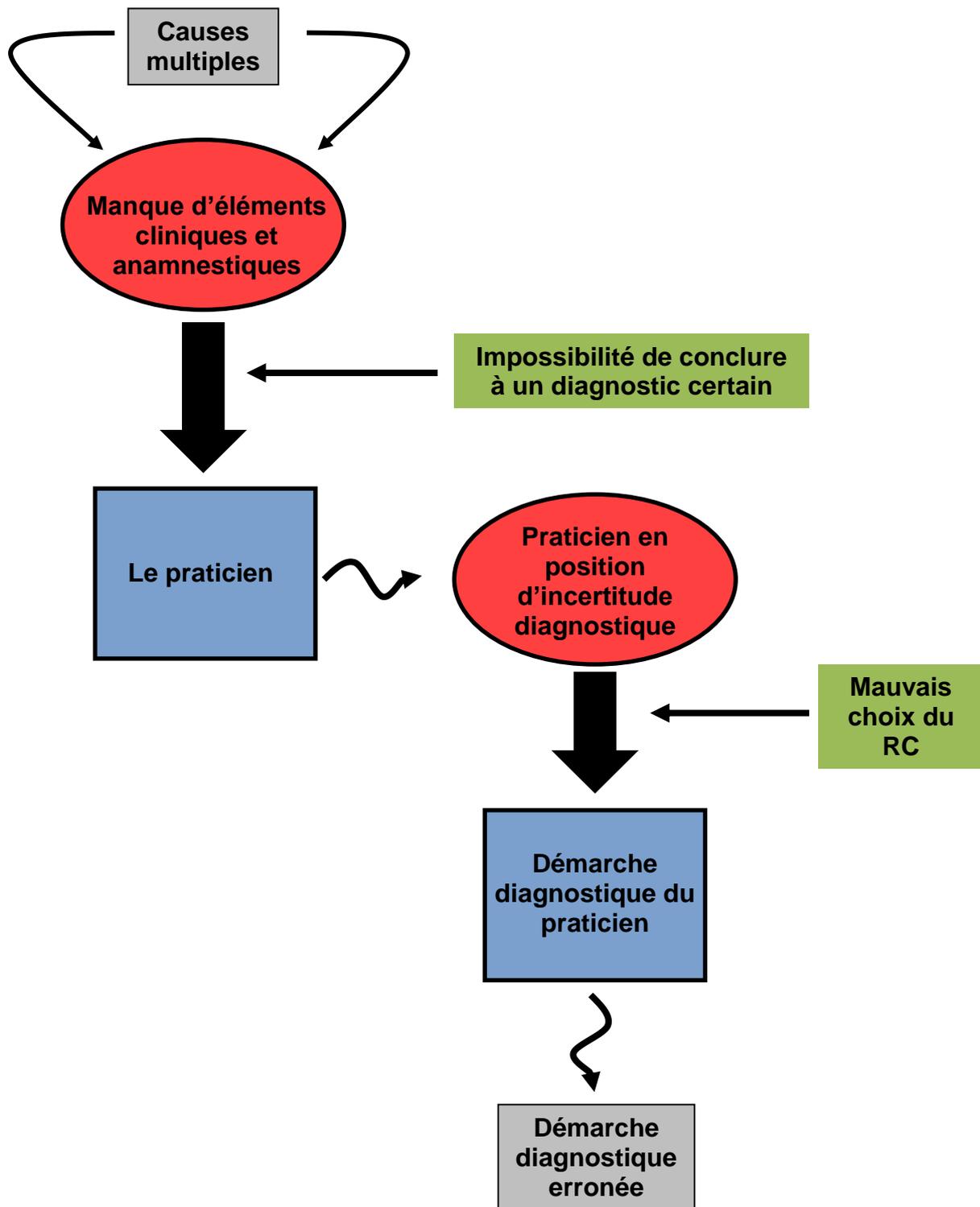


Figure n°16 : Représentation du 1^{er} risque du DRC, avant le choix du RC

Il faut noter que ce schéma correspond bien à l'évocation du rôle taxinomique du risque comme il a été défini par la SFMG, c'est-à-dire celui de ne pas relever le « bon » RC, celui correspondant au cas clinique.

- ***Le second risque, après le choix du RC:***

C'est celui qui mène aux dommages potentiels subis par le patient ; il concerne là aussi le praticien mais influe sur le patient. Il débute après le choix du RC et se décompose lui aussi en deux parties qui se succèdent. L'explication de la construction de cette seconde partie du risque est capitale pour la suite pour comprendre l'intérêt de la méthode de gestion du risque qui va être avancée.

Il s'articule ainsi :

Le médecin a matérialisé le cas clinique initial en relevant le RC correspondant du fait de l'incertitude diagnostique présenté par ce cas (il faut considérer que celui-ci a fait le bon choix de RC). L'incertitude diagnostique caractérisée par le RC pondéré par sa position diagnostique devient désormais une source de danger. Celui-ci, laisse le médecin dans l'expectative : il ne sait pas formellement ce que présente son patient et redoute l'évolution du tableau clinique vers une maladie grave. Le danger ici est alors le fait qu'il n'évoque pas et ne tente pas d'éliminer les maladies au caractère péjoratif qui pourraient survenir. Si cela se produit, le médecin se retrouve alors dans l'impossibilité d'orienter sa démarche diagnostique pour les éliminer. Ici, la cible est donc le médecin, qui, s'il n'évoque pas ou n'élimine pas les maladies graves potentielles au RC en cause, provoque une imperfection dans sa propre démarche diagnostique. Ceci se traduit ainsi :

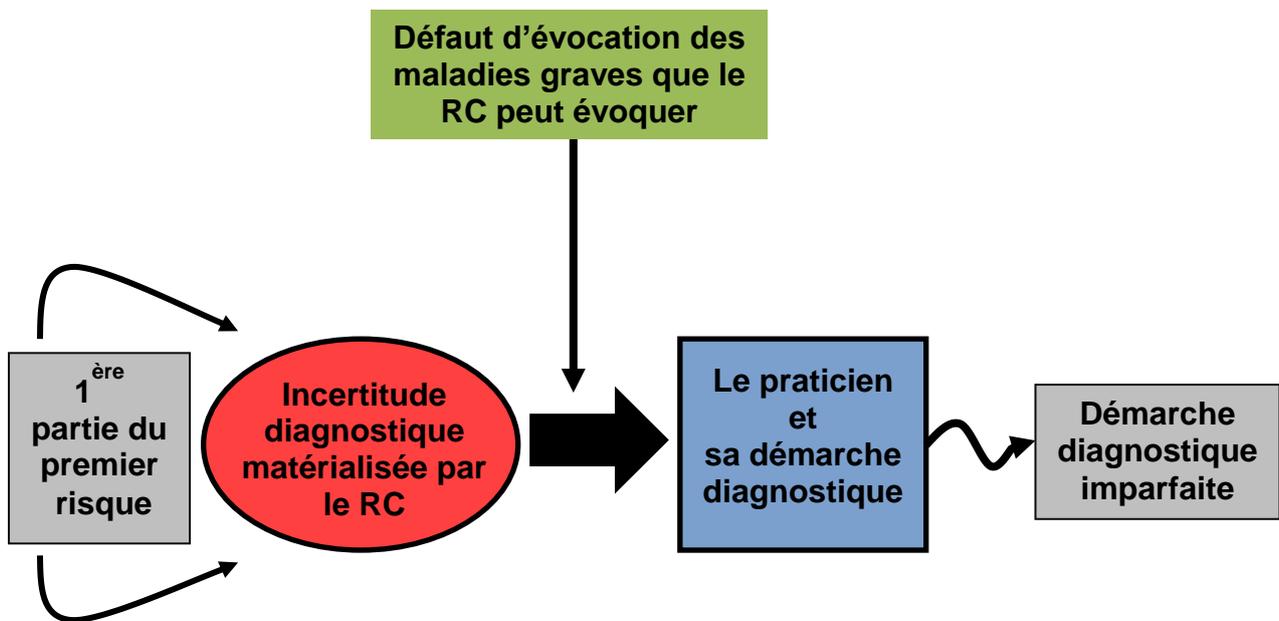


Figure n°17 : Représentation de la première partie du 2nd risque du DRC

La source est l'incertitude diagnostique matérialisée par le RC adapté au tableau clinique.

La cible est la démarche diagnostique du praticien.

L'événement redouté est le défaut d'évoquer et/ou d'éliminer les maladies graves potentielles que le RC peut évoquer.

La conséquence est alors l'imperfection de la démarche diagnostique du praticien.

C'est à partir de cette partie du risque, qui concerne le praticien, que va se développer la méthode de gestion du risque présentée par la suite.

Partant du fait que le médecin, dans sa démarche diagnostique, n'a pas pensé à éliminer les maladies graves possibles, l'événement qui peut alors se réaliser est l'évolution possible d'une de ces maladies sans prise en charge thérapeutique par le praticien. La réalisation de cet événement peut provoquer des conséquences sur le patient que sont les dommages consécutifs à la maladie. Ici, la cible de cette deuxième partie du 2nd risque est le patient.

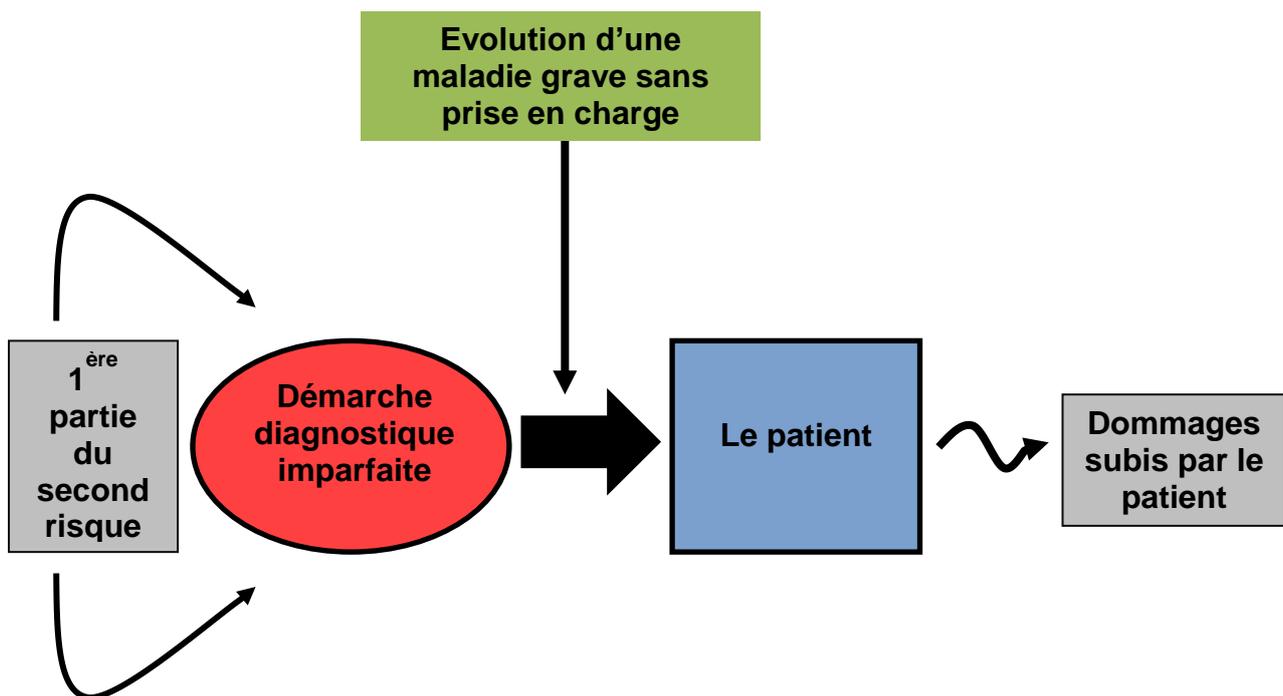


Figure n°18 : Représentation de la deuxième partie du 2nd risque du DRC

La source est la démarche diagnostique imparfaite.

La cible est le patient.

L'événement redouté est l'évolution d'une maladie grave sans prise en charge médicale.

La conséquence sur le patient est l'apparition de dommages liés à celle-ci.

Cette partie du risque est celle qui préoccupe le praticien et qui est le moteur dans l'objectif de ce travail de thèse.

En conséquence, le second risque peut être schématisé comme suit:

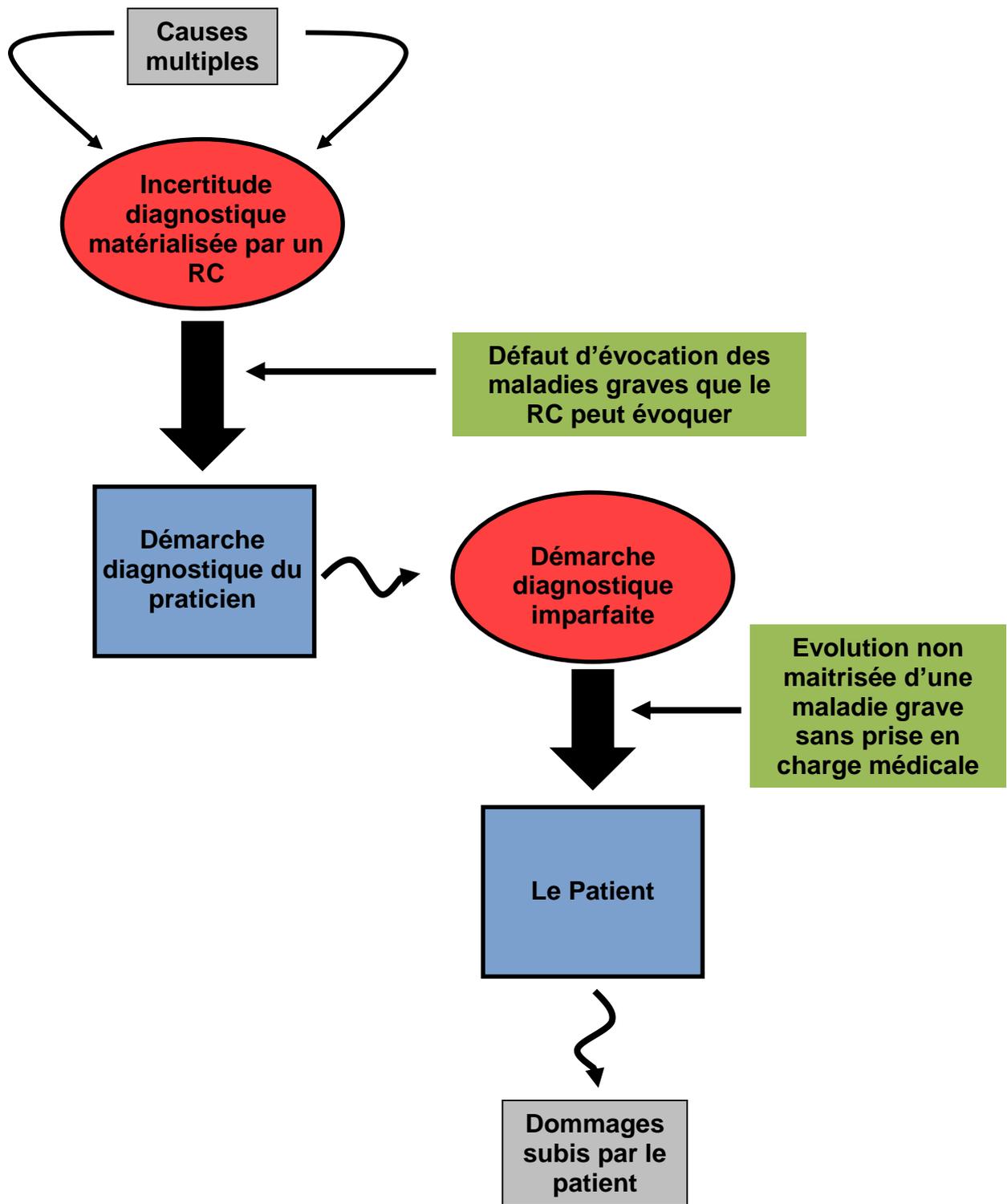


Figure n°19 : Représentation du 2^{ème} risque du DRC, après le choix du RC

Ce schéma correspond au rôle décisionnel du risque, comme l'avait défini la SFMG, incitant le praticien à optimiser sa démarche diagnostique.

4. REPRESENTATION THEORIQUE DU RISQUE

Le risque dans le DRC a donc été systématisé en totalité, chaque élément a été défini, et les relations entre eux ont été explorées.

Il convient à présent de schématiser le système dans sa globalité, avec un souci de simplification, afin de rendre une vue d'ensemble qui permet la généralisation du concept de risque dans le DRC à toute consultation.

Pour rendre la représentation globale utile à la production d'une méthode de gestion du risque, il va être admis que le praticien est vertueux et qu'en position d'incertitude diagnostique, il relève le RC approprié à la situation clinique. Ainsi, le 1^{er} risque se réduit à sa première partie, source d'incertitude diagnostique et point de départ du second risque. De plus, pour condenser le phénomène de récurrence présent dans le 2nd risque, il est possible d'appliquer, par souci de simplification, le principe de composition des cibles sur la représentation schématique. Le schéma court-circuite la partie dans laquelle la démarche diagnostique du médecin est la cible afin de mettre en valeur la source initiale qu'est l'incertitude diagnostique matérialisée par le RC et la cible finale qu'est le patient. Il ne faut cependant pas oublier que la cible intermédiaire qui devient une source par la suite est bien le praticien et sa démarche diagnostique.

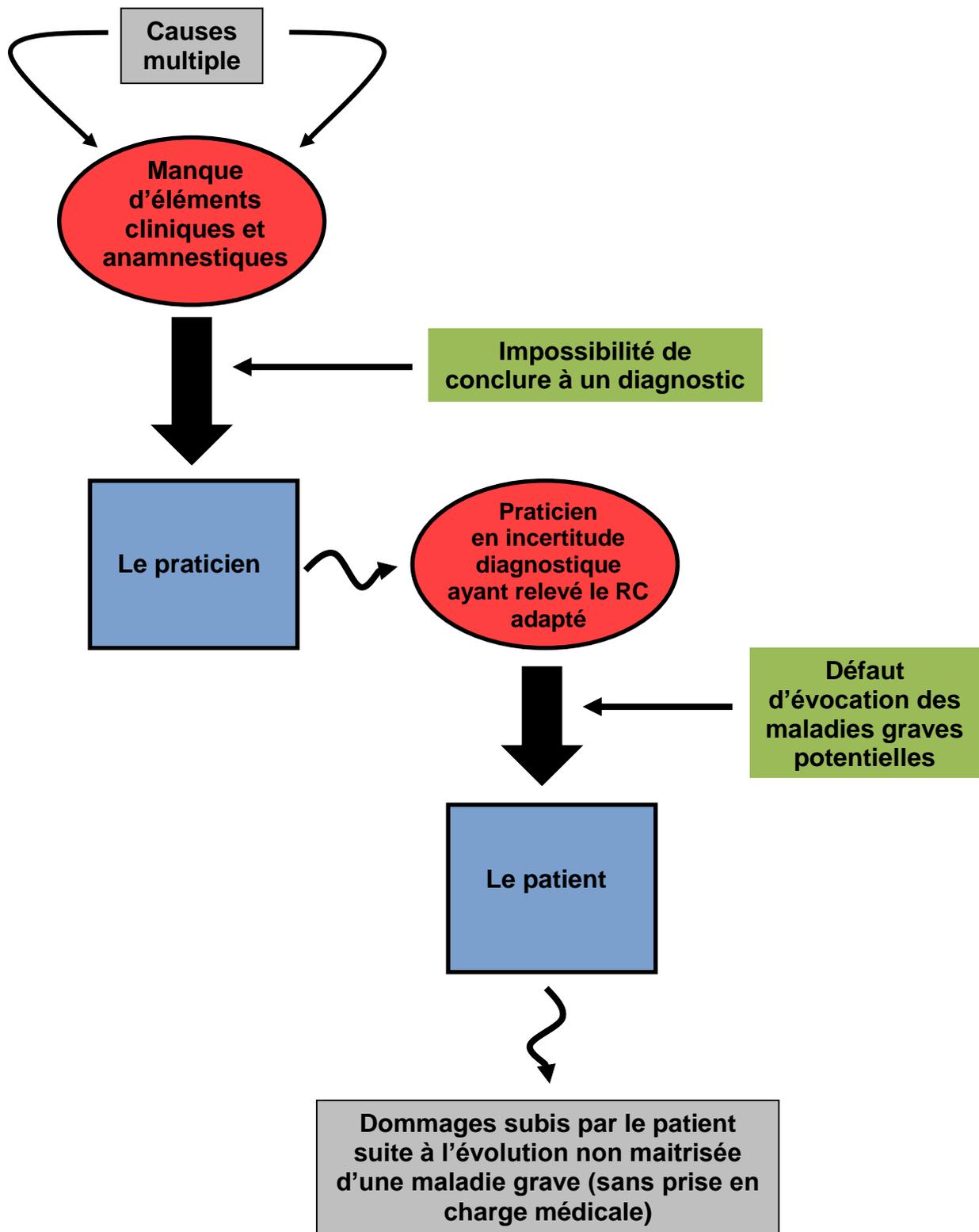


Figure n°20 : Représentation simplifiée du risque du DRC

Pour conclure, le système ainsi déployé, permet de schématiser les différentes étapes de réflexion du praticien à travers le fonctionnement du DRC. Celui-ci décompose le risque dans sa vision globale en deux parties et conceptualise le renversement de la démarche diagnostique telle que l'avait évoquée Braun.

Le premier risque est celui de choisir, dans l'incertitude diagnostique présente dans 70% des cas, le RC correspondant à la situation clinique, choix fait par le praticien avec les moyens qu'il a à disposition et en fonction de sa plus haute certitude clinique au moment de la consultation. Pour cela, Il est amené à éliminer les différents RC concurrents que peut faire évoquer la situation clinique, certains pouvant s'avérer potentiellement graves. Par exemple, devant une douleur de la région épigastrique, le praticien pourvu d'un électrocardiogramme, va pouvoir rechercher, au moment de la consultation, l'existence de signes électriques d'infarctus du myocarde ; si c'est le cas, il pourra relever le RC « INFARCTUS DU MYOCARDE » en position diagnostique D (diagnostic certifié) et agir en position de certitude diagnostique ; alors que s'il ne retrouve pas d'anomalie électrique, il en restera au RC « EPIGASTRALGIE » en position diagnostique A, caractérisant sa plus haute certitude clinique. Il se retrouvera alors avec le RC adapté en position d'incertitude diagnostique qui engendrera le second risque.

Le second risque est le défaut d'évocation des maladies dangereuses que peut mimer le RC choisi. Le praticien se doit d'orienter sa démarche diagnostique en fonction de la « gravité » des maladies dangereuses possibles pouvant être évoquées. Sa démarche n'est pas nécessairement centrée sur des examens complémentaires ; il peut demander au patient de reconsulter à 48 heures, de l'appeler en cas d'apparition d'un nouveau symptôme. S'il ne les élimine pas, il expose le patient à leur évolution non contrôlée et à leurs complications. Mais il peut aussi rester en position d'incertitude diagnostique si le RC choisi ne présente pas de risque d'évolution vers une maladie dangereuse, position acceptable du fait qu'elle n'expose pas son patient aux dommages ou si le tableau clinique que son patient présente lui permet de patienter.

D. METHODE D'ANALYSE DU RISQUE DANS LE DRC

1. INTERET D'UNE METHODE DE GESTION DU RISQUE

Le risque inclus dans la démarche du praticien lors de l'utilisation du DRC a été analysé et décortiqué afin de mettre en évidence les différents éléments qui entrent en jeu dans la démarche médicale. Il a permis de conceptualiser et de modéliser la démarche empirique que R.N. Braun avait mise en évidence.

La finalité de ce travail est de produire une méthode de gestion de ce risque qui permettrait d'améliorer l'efficacité du praticien afin d'éviter les complications pour son patient.

Il convient de déterminer les moyens à mettre en œuvre pour éviter que le second risque ne se produise, c'est-à-dire le fait que le praticien n'évoque pas les diagnostics dangereux potentiels que peut suggérer le RC choisi dans le but d'éviter qu'ils n'évoluent pas sans prise charge médicale. Ceci revient à définir des barrières de prévention permettant de déjouer ce risque.

Ainsi, il faut considérer comme postulat de départ le fait que le praticien se trouve en position d'incertitude diagnostique et qu'il a choisi le RC bien adapté à sa plus grande certitude clinique, dans le but de ne s'intéresser qu'à la seconde partie du risque du DRC. En somme, il faut se placer dans la situation que l'on pourrait considérer comme optimale pour l'étude de la seconde partie du risque et d'ailleurs probablement la plus fréquente en pratique.

Pour éviter ce risque qui est désormais le sujet, un moyen possiblement efficace serait de produire une liste pratique de diagnostics dangereux pour chaque RC qui permettra au praticien de conserver un esprit de vigilance aigüe quand il se retrouvera en position d'incertitude diagnostique. Cette liste devra lui permettre d'orienter sa démarche diagnostique dans le but d'éviter ou de limiter les dommages liés à ces diagnostics à son patient.

L'analyse méthodique va donc porter sur les diagnostics dangereux que peut subir le patient en fonction du RC choisi.

DEMARCHE DE REFLEXION

1.1. La démarche méthodique

Ce travail correspond à une étude des diagnostics dangereux mettant le patient en péril avant qu'ils n'apparaissent. Cette démarche est une méthode a priori [41], basée sur l'induction, qui consiste, avant l'existence de tout événement dommageable et partant d'un système considéré, à formuler des hypothèses sur certains éléments qui le constituent puis à inférer une manifestation anormale pouvant produire des effets dommageables. Cette réflexion, qui permet de passer du général (le système) au cas particulier (l'événement redouté) est à caractère téléologique, puisqu'elle postule des causes et en induit des effets qui peuvent avoir des conséquences dommageables. En prévention des risques, comme c'est le cas ici, il s'agit de la démarche à privilégier car elle est rigoureuse et permet une approche téléologique du risque [23].

Dans notre contexte, on entreprend une démarche inductive lorsqu'on postule le défaut d'évocation d'un diagnostic dangereux par le praticien devant un cas en position d'incertitude diagnostique, et qu'on induit les conséquences possibles sur le patient. Il s'agit clairement d'une approche téléologique.

1.2. L'approche téléologique [23]

Comme il a déjà été dit, dans le domaine médical, on n'envisage pas souvent le risque ; on se borne à réfléchir à l'accident, au diagnostic et à ses conséquences. D'ailleurs, la quasi-totalité des méthodes d'analyse de risque ne sont pas des méthodes d'évaluation du risque mais d'analyse des dangers. Dans certaines d'entre elles, on applique une cotation pour pondérer les événements étudiés et définir une grandeur à chaque événement que l'on nomme la criticité.

L'analyse systémique a permis de structurer le système du risque dans le DRC en évoquant tous les éléments et leurs interactions, ainsi que le phénomène de récurrence (ou scénario du danger) propre à la démarche réflexive du praticien. Cette étape, qui se révélait nécessaire, n'avait pour but que de mettre en valeur le réel objectif

téléologique de ce travail, c'est-à-dire d'évaluer les diagnostics dangereux que pourrait subir le patient si le médecin ne réalise pas une démarche diagnostique adaptée.

Ici, nous allons donc uniquement nous intéresser au deuxième risque du DRC, celui qui a pour cible finale le patient et qui s'intéresse aux conséquences possibles. Non pas que l'intérêt de réduire l'incertitude diagnostique liée à la première partie du risque soit inutile mais seulement parce qu'il a été choisi de ne s'intéresser qu'aux conséquences et non aux causes de ce risque, dans le cadre d'une approche téléologique.

2. OBJECTIF OPERATIONNEL

Dans le second risque du DRC, le praticien a relevé le RC adapté au « cas » de son patient et se trouve en position d'incertitude diagnostique. Il doit alors s'attacher, à évoquer ou éliminer les diagnostics potentiellement dangereux qui pourraient être évoqués devant ce RC et qui pourraient entraîner des dommages significatifs sur le patient.

L'objectif de la méthode d'analyse de ces diagnostics dangereux, conformément à l'objectif initial de la SFMG, est multiple :

- Déterminer leur nature en discutant les propositions faites antérieurement par la SFMG.
- Définir les critères généraux permettant leur analyse afin d'estimer la valeur de chacun, que l'on appellera la criticité.
- Produire une liste priorisée de ces diagnostics à caractère critique pour chaque RC du DRC, adaptée à chaque patient, qui aidera le médecin dans sa pratique quotidienne lorsqu'il se retrouvera en position d'incertitude diagnostique

3. DEFINITION DES DIAGNOSTICS DANGEREUX

3.1. L'état de la question au sein de la SFMG

Depuis plus de vingt ans, la SFMG cherche à définir les caractéristiques de ces diagnostics potentiels aux dommages significatifs. Les derniers écrits datent du sept décembre 2008 et montrent la difficulté de déterminer leur nature [6,22,27,28].

La définition proposée : « Liste des maladies que peut évoquer le RC dont l'évolution rapidement grave, voire mortelle, pourrait être évitée par une intervention médicale adaptée. » y était débattue et les sociétaires tentaient de qualifier ces événements (qui s'appelaient à cette époque les Risques d'évolution grave évitable, résumés à l'acronyme REGE) ; ils proposèrent successivement :

- ➔ Un état différentiel, notamment lors du choix clinique entre deux RC que sont les RC « PLAINTÉ ABDOMINALE » et « ABDOMEN DOULOUREUX AIGU », le danger étant de ne pas passer à côté du second RC, à la gravité potentielle plus importante. Ou alors, le fait d'éliminer le diagnostic différentiel de méningite permettant de classer le cas en RC « CEPHALEE ».
- ➔ Une complication évolutive inhérente au RC : par exemple, évoquer le Tétanos dans le cadre du RC « PLAIE ».
- ➔ Un RC plus grave et plus caractéristique : les diagnostics dangereux représentés par les RC « CANCER » en position C ou D et « CORPS ETRANGER DANS CAVITE NATURELLE » en position D lors du choix du RC « TOUX » en position A moins caractéristique.

On remarque que les différentes natures de diagnostics proposés amalgament les 2 risques du DRC, d'ordre taxinomique et décisionnel, établis par la SFMG. Lorsque l'on parle d'état différentiel, et même de « RC différentiel » comme cela a été avancé dans l'exemple plus haut, on comprend que l'absence de défense à l'examen clinique élimine de fait, la possibilité de relever le RC « ABDOMEN DOULOUREUX AIGU » et le danger qu'il représente pour le patient. C'est bien le caractère taxinomique qui est mis en avant ici et qui correspond au premier risque. Par ailleurs, quand on choisit le RC « CORPS

ETRANGER DANS CAVITE NATURELLE » en position diagnostique D pour le RC « TOUX » en position diagnostique A, on met en évidence le caractère décisionnel du risque par la nécessité faite au praticien de réaliser des examens complémentaires nécessaires à l'élimination de ce diagnostic. Pour cet exemple, c'est la nature étiologique du diagnostic qui est distinguée plutôt que la nature différentielle.

Ces réflexions menées au sein de la SFMG au sujet de la nature du diagnostic dangereux à prendre en compte ont mené, par l'amalgame des deux risques, à évoquer plusieurs natures différentes, aux caractéristiques hétérogènes, et ont alors produit une certaine confusion qui a enlisé le débat.

3.2. Proposition de définition

Comme on vient de le voir, la confusion née du mélange entre les deux risques n'a pas permis de construire une définition cohérente des diagnostics dangereux à étudier. Les différentes caractéristiques qui ont été proposées se sont avérées discordantes et surtout non pertinentes.

L'étude théorique du risque présentée plus haut, a permis de distinguer deux risques distincts et analysables de façon séparée, mais reliés par un phénomène de récurrence ; d'ailleurs, il a été montré qu'ils coïncidaient avec les deux « rôles » du risque que la SFMG avait proposés. Le premier, le risque de l'incertitude diagnostique, correspondant au « rôle taxinomique » et le second, le risque pour le praticien d'omettre l'évocation d'un diagnostic au caractère péjoratif pour le patient, coïncidant avec le « rôle décisionnel du risque ». Evidemment, le risque n'a aucun « rôle » théorique, mais cette notion de « rôle » ou « fonction » du risque avait été proposée par souci de compréhension de la part de la SFMG.

Ici, l'objectif clairement établi de créer des listes de diagnostics dangereux pour chaque RC, impliquant uniquement le second risque, va permettre de cibler la réflexion à tenir pour déterminer leurs caractéristiques.

Ceci étant dit, il est maintenant possible d'avancer plusieurs affirmations :

Le diagnostic dangereux ne peut pas être une complication d'un RC : d'une part, car un RC, en tant que conclusion de la réflexion du praticien sur un cas, résultat de sa plus haute certitude clinique, n'est pas, par définition, un diagnostic (hormis la position diagnostique D). Il est ainsi théoriquement aberrant d'évoquer des complications à une conclusion clinique non clairement identifiée ; d'autre part, parce la préoccupation du médecin, à cet instant, est orientée vers la survenue possible d'une maladie dangereuse et non vers l'éventuelle complication d'une situation qu'il n'a pas encore diagnostiquée.

Exemple : Le RC « ETAT FEBRILE » n'a pas pour diagnostic critique « Convulsions hyperthermiques » qui n'est que la complication d'une fièvre mal tolérée.

Le diagnostic dangereux 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. L'état morbide différentiel au caractère potentiellement grave entre en jeu quand le praticien recueille les différentes données de l'examen clinique et qu'il doit relever un RC. Confronté à choisir en fonction de sa plus haute certitude clinique, il peut être amené à éliminer certains RC au caractère grave. Il s'agit du risque lié à l'incertitude clinique et qui met en cause sa compétence d'analyse et les données qu'il a collecté. Cependant, une fois qu'il a choisi le RC correspondant à la situation clinique, il n'est plus question de douter sur ce choix et il doit porter son attention à la possibilité de survenue d'un diagnostic dangereux que le RC choisi peut augurer dans cette position d'incertitude diagnostique persistante.

Exemple n°1 : Le médecin examine un patient qui se plaint du ventre, symptôme tout à fait isolé. L'absence de défense abdominale lors de l'examen clinique, va lui faire éliminer le choix du RC « ABDOMEN DOULOUREUX AIGU » au profit de « PLAINTÉ ABDOMINALE ». On comprend aisément que la liste des diagnostics critiques à évoquer par la suite dépend du choix du RC, mais qu'elle reste parfaitement indépendante des RC différentiels qui ont été éliminés. Ici, les diagnostics dangereux

liés au RC « ABDOMEN DOULOUREUX AIGU » sont, de fait, éliminés par le choix du RC « PLAINTE ABDOMINALE ».

Exemple n°2 : La folliculite ou la cellulite ne sont pas des diagnostics que pourrait suggérer le RC « ABCES SUPERFICIEL » mais bien des RC différentiels car si le praticien a consciemment choisi ce RC, c'est bien qu'il a déjà éliminé la possibilité d'un érysipèle ou d'une cellulite à l'examen. La liste des diagnostics dangereux pour ce RC s'en trouve tout de suite simplifiée.

Enfin, lorsqu'on a cerné le risque du DRC purement théorique, on s'aperçoit que ce qui intéresse le praticien, une fois qu'il a choisi le bon RC (et il faut considérer qu'il a fait un choix judicieux), c'est le fait de pouvoir éliminer, ou tout au moins évoquer, la cause potentiellement dangereuse du tableau clinique décrit par le RC.

Cette cause, en tant qu'étiologie, ne peut être détectée que par l'aboutissement de la démarche diagnostique. Ainsi, ce qui inquiète le médecin, c'est bien le diagnostic final dans son caractère étiologique. Nous sommes dans la démarche décisionnelle face à un RC en position ouverte, qui sous-entend une étiologie diagnostique. Il nous faut donc déterminer les causes possibles du RC choisi en tant que diagnostics étiologiques. C'est ainsi qu'un RC en position diagnostique D, considéré comme un diagnostic certain nosologiquement défini, peut représenter une cause possible d'un RC en position d'incertitude diagnostique.

En conséquence, la définition du diagnostic dangereux est donc :

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

De cette définition, on retire les deux caractéristiques obligatoires suivantes :

- Un diagnostic dangereux doit être un **diagnostic** au sens de l'aboutissement du raisonnement médical ayant abouti à l'identification de toute maladie, traumatisme ou autre affection médicale (iatrogénie, intoxication...) nosologiquement identifiés.
- Un diagnostic dangereux doit avoir un **caractère étiologique**, c'est-à-dire que le diagnostic doit avoir une relation causale avec le RC.

Cependant, il convient d'ajouter une troisième caractéristique obligatoire :

- Un diagnostic étiologique dangereux, doit avoir une **pertinence chronologique et clinique avec le RC**, c'est-à-dire que le RC en question doit pouvoir être un mode de révélation de ce diagnostic étiologique redouté.

En effet, il doit y avoir une certaine pertinence clinique entre le RC et le diagnostic étiologique dangereux : cela signifie que la corrélation entre ce que décrivent le RC et le danger sous-jacent se doit d'être vraisemblable sur le plan médical. Par exemple, face au RC « AMAIGRISSEMENT », le diagnostic de « cirrhose » est bien un diagnostic étiologique pouvant correspondre à l'évolution clinique d'un RC et correspond parfaitement à la définition proposée plus-haut. Mais il est évident que le praticien ne va pas penser à une cirrhose devant l'amaigrissement d'un patient. Ceci se justifie par le fait que ce symptôme n'est pas un signe révélateur habituel de la cirrhose, il s'agit d'un signe clinique trop tardif pour qu'il y ait une adéquation chronologique entre le RC et le diagnostic étiologique dangereux. En somme, il faut que le tableau clinique que décrit le RC soit un possible mode de révélation du danger ; ainsi, si dans l'histoire naturelle du diagnostic redouté, les signes cliniques décrits par le RC apparaissent après la connaissance de ce diagnostic par le praticien, il ne peut pas être retenu par manque de pertinence chronologique et clinique avec le RC.

4. ANALYSE DES DIAGNOSTICS ETIOLOGIQUES CRITIQUES

4.1. Méthode d'analyse

Ce travail étant basé sur une vision téléologique du risque, il a fallu définir une méthode d'analyse qui correspondait à cette approche.

Le choix s'est alors porté sur une des méthodes les plus utilisées dans le domaine du risque : la méthode d'analyse des modes de défaillance, de leurs effets (et de leur criticité), plus connue sous l'acronyme : AMDE(C). [23,42,43,46]

Ce choix est justifié : il s'agit d'une méthode téléologique à inférence inductive, fréquemment utilisée dans le cadre d'une démarche préventive ; elle s'inscrit donc bien dans l'objectif de ce travail.

L'AMDE(C) a été développée sur la base d'une méthode d'analyse des modes de défaillance à l'initiative de l'armée américaine en 1949. Désormais, elle est considérée comme une technique multidisciplinaire, adaptable, permettant, une fois que l'analyse fonctionnelle du système à étudier a été réalisée, de pratiquer une analyse préliminaire des risques. Celle-ci comporte une étude de criticité de chaque événement redouté, permettant de les hiérarchiser et, ainsi, de prioriser les interventions de gestion du risque.

L'AMDE(C) comporte deux parties :

- La première consiste à déterminer, pour le système étudié, les modes de défaillance, les causes et les conséquences des défaillances. Celle-ci correspond en fait à la méthode AMDE (sans l'étude de la criticité). Dans ce travail, cela consiste à établir une liste de diagnostics étiologiques pour chaque RC, que le praticien peut évoquer devant son cas en position d'incertitude diagnostique. On considère ici que les conséquences sur le patient de chaque diagnostic sont connues du médecin.
- La seconde partie consiste en l'estimation des différents aléas des modes de défaillance pour définir ce qui a été dénommé la criticité ; On traite ici le « C » de la méthode. Pour cela, on utilise des indices : indice de gravité, indice de fréquence...etc. La criticité correspond à une estimation, et non une

évaluation de la valeur des aléas en fonction des critères choisis. Elle représente l'importance du danger et est estimée à partir de matrices de cotation différentes selon le secteur d'activité. C'est la prochaine étape de ce travail : définir des critères d'études des diagnostics étiologiques afin d'estimer la criticité de chacun, de la façon la moins subjective possible, ce qui conduira à la production d'une liste « utile » pour le praticien de diagnostics étiologiques critiques (DEC).

4.2. Critères d'analyse

Ayant défini la nature des diagnostics à évoquer, il convient maintenant de déterminer les critères qui vont permettre de les évaluer grâce à la méthode AMDE(C)

La réflexion menée durant ce travail a permis d'isoler et de définir quatre critères objectifs et essentiels pour estimer la grandeur de chaque diagnostic étiologique :

- La gravité : critère majeur évaluant l'importance du dommage potentiel d'un DEC subi par le patient.
- L'urgence de la prise en charge qui évalue indirectement la rapidité d'apparition des dommages d'un DEC.
- La curabilité qui renseigne sur la qualité du traitement possible d'un DEC donc sur l'efficacité potentielle du praticien.
- Le critère d'atteinte du patient englobant sa vulnérabilité potentielle à un DEC et l'impact potentiel des dommages du DEC sur le patient. Il s'agit d'un critère propre au patient.

4.2.1. LA GRAVITE

Il s'agit du critère le plus important à prendre en compte. Le diagnostic dangereux, puisqu'il inquiète le praticien et que celui-ci a pour objectif d'éviter des conséquences dommageables à son patient, doit avoir pour principale caractéristique d'être grave.

Cette gravité est liée à l'événement redouté (au diagnostic étiologique donc) et s'avère totalement indépendante de l'état du patient ou de ses antécédents ; il s'agit d'une estimation subjective générale (uniquement du diagnostic pris isolément du contexte clinique) et non individuelle (de ce diagnostic par rapport au patient en cause) de la possibilité de mourir (dommage mortel) ou de subir un préjudice (dommage non mortel) **si rien n'est fait médicalement**. La gravité d'une maladie est la même quel que soit le patient ou le RC en cause. Sa valeur pour un même diagnostic étiologique est fixe et ne varie pas en fonction des antécédents du patient ou de l'importance du RC ; il s'agit d'une valeur intrinsèque au diagnostic.

Par ailleurs, cette estimation est faite en considérant l'absence de prise en charge de cette maladie et de ses complications, ne tenant pas compte de l'intervention du médecin.

L'évaluation se veut subjective, non statistique car n'utilisant pas de base de données statistiques et occultant de fait les différentes formes cliniques d'une maladie ou son stade ; elle se doit d'être choisie par un ensemble de médecin expérimentés, engendrant une estimation dite d'experts comme cela se fait dans d'autres domaines tels que l'aérospatiale et le nucléaire. S'agissant du dommage mortel, cette estimation ressemble à la notion de pronostic vital d'une maladie, dans la mesure où elle équivaut au pronostic mortel d'une maladie qui ne tient pas compte de la forme clinique.

Cette gravité a été définie comme suit :

« Un diagnostic est grave s'il peut potentiellement entraîner la mort ou provoquer un préjudice inacceptable, en l'absence d'intervention du praticien. »

Il faut considérer que les dommages sont occasionnés par l'étiologie et ses conséquences.

On remarque que la nature des dommages est multiple : le diagnostic peut provoquer un dommage mortel ou un dommage non mortel mais inacceptable nommé le préjudice.

Le dommage mortel correspond à la probabilité de l'étiologie en question d'entraîner la mort. Celle-ci est choisie subjectivement, à partir de l'expérience et de la connaissance du groupe de praticiens qui fait le choix. Ce dommage est classé en 4 niveaux de probabilités de mort : inélucltable, probable, peu probable, et absence ; l'absence de données statistiques sur ce sujet engendre la nécessité de réaliser non pas une évaluation mais une estimation tout à fait subjective de cette probabilité, qui n'en est pas moins réaliste ; Ce caractère subjectif de la cotation sera discuté après.

Le préjudice correspond à une incapacité consécutive aux dommages sur les fonctions du patient résultant de l'apparition d'une pathologie. Il englobe différentes natures de préjudices et peut être d'ordre moteur, sensoriel, esthétique, psychologique [46,47,48]. Concernant le préjudice moteur, il a été choisi de s'inspirer de l'échelle de l'Organisation Mondiale de la Santé sur l'évaluation de la qualité de vie [48]. Le regroupement de ces différents préjudices a permis de simplifier leur évaluation.

Il est défini en 4 niveaux :

- Le préjudice majeur

Il comprend l'invalidité complète, le confinement au lit ou au fauteuil plus de 50% du temps d'éveil, l'atteinte de plusieurs sens

- Le préjudice modéré

Il comprend l'inaptitude au travail lié à un dommage moteur ou une atteinte des fonctions supérieures, la perte d'un des trois sens majeurs que sont la vue, l'ouïe ou le toucher, un préjudice esthétique touchant la face.

- Le préjudice mineur

Il comprend la restriction des activités physiques intenses, la perte d'un sens mineur (gout ou odorat), un préjudice esthétique ne touchant pas la face, l'infertilité.

- L'absence de préjudice

En s'inspirant des tableaux de gravité réalisés dans l'industrie chimique ou automobile [23], la réflexion sur la gravité d'un diagnostic étiologique et l'expérimentation au sein du DRC par plusieurs membres de la SFMG a permis de construire deux tableaux de cotation, en séparant distinctement d'un côté le dommage mortel et de l'autre l'importance du préjudice. Puis, à partir de ces deux tableaux et dans un souci de simplification de l'évaluation de la gravité, il a été réalisé une matrice de cotation de la gravité permettant de pondérer les deux dommages possibles :

Tableau n°1: Evaluation du dommage mortel d'un diagnostic étiologique

INELUCTABLE	<i>Qui conduit assurément à la mort</i>
PROBABLE	<i>Qui conduit très souvent à la mort</i>
PEU PROBABLE	<i>Qui conduit quelquefois à la mort</i>
NULLE	<i>Qui ne conduit pas à la mort</i>

Tableau n°2 : Evaluation du préjudice attendu d'un diagnostic étiologique

<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 ambulateur 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 ambulateur 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>

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

Dommages non mortel / Dommages mortel	PREJUDICE MAJEUR	PREJUDICE MODERE	PREJUDICE MINEUR	ABSENCE
INELUCTABLE	Red	Red	Red	Red
PROBABLE	Red	Yellow	Yellow	Yellow
PEU PROBABLE	Red	Yellow	Blue	Blue
NUL	Red	Yellow	Blue	White

La matrice de cotation réalisée à partir des trois tableaux permet de coter la gravité intrinsèque de l'événement redouté 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**

Un diagnostic étiologique ne présentant pas de gravité, est exclu de l'étude ; l'absence de gravité représente donc ***un critère d'exclusion de la liste propre à chaque RC.*** Par exemple, le diagnostic de rhinite virale aiguë n'a pas de caractère de gravité lorsque le praticien choisit le RC « ETAT MORBIDE AFEBRILE ».

La matrice de cotation définit des couples dommage mortel/dommage non mortel d'importances différentes permettant de prendre en compte, pour chaque diagnostic, la variabilité de ses conséquences. Ces différents couples ont été regroupés selon leur importance, en quatre niveaux de gravité, sur avis des membres du secrétariat du département du DRC ; ceci permet une homogénéisation de la cotation.

Pour chaque diagnostic étiologique, il doit être retenu la gravité potentielle maximale. En effet, ne pouvant prédire l'importance des conséquences à l'avance, il est alors fait le choix, par excès, d'envisager le scénario majorant (le scénario « du pire »).

4.2.2. L'URGENCE DE LA PRISE EN CHARGE

Puisque ce travail a pour objectif ultérieur d'améliorer la prise en charge diagnostique des patients par la création de démarches diagnostiques programmées, il a été jugé nécessaire et utile que soit en pris en compte, dans la valeur d'un diagnostic étiologique, l'urgence de sa prise en charge. Celle-ci est estimée en fonction de la rapidité d'évolution clinique maximale de celui-ci, qui conditionne la rapidité de prise en charge diagnostique et thérapeutique du patient par le praticien. Ainsi, de façon similaire à l'évaluation de la gravité, il faut choisir le scénario majorant, celui qui, pour chaque étiologie, correspond à l'évolution clinique potentielle la plus rapide.

Sa définition théorique est :

« L'urgence de prise en charge d'une étiologie dépend de la rapidité potentielle de survenue de ses dommages, quelle qu'en soit la gravité »

Par exemple, lorsque le praticien aura choisi le RC « ACCES ET CRISE », sa démarche diagnostique et thérapeutique le conduira à éliminer plus rapidement le diagnostic « Accident ischémique transitoire » que celui de « Tumeur cérébrale » ; non pas que l'accident ischémique soit potentiellement plus grave que le tumeur cérébrale (ça serait d'ailleurs le contraire), mais par le fait que les dommages peuvent apparaître bien plus précocement et nécessite donc une prise en charge plus urgente.

Ce critère peut, en outre, permettre de hiérarchiser deux diagnostics étiologiques dont les gravités sont identiques ; ainsi, devant le RC « ADENOPATHIE », le danger « Hémopathie » sera bien plus urgent à traiter que celui de « VIH », alors que leurs valeurs de gravité sont identiques (La mort est inéluctable en l'absence de traitement pour les deux).

Il s'agit encore une fois d'une estimation tout à fait subjective de l'urgence de prise en charge. Elle est inévitablement associée à la notion de perte de chance pour le patient : le praticien se doit d'agir suffisamment rapidement pour ne pas diminuer les possibilités de son patient d'éviter les complications d'un événement.

Comme le critère « gravité », la valeur est intrinsèque à l'événement redouté ; il n'y a pas de lien entre l'urgence de prise en charge et le RC ou l'état médical du patient.

Le tableau de cotation créée pour le critère « urgence de prise en charge » est la suivante :

Tableau n°4 : Urgence de la prise en charge

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

Pour créer ce tableau, il a été choisi de s'inspirer des niveaux d'urgence tels qu'ils sont utilisés dans les services d'urgence [49] ; ceux-ci ont été adaptés à la pratique de médecine générale.

L'urgence différée peut s'apparenter dans certains cas à une absence d'urgence malgré le caractère parfois grave de la maladie. Par exemple : le diagnostic « cancer colique » correspondant au RC « ADENOPATHIE » ne nécessite pas une prise en charge immédiate, mais la démarche diagnostique peut se faire de façon décalée, malgré son caractère grave.

4.2.3. LA CURABILITE

Si le praticien a pour ambition de gérer le risque, c'est qu'il doit être en mesure d'apporter une prise en charge thérapeutique permettant d'améliorer l'état clinique de son patient ; cependant, il ne dispose que de quelques ressources thérapeutiques ne présentant pas le même degré d'efficacité et dont la nature sera dictée par le diagnostic étiologique en cause. Ainsi, cette différence de prise en charge thérapeutique entre les diagnostics est à même de modifier l'importance de celle-ci. Il est communément identifié trois sortes de traitements aux objectifs différents [50] :

Le traitement curatif :

Il concerne l'action directe sur la cause de la maladie et non sur les conséquences de celle-ci. Il a alors la possibilité d'éradiquer l'étiologie elle-même dans le cadre d'une approche étiologique curative, et ainsi d'éviter l'apparition de ses complications. Il permet alors la guérison complète avec retour à l'état antérieur. Son utilité est maximale lorsque les conséquences apparaissent à distance de l'apparition de la pathologie, il peut ainsi éviter les dommages en traitant la cause.

*L'exemple concret est représenté par le diagnostic étiologique « Diphtérie » devant le RC « ANGINE » dont la cause physiopathologique (l'infection à *Corynebacterium diphtheriae*) est traitée par antibiotiques et sérothérapie anti-diphtérique et entraîne la guérison avant même l'apparition des complications que sont les troubles respiratoires, neurologiques ou cardiaques.*

Le traitement symptomatique :

C'est le traitement des symptômes de la maladie afin d'éviter l'apparition des complications ; il aide le malade à retrouver un état de santé satisfaisant et à contrôler l'évolution de la maladie ; il concerne le traitement des signes fonctionnels (douleur, fatigue, insomnie ...), des signes généraux (fièvre), des signes physiques (obstruction bronchique, œdème, hypertension artérielle...) ou para-cliniques (hyperglycémie, dyslipidémie...). Le traitement de l'origine physiopathologique s'apparente aussi à un

traitement symptomatique (substitution d'une hypothyroïdie auto-immune, insulinothérapie du diabète...). Le but est de traiter de façon symptomatique une maladie dans le cadre d'une cause non curable afin de permettre un contrôle durable des symptômes et de prévenir la survenue de complications.

C'est le cas par exemple du diagnostic de « Diabète » en cas de RC « AMAIGRISSEMENT » : le diabète est une maladie auto-immune incurable, qui entraîne un désordre du métabolisme glucidique que l'on peut traiter de façon symptomatique par l'insulinothérapie et qui permet d'éviter ou retarder l'apparition des complications à long terme.

Le traitement palliatif [51]:

Le traitement palliatif correspond au traitement des complications d'une maladie incurable qui ne peut être contrôlée et dont l'apparition des complications ne peut être prévenue. Outre la nature symptomatique des soins, ils peuvent comporter une dimension psycho-sociale importante entrant dans le cadre de l'accompagnement du patient. Ils sont notamment employés lors de maladies incurables, évolutives, au pronostic vital potentiellement engagé à plus ou moins long terme et sont dépourvus d'objectif curatif. Ainsi, traiter de façon symptomatique les complications d'une étiologie dans le cadre d'une pathologie incurable et évolutive, équivaut à une prise en charge palliative.

L'exemple-type est caractérisé par l'existence du diagnostic « Démence » devant le RC « MEMOIRE (PERTE DE) », pathologie neuro-dégénérative incurable, évolutive.

Ainsi, pour chaque étiologie, le praticien sait quelle est la meilleure approche thérapeutique possible ; celle-ci peut conditionner sa prise en charge diagnostique, en préférant la démarche diagnostique d'un diagnostic au traitement étiologique possible plutôt qu'un autre qui n'aura qu'une prise en charge palliative. La valeur d'un diagnostic étiologique est donc dépendante du traitement de celui-ci et la cotation doit se faire en fonction du meilleur traitement envisageable.

Tableau n°5 : Evaluation de la curabilité d'une étiologie

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

4.2.4. L'ATTEINTE DU PATIENT

Les trois premiers critères indispensables à la cotation de la valeur globale d'un diagnostic étiologique se révèlent être des valeurs intrinsèques à celui-ci, indépendantes de la situation clinique et du patient. Or, en médecine générale, la prise en charge se veut globale, intégrant la maladie et le patient. Comme disait celui qui est considéré comme le père de la médecine moderne, Sir William Osler : « *Il est plus important de savoir quel malade souffre d'une maladie que de quelle maladie est atteint un malade* » [52]. Il voulait ainsi signifier toute l'importance de prendre en compte le patient et son contexte dans la prise en charge de la maladie.

En effet, le patient n'est pas la juxtaposition de différents organes ou systèmes. Il est bien plus que cela, et de nombreux paramètres variables et propres à chacun entrent en jeu dans l'approche de la maladie. Le médecin a le devoir d'appréhender, non seulement l'histoire personnelle et familiale du patient, ses conditions de vie et de travail, mais aussi son environnement. Il a pour fonction de prodiguer des soins intégrés, c'est-à-dire, incluant tous les facteurs de morbidité et toutes les manifestations pathologiques du patient. [48]

a. Le critère d'atteinte

Pour l'instant, les critères d'analyse se sont portés sur les caractéristiques intrinsèques du diagnostic étiologique ; mais la gestion du risque en médecine générale ne peut se concevoir uniquement à travers lui et elle se doit de tenir compte du patient. Pour cela, il a fallu développer un critère dit « extrinsèque » au diagnostic étiologique et relatif au patient, permettant de contextualiser le risque. Celui-ci a pour objectif de personnaliser le risque du patient en modifiant la valeur globale de chaque diagnostic étiologique et donc les priorités de prise en charge diagnostique pour le praticien, en fonction des éléments contextuels du patient en cause.

Sur le plan théorique, si un patient peut subir les conséquences d'un diagnostic étiologique, cela implique qu'il y est **vulnérable** et que les conséquences auront un **impact** sur lui. Ces notions de vulnérabilité et d'impact constituent les 2 dimensions formant **le critère d'atteinte du patient** [20]. Celles-ci sont dépendantes des éléments contextuels propres à chaque patient et modifient la perception du diagnostic par le médecin. La vulnérabilité s'exprime par la probabilité de survenance du diagnostic étiologique sur le patient. L'impact correspond au niveau de dommage subis par le patient.

b. La vulnérabilité [23,53,54,55,56]

Elle se définit par la probabilité de survenue du diagnostic et de ses conséquences en fonction du patient. Un patient vulnérable est ainsi plus particulièrement prédisposé à certains diagnostics et exposé à ses conséquences. L'idée de cette définition conceptuelle est de définir une caractéristique propre au patient, indépendamment des étiologies pouvant effectivement l'affecter.

La vulnérabilité dépend d'une part du contexte clinique du patient et d'autre part du diagnostic auquel est exposé le patient. Elle est le rapport entre la fragilité propre du patient [56,57,58] et un diagnostic précis. La différence entre la fragilité et la vulnérabilité d'un patient réside dans l'exposition au diagnostic étiologique ; la fragilité est extrinsèque à celui-ci et caractérise strictement le patient tandis que la vulnérabilité lie cette fragilité intrinsèque du patient à une étiologie précise. Un exemple simple pour éclairer les 2 notions : Un vase en porcelaine est constitutionnellement fragile mais n'est pas vulnérable à la chute s'il est dans un grenier, entouré de coton dans un carton ; cependant s'il est placé au bord d'une table où jouent des enfants, il est tout aussi fragile mais surtout beaucoup plus vulnérable à la chute. Cette notion de vulnérabilité est à différencier de l'incidence du diagnostic qui n'entre pas en jeu dans leur estimation (cette question sera discutée par la suite). En fonction du patient, la vulnérabilité peut majorer la valeur d'un diagnostic étiologique ou, au contraire, diminuer ou rendre nulle la valeur d'un autre.

De nombreux facteurs contextuels peuvent influencer sur la vulnérabilité :

- *L'âge et le sexe du patient*

Une douleur pelvienne doit faire penser chez une femme de trente ans à une salpingite, alors qu'elle évoquera plutôt une prostatite chez un homme jeune et une appendicite chez un enfant. Par ailleurs, si le praticien recherche en première intention une otite chez un nourrisson fébrile, il pensera à des diagnostics différents dans la même situation clinique chez une personne âgée.

- ***Les antécédents personnels***

Ceux-ci sont bien sûr déterminants ; d'ordres médicaux, chirurgicaux ou gynécologiques, ils retracent l'histoire médicale du patient et orientent le praticien. Ils regroupent aussi ce que l'on nomme les comorbidités, pathologies chroniques dont le patient est atteint. Par exemple, chez un malade ayant déjà fait un épisode de sigmoïdite diverticulaire, les diagnostics évoqués devant le RC « PLAINTÉ ABDOMINALE » ne seront pas priorités de la même façon qu'un autre patient sans antécédent digestif du fait de la vulnérabilité de celui-ci à la récurrence d'un tel épisode. Un patient, connu pour avoir des calculs biliaires, nécessitera une attention particulière devant le RC « EPIGASTRALGIE » du fait d'une vulnérabilité majorée pour une colique hépatique ou une cholécystite.

- ***Les antécédents familiaux***

La présence de certaines maladies chez les ascendants peut accroître statistiquement le risque chez les descendants même en l'absence de facteur génétique identifié. C'est le cas de certains cancers ou des maladies cardiovasculaires pour lesquelles les antécédents familiaux de premier degré correspondent à un facteur de risque. Une patiente ayant des antécédents familiaux de cancer du sein chez la mère et la grand-mère présentera une vulnérabilité plus importante à ce diagnostic dans l'esprit du médecin lorsqu'il l'examinera pour des mastodynies.

- ***Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs***

Caractéristiques liées au patient, à son environnement, à son mode de vie, à sa culture, ils peuvent moduler la vulnérabilité en l'augmentant ou en la diminuant. Ils sont multiples et variés ; on peut recenser :

Les facteurs de risque cardio-vasculaires : tabagisme, sédentarité, obésité, hypertension artérielle, diabète de type 1 et 2, dyslipidémie.

Les facteurs liés au mode de vie : le stress, la profession exercée (contact avec amiante, produits chimiques toxiques...etc.), le régime alimentaire (le régime méditerranéen diminuerait la vulnérabilité cardio-vasculaire)

Les facteurs culturels et sociaux: le niveau scolaire, la classe sociale...etc.

- **Le traitement**

Certains traitements peuvent, par leur action ou par leurs effets indésirables, jouer sur la vulnérabilité aussi. Par exemple, devant le RC « DEMENCE » qui correspond à un tableau de syndrome démentiel : lorsque l'on doit estimer la valeur du diagnostic « Hématome sous-dural chronique » pouvant provoquer un tel tableau, on comprend rapidement que la vulnérabilité d'un patient à celui-ci sera plus importante si ce dernier présente comme antécédents une maladie de Parkinson évoluée avec chutes fréquentes et un traitement anticoagulant par anti-vitamine K pour une fibrillation auriculaire par rapport à un autre patient sans antécédent particulier. Autre exemple : la cause iatrogène d'une toux persistante sera mise en avant chez un patient qui prend un inhibiteur de l'enzyme de conversion.

c. **L'impact [23]**

Il correspond au niveau d'atteinte des conséquences d'un diagnostic par rapport à l'état de santé du patient. Comme la vulnérabilité, il dépend d'une part du contexte clinique du patient et d'autre part de l'étiologie auquel est exposé le patient. Il permet de pondérer *la gravité intrinsèque d'un diagnostic étiologique* si le contexte clinique du patient qui le subit peut engendrer une aggravation des conséquences dommageables. Ainsi, l'impact contextualise la gravité d'un diagnostic.

Plusieurs facteurs contextuels entrent en jeu et sont étroitement liés à ceux de la vulnérabilité :

- **L'âge physiologique**

La gravité d'une pneumopathie est majorée chez un patient de 90 ans, grabataire, dont les défenses immunitaires sont altérées, plutôt que chez un patient de 30 ans, sans antécédent particulier.

- **Les antécédents personnels**

L'impact d'une infection pulmonaire est augmenté chez un patient porteur du virus d'immunodéficience acquise, la gravité intrinsèque de la pneumopathie étant potentiellement majorée par le déficit immunitaire ; aussi, la gravité potentielle d'une colique néphrétique n'est pas la même chez un patient porteur d'un rein unique que chez un autre qui a ses deux reins fonctionnant normalement.

- **Le traitement**

Les chimiothérapies aplasiantes, les traitements anticoagulants ou antiagrégants sont les principales classes thérapeutiques capables de majorer l'impact des dangers. Toute infection chez un patient sous chimiothérapie est potentiellement plus grave que chez l'adulte sain. L'impact d'un ulcère perforé chez un patient sous anti-vitamines K sera potentiellement plus important que chez un patient sans traitement.

d. La cotation du critère d'atteinte du patient

Le critère d'atteinte du patient est donc dépendant de deux facteurs : la vulnérabilité du patient avant la survenue du diagnostic et l'impact des conséquences de celui-ci sur le patient.

Ces deux facteurs sont corrélés aux différents éléments contextuels qui ont été décrits précédemment. L'estimation de chaque élément contextuel étant vraisemblablement trop fastidieuse, il a été choisi de coter de façon globale et séparée la vulnérabilité et l'impact. Cette estimation se veut tout à fait subjective, laissant au praticien toute latitude dans la cotation en intégrant les paramètres nécessaires. Elle se veut plus qualitative que quantitative dans sa définition, ce qui rend l'approche du risque plus humaine et personnalisée et surtout plus pratique au sein du DRC.

La matrice de cotation de la vulnérabilité est définie en trois niveaux ; en effet, afin de simplifier l'appréciation subjective du praticien, il a été considéré que le patient ne pouvait être que :

- Soit plus vulnérable à une étiologie par rapport à la population générale, c'est la définition d'une vulnérabilité importante.
- Soit moins vulnérable à une étiologie que la population générale, c'est la définition d'une vulnérabilité faible.

Le niveau de vulnérabilité moyenne correspond à une probabilité de survenue de l'étiologie comparable à celle de la population générale, pour un patient qui ne présente pas d'éléments contextuels permettant d'évoquer une hausse de la probabilité d'apparition du diagnostic ; ce niveau coïncide avec l'incidence du diagnostic étiologique.

L'absence de vulnérabilité est un **critère d'exclusion du DEC** ; par exemple, le sexe du patient peut écarter un diagnostic : on ne peut suspecter une grossesse extra-utérine chez un homme qui présente une douleur abdominale basse ; de même, les antécédents personnels peuvent rendre invulnérable un patient à une étiologie : Une épigastralgie ne peut être le symptôme d'une cholécystite aigue chez une patiente à qui on a pratiqué une ablation de la vésicule biliaire il y a dix ans.

De ce fait, il est évident que l'absence de vulnérabilité entraîne, de façon logique, un impact nul également, le diagnostic ne survenant pas sur le patient.

Tableau n°6 : Evaluation de la vulnérabilité d'un patient à un diagnostic

VULNERABILITE IMPORTANTE	<i>Probabilité de survenue du diagnostic augmentée par rapport à la population générale</i>	3
VULNERABILITE MOYENNE	<i>Probabilité de survenue du diagnostic comparable à celle de la population générale Equivalence avec l'incidence du diagnostic étiologique</i>	2
VULNERABILITE FAIBLE	<i>Probabilité de survenue du diagnostic diminuée par rapport à la population générale</i>	1
VULNERABILITE NULLE	<i>Survenue du diagnostic étiologique impossible</i>	0

La matrice de cotation de l'impact est construite différemment. Cette cotation ne peut se concevoir que dans le cas d'une augmentation de la gravité d'un diagnostic. Inhérente au patient, elle se doit cependant d'être intégrée à la cotation du critère d'atteinte du patient.

La gravité étant définie par la plus forte conséquence d'un diagnostic en l'absence d'intervention du praticien, l'estimation de l'impact sur le patient ne peut pas engendrer une diminution de celle-ci. Il est considéré qu'un dommage ne peut pas ne pas avoir d'impact sur le patient et il n'existe donc pas de niveau d'impact nul.

La matrice comprend donc deux niveaux :

- Le niveau d'impact moyen se définit par une gravité du diagnostic non modifiée par le contexte clinique du patient et équivaut alors à la gravité intrinsèque du diagnostic étiologique.
- Le niveau d'impact important correspond à une gravité potentiellement majorée par le contexte clinique du patient.

Tableau n°7 : Evaluation de l'impact d'un diagnostic sur un patient

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

Comme il a été énoncé plus haut, l'impact d'un diagnostic ne peut exister si la vulnérabilité est nulle, car celui-ci ne se réalise pas sur le patient en cause.

5.3. Méthode de calcul de la criticité d'un diagnostic étiologique

Ayant désormais défini tous les critères permettant de caractériser les événements redoutés pour le patient dans le second risque du DRC, il faut maintenant expliquer la méthode qui permet de calculer la criticité de chacun d'entre eux.

Cette grandeur globale intégrant ces critères ne peut s'estimer véritablement qu'en présence du patient. Sans le contexte personnel du patient, on ne peut mesurer que la criticité propre du diagnostic étiologique, en négligeant le critère d'atteinte du patient.

Les échelles de cotation de chaque critère ont été construites de manière subjective et discutées à de nombreuses reprises lors des réunions du secrétariat de mise à jour du DRC ; ainsi chaque critère n'apporte pas le même poids dans le calcul de la criticité. C'est un choix délibéré et réfléchi d'avoir majoré la cotation de la gravité, par rapport à l'urgence de prise en charge ou la curabilité, la gravité potentielle d'un diagnostic étant considérée comme le critère prépondérant à prendre en compte. Par ailleurs, le critère d'atteinte du patient présente une importance modeste dans l'évaluation de la criticité, dont le poids principal est représenté par la criticité propre du diagnostic étiologique étudié ; cependant cela n'enlève rien de son intérêt capital dans la hiérarchisation des DEC. Cependant une analyse a posteriori de la justesse de ces choix par l'utilisation de la méthode permettra d'affiner les échelles.

Dans un premier temps, on calcule la criticité propre de chaque diagnostic (C_d), valeur invariable quel que soit le RC : elle correspond à la multiplication des cotations des critères Gravité (G), Urgence de prise en charge (U) et Curabilité (C), qui sont les critères intrinsèques au diagnostic :

$$C_d = G \times U \times C$$

Dans un second temps, on calcule le critère d'atteinte du patient (C_p). L'opération se réalise par la multiplication des cotations des sous-critères Vulnérabilité (V) et Impact (I)

$$C_p = V \times I$$

Enfin, pour calculer la criticité globale (C_g) d'un diagnostic étiologique, il ne reste plus qu'à multiplier la criticité intrinsèque du diagnostic par le critère d'atteinte du patient :

$$C_g = C_d \times C_p$$

Les critères d'exclusion d'un DEC sont au nombre de deux :

- Gravité nulle qui est un critère d'exclusion relatif au diagnostic étiologique.
- Vulnérabilité nulle dans les cas où il est impossible que le diagnostic évoqué n'apparaisse sur le patient. Critère d'exclusion relatif au patient.

Une fois l'analyse des diagnostics étiologiques réalisée, on peut déterminer, pour une situation clinique relative à un patient, une liste priorisée de diagnostics au caractère étiologique en fonction de leur criticité. Ceux-ci sont alors nommés : **les diagnostics étiologiques critiques (DEC)** qui vont conditionner l'attitude du praticien en orientant sa démarche diagnostique et thérapeutique.

E. APPLICATION AU DICTIONNAIRE DES RESULTATS DE CONSULTATION

1. INTRODUCTION

Ce travail a permis de développer une méthode de gestion du risque à travers le DRC, outil utilisé par un grand nombre de praticiens en France [59]. L'évaluation pratique de cette méthode d'analyse produite va maintenant être réalisée afin d'apprécier sa faisabilité.

Pour ce faire, nous allons étudier deux RC différents avec, pour chacun, deux patients différents. Ceci devra permettre de mettre en valeur les modifications de criticité des dangers en fonction des patients et donc de montrer l'intérêt de la méthode.

2. LES DIFFERENTES ETAPES D'ANALYSE

La démarche réflexive va suivre les différentes étapes précédemment décrites qui vont se succéder et qui seront explicitées une à une ; pour rappel, elles seront articulées ainsi :

1. Narration du cas clinique
2. Choix du RC par le praticien
3. Recensement des diagnostics étiologiques relatifs au RC
4. Analyse de la criticité propre de ces diagnostics (C_e)
5. Analyse du critère d'atteinte des patients (C_p)
6. Analyse de la criticité globale des diagnostics étiologiques (C_g) et production d'une liste priorisée de DEC pour le RC en cause.
7. Conclusions

3. EXEMPLE N°1

3.1. Présentation du cas clinique :

Un patient se présente à la consultation car depuis une dizaine de jours, il palpe une boule au-dessus de sa clavicule gauche. Cela ne l'avait pas trop inquiété au départ car il se sent en pleine forme mais il a préféré consulter son médecin du fait de la persistance de cette tuméfaction.

3.2. Le choix du RC par le praticien :

Le médecin interroge puis examine le patient :

Le patient **A** est un homme âgé de 82 ans, tabagique et présentant une exogénose non avouée. Il est atteint d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive post-tabagique traitée par l'association Salmétérol/Fluticasone et d'une cardiopathie ischémique ayant nécessité la pose de deux stents et l'instauration d'acide acétylsalicylique, de Ramipril, de Sotalol et de Simvastatine. Son père est décédé à l'âge de 62 ans des suites d'un cancer du côlon.

Le patient **B** est une femme de 31 ans, ancienne toxicomane à l'héroïne, sans autre antécédent personnel particulier ; sa mère a subi une thyroïdectomie il y a un an avant la découverte d'un nodule qui s'est avéré malin. Elle ne fume pas, ne boit pas, prend un comprimé de Buprénorphine 2mg tous les matins ; elle signale qu'elle n'a aucun suivi gynécologique depuis de nombreuses années.

A l'examen clinique, on retrouve un ganglion sus claviculaire gauche isolé, indolore, d'environ 2cm de diamètre, peu dur mais fixé et sans péri-adénite. L'état général des deux patients est conservé, il n'est pas retrouvé d'hépatosplénomégalie ni de plaie cutanée. Le reste de l'examen somatique semble normal pour les deux.

Devant ce tableau clinique d'adénopathie isolée, le praticien se retrouve alors en position d'incertitude diagnostique, qui correspond à l'événement redouté de la première partie du risque du DRC. Il doit alors, par l'intermédiaire du RC, relever ce qu'il a observé avec la plus haute certitude clinique qu'il a en fin de consultation.

Dans un premier temps, il élimine les RC différentiels (dans le DRC, on parle de « Voir Aussi ») que pouvaient faire évoquer ce tableau : les RC « ABCES SUPERFICIEL », « KYSTE SEBACE », « TUMEFACTION » ou « ANEVRYSMES » puis choisit le RC « ADENOPATHIE » ; voici représenté le choix du médecin dans le DRC :

The screenshot shows the SFMG software interface. At the top left is the logo 'SFMG Le plaisir de comprendre'. The patient information section includes fields for 'Patient', 'Age', 'Homme', 'Femme', and 'Effacer tout'. There are buttons for 'À propos' and 'Quitter'. The main interface is divided into two tabs: '1. DRC' and '2. Résultat'. The '1. DRC' tab is active. It features a search bar for 'RC ou Critère', a 'Classe' dropdown set to 'TOUTES', and a 'Tout montrer' checkbox. Below this is a 'Liste des résultats de consultation' with a scrollable list of conditions including 'ABCES SUPERFICIEL', 'ABDOMEN DOULOUREUX AIGU', 'ACCES ET CRISE', 'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL', 'ACNE', 'ACOUPHENE', 'ADENOPATHIE', 'ALBUMINURIE', 'ALCOOL (PROBLÈME AVEC L)', and 'ALCOOLISME'. To the right, a 'Critères' section shows a list of criteria for 'TUMÉFACTION DANS UNE OU DES ZONES GANGLIONNAIRES', including '+ - douloureuse', '+ - fixée, dure', '+ - bien limitée', '+ - périadénite', '+ - multiples', '+ - dans différents territoires', '+ - notion de porte d'entrée cutanée ou muqueuse dans le territoire correspondant', and '+ - récidive'. Below the criteria is a 'Position diagnostique' section with radio buttons for 'A' (selected) and 'B', and a 'Code suivi' section with radio buttons for 'N' (selected), 'P', and 'R', along with an 'Asymptomatique' checkbox. There are buttons for 'Ajouter RC' and 'Supprimer RC'. At the bottom, a table displays the results of the consultation:

Résultats de consultation	PD	CS	CIM10	Asymptomatique
ADENOPATHIE	A	N	R59	

Figure n° 21: RC « ADENOPATHIE » reflétant la situation clinique des 2 patients

3.3. Recensement des événements redoutés relatifs au RC

L'inventaire des événements se veut exhaustif, ne tenant pas compte du patient. Il doit cependant respecter le critère d'exclusion propre qui veut qu'un événement redouté doit être grave pour être pris en compte.

Leur recensement pour le RC « ADENOPATHIE » a été réalisé lors d'une réunion du secrétariat du département du dictionnaire des résultats de consultation de la SFMG ; les étiologies à évoquer sont les suivantes :

Hémopathie maligne

Cancer ORL

Cancer thyroïdien

Cancer digestif

Cancer du rein

Cancer du testicule

Cancer pelvien

Cancer du sein

Cancer broncho-pulmonaire

Mélanome malin

Tuberculose

Infection bactérienne sur porte d'entrée cutanée

Toxoplasmose

Infection par le VIH

Infection virale bénigne (Mononucléose infectieuse, Rubéole)

Adénite chronique

3.4. Analyse de la criticité propre des événements redoutés (C_d)

La liste exhaustive des étiologies relatives au RC « ADENOPATHIE » étant déterminée, il a ensuite été réalisé l'estimation de la criticité intrinsèque de chaque événement redouté, en utilisant la matrice de cotation de chacun des critères suivants : Gravité, Urgence de prise en charge, Curabilité. Les cotations ont été réalisées par les membres du secrétariat du département du dictionnaire des résultats de consultation de la SFMG, composé de huit médecins. Celles-ci sont subjectives, et donc s'avèrent discutables. Leur légitimité tient au fait qu'elles sont réalisées par des « experts », médecins généralistes, dans l'expérience de leur pratique. Il sera discuté ultérieurement de la notion de subjectivité de ce travail.

Elles sont consignées dans le tableau suivant :

Tableau n°8 : Analyse de la criticité des diagnostics étiologiques du RC « ADENOPATHIE »

<i>Evénements redoutés</i> / <i>Critères</i>	GRAVITE	URGENCE	CURABILITE	CRITICITE de l'événement redouté C _e
<i>Hémopathie maligne</i>	100	6	3	1800
<i>Cancer ORL</i>	100	1	3	300
<i>Cancer thyroïdien</i>	100	1	3	300
<i>Cancer broncho-pulmonaire</i>	100	1	3	300
<i>Cancer digestif</i>	100	1	3	300

<i>Cancer du rein</i>	100	1	3	300
<i>Cancer du testicule</i>	100	1	3	300
<i>Cancer du sein</i>	100	1	3	300
<i>Cancer de l'utérus</i>	100	1	3	300
<i>Cancer de l'ovaire</i>	100	1	3	300
<i>Mélanome malin</i>	100	1	3	300
<i>Tuberculose</i>	70	1	3	210
<i>Infection par le VIH</i>	100	1	2	200
<i>Adénite chronique</i>	30	1	2	60
<i>Infection virale bénigne</i>	0	#	#	#
<i>Toxoplasmose</i>	0	#	#	#
<i>Infection bactérienne sur porte d'entrée cutanée</i>	0	#	#	#

Cette analyse permet d'éliminer les étiologies non graves et de comparer les dangers entre eux ; on peut noter que l'urgence de prise en charge d'une hémopathie la rend prioritaire en termes de criticité intrinsèque. La tuberculose, potentiellement moins grave que l'infection par le VIH, se trouve devant ce danger par l'existence d'un traitement curatif contrairement à l'infection par le VIH.

La criticité intrinsèque de l'événement redouté est indépendante du patient, et est identique pour les deux patients.

3.5. Analyse du critère d'atteinte des patients (C_p)

Cette étape consiste, pour chaque patient, à estimer la vulnérabilité du patient à chaque événement redouté et l'impact potentiel de l'événement redouté sur ce patient.

Un tableau va être produit pour chaque patient.

Tableau n°9 : Analyse du critère d'atteinte du patient A

<i>Critères</i> <i>Événements redoutés</i>	VULNERABILITE	IMPACT	CRITERE D'ATTEINTE C _p
<i>Hémopathie maligne</i>	2	2	4
<i>Cancer ORL</i>	3	1	3
<i>Cancer thyroïdien</i>	2	1	2
<i>Cancer broncho-pulmonaire</i>	3	2	6
<i>Cancer digestif</i>	3	1	3
<i>Cancer du rein</i>	2	1	2
<i>Cancer du testicule</i>	1	1	1
<i>Cancer du sein</i>	1	1	1
<i>Cancer de l'utérus</i>	0	#	#
<i>Cancer de l'ovaire</i>	0	#	#

Mélanome malin	2	1	2
Tuberculose	3	2	6
Infection par le VIH	0	#	#
Adénite chronique	3	2	6

Pour ce patient masculin, le cancer de l'utérus et de l'ovaire sont exclus d'office. L'infection par le VIH est aussi à exclure : il n'a jamais été transfusé ni tatoué et son mode de vie depuis 10 ans ne présente aucun risque de contamination.

Tableau n°10 : Analyse du critère d'atteinte du patient B

<i>Critères</i> <i>Événements redoutés</i>	VULNERABILITE	IMPACT	CRITERE D'ATTEINTE C _p
Hémopathie maligne	2	1	2
Cancer ORL	1	1	1
Cancer thyroïdien	3	1	3
Cancer broncho-pulmonaire	1	1	1
Cancer digestif	2	1	2

<i>Cancer du rein</i>	2	1	2
<i>Cancer du testicule</i>	0	#	#
<i>Cancer du sein</i>	3	1	3
<i>Cancer de l'utérus</i>	3	1	3
<i>Cancer de l'ovaire</i>	3	1	3
<i>Mélanome malin</i>	2	1	2
<i>Tuberculose</i>	2	1	2
<i>Infection par le VIH</i>	3	1	3
<i>Adénite chronique</i>	3	1	3

Le patient B étant en bon état de santé, l'impact pour tous les événements redoutés ne s'en trouve pas majoré.

3.6. Analyse de la criticité globale des événements redoutés (C_g)

Les diagnostics étiologiques critiques sont classés par ordre de criticité globale décroissante.

Tableau n°11 : Liste priorisée des DEC pour le patient A.

<i>Critères</i> Événements redoutés	CRITICITE DU DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE C _d	CRITERE D'ATTEINTE C _p	CRITICITE GLOBALE C _g
<i>Hémopathie maligne</i>	1800	4	6200
<i>Cancer broncho-pulmonaire</i>	300	6	1800
<i>Tuberculose</i>	210	6	1260
<i>Cancer digestif</i>	300	3	900
<i>Cancer ORL</i>	300	3	900
<i>Cancer thyroïdien</i>	300	2	600
<i>Cancer du rein</i>	300	2	600
<i>Mélanome malin</i>	300	2	600
<i>Adénite chronique</i>	60	6	360
<i>Cancer du sein</i>	300	1	300
<i>Cancer du testicule</i>	300	1	300

Tableau n°12 : Liste priorisée des DEC pour le patient B.

<i>Critères</i> <i>Événements redoutés</i>	CRITICITE DU DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE C_d	CRITERE D'ATTEINTE C_p	CRITICITE GLOBALE C_g
<i>Hémopathie maligne</i>	1800	2	3600
<i>Cancer thyroïdien</i>	300	3	900
<i>Cancer du sein</i>	300	3	900
<i>Cancer de l'utérus</i>	300	3	900
<i>Cancer de l'ovaire</i>	300	3	900
<i>Tuberculose</i>	210	3	630
<i>Mélanome malin</i>	300	2	600
<i>Infection par le VIH</i>	200	3	600
<i>Cancer du rein</i>	300	2	600
<i>Cancer digestif</i>	300	2	600
<i>Cancer broncho-pulmonaire</i>	300	1	300
<i>Cancer ORL</i>	300	1	300
<i>Adénite chronique</i>	60	3	180

3.7. Conclusions

Pour chacun des 2 patients, il a été construit une liste pratique de diagnostics étiologiques critiques classés par ordre de criticité. Celle-ci s'avère différente selon le patient tant par la nature des DEC que par la valeur de leur criticité.

Tout d'abord le premier critère d'exclusion (gravité nulle) a permis d'éliminer 3 diagnostics étiologiques de la liste initiale.

Puis le second critère d'exclusion (Vulnérabilité nulle) a permis d'écarter :

- Trois DEC supplémentaires pour le patient A, réduisant à dix leur nombre pour ce patient.
- Un DEC supplémentaire pour le patient B, réduisant à douze leur nombre.

Ensuite, les caractéristiques propres des patients ont engendré des modifications importantes de la criticité globale de certains diagnostics étiologiques. Ainsi, Le cancer broncho-pulmonaire côté à 1200 pour le patient A, le plaçant en 2^{ème} position pour celui-ci, tombe à une criticité de 300 pour le patient B, ce qui fait reculer ce DEC en toute fin de liste.

Ces listes ainsi créées mettent en valeur deux aspects importants de cette méthode de gestion des risques.

Le premier réside dans l'intérêt majeur de permettre au praticien de construire une liste ajustée à chaque patient et restreinte par les notions capitales de gravité et de vulnérabilité propre du patient. Elle doit permettre au praticien d'agir de façon adaptée, en évitant l'oubli d'évocation des diagnostics étiologiques menaçant le patient, et en orientant sa démarche diagnostique. Cette liste doit donc permettre d'éviter la réalisation du second risque.

Le second se trouve dans la possibilité de hiérarchisation de ces étiologies, à partir de l'estimation subjective de leur criticité basée sur des critères concrets. Cette priorisation du risque amène le praticien à conduire sa démarche de façon ciblée, orientée par la criticité potentielle d'un DEC.

4. Exemple n°2 :

4.1. Présentation du cas clinique

Ce cas clinique est tiré de la rubrique « Le cas clinique du mois » du site internet de la SFMG :

Monsieur M. a 79 ans. Comme tous les 6 mois, il vient voir son médecin pour surveiller « sa tension » pour laquelle il est traité par une association d'altizide et spironolactone (SPIROCTAZINE®) depuis une quinzaine d'années. Il n'a qu'un autre antécédent de poids : il a fait en 1996 une embolie pulmonaire, après une micro phlébite d'une veine distale de la jambe droite passée inaperçue. Aucune cause à cette phlébite n'a d'ailleurs été retrouvée.

Le praticien examine le patient : la tension artérielle est à 135/80, le cœur régulier, sans souffle audible. Il passe la main sur le ventre, un peu comme on ausculte discrètement un poumon, en étant sûr à l'avance qu'il n'y a rien à entendre...Et, surprise, il palpe une masse abdominale du flanc droit, avec un espace libre entre le rebord costal et la masse, qui mesure environ dix centimètres de diamètre. Cette masse est indolore, un peu ferme, ne fluctuant pas, et elle ne donne pas de contact lombaire. Elle ne s'accompagne d'aucun symptôme particulier ni digestif, ni urinaire. Le malade est aussi surpris que le médecin. Il ne ressentait absolument rien à ce niveau.

4.2. Choix du RC par le praticien

La découverte fortuite de cette masse met le praticien en position d'incertitude diagnostique. N'ayant évidemment pas tous les éléments durant la consultation pour faire un diagnostic, il doit relever le RC adapté à cette situation clinique. Dans ce cas, l'incertitude est telle que le choix du RC s'impose de lui-même :

Le médecin relèvera d'une part le RC « HTA » en position diagnostique A et en code suivi P :

The screenshot shows the SFMG software interface for configuring a condition. The top left features the SFMG logo with the tagline 'Le plaisir de comprendre'. The top right has a 'Style' dropdown set to 'windows' and buttons for 'À propos' and 'Quitter'. The main area is divided into several sections:

- Patient Information:** Fields for 'Age', 'Sex' (Homme/Femme), and 'Effacer tout'.
- Navigation:** Tabs for '1. DRC' and '2. Résultat'.
- Search and Filter:** 'RC ou Critère' set to 'hta', 'Classe' set to 'TOUTES', and a 'Tout montrer' checkbox.
- Criteria List:** A list of criteria with 'Argumentaire' and 'Aucun critère' buttons. The selected criteria include:
 - ++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, oestrogènes, sympathomimétiques, réglisse, AIN)
 - + - récidence
- Position and Code:** 'Position diagnostique' set to 'A' and 'Code suivi' set to 'P'. An 'Asymptomatique' checkbox is checked.
- Buttons:** 'Ajouter RC' and 'Supprimer RC'.
- Table of Results:** A table with columns 'Résultats de consultation', 'PD', 'CS', 'CIM10', and 'Asymptomatique'. The row for 'HTA' shows values: A, P, I10, Oui.
- Other Lists:** 'Liste des résultats de consultation' (GLAUCOME, HTA, HYPERTHYROIDIE, PPR - HORTON, SCLEROSE EN PLAQUES, ZONA) and 'Risques critiques évitables' (ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL, ALCOOL, ARTERIOPATHIE, COARCTATION AORTIQUE, ECLAMPSIE, INSUFFISANCE CARDIAQUE, INSUFFISANCE CORONARIENNE).

Figure n°28 : Relevé du RC « HTA » pour le patient

Et choisira le RC « TUMEFACTION » en position diagnostique A et code suivi N, qui reflète le tableau clinique et l'importance de l'incertitude diagnostique :

Patient: Age: Homme Femme Style: windows

1. DRC | 2. Résultat

RC ou Critère: Classe: TOUTES Tout montrer

Liste des résultats de consultation:

SEIN (TUMEFACTION)
 TUMEFACTION

Voir aussi:

ABCES SUPERFICIEL
 ADENOPATHIE
 CANCER
 CHALAZION
 CORPS ETRANGER SOUS-CUTANE
 HEMATOME SUPERFICIEL-ECCHYMOSE
 HERNIE - EVENTRATION
 HYGROMA
 KYSTE SERACE

Risques critiques évitables

Critères:

+++ MASSE, GROSSEUR DONT IL EST IMPOSSIBLE DE DÉTERMINER LA NATURE EXA
 ++| visible
 ++| palpable
 ++| découverte par l'imagerie ou endoscopie
 + - découverte par le patient
 + - douleur spontanée
 + - douleur à la palpation
 + - rougeur
 + - chaude
 + - ferme voire dure (contrairement à molle, rénitente, fluctuante)
 + - bien limitée à contours précis
 + - mobile sous les doigts ou par rapport au plan profond
 + - ballante ou expansive
 + - signes de compression vasculaire ou nerveuse (à préciser)

Position diagnostique: A N P R Asymptomatique

Résultats de consultation	PD	CS	CIM10	Asymptomatique
TUMEFACTION	A	N	R22.9	

Figure n°29 : Relevé du RC « TUMEFACTION » pour le patient

Il choisit ce RC car le tableau clinique est si peu précis et étoffé qu'il n'a aucun argument suffisant pour en choisir un autre offrant une plus grande certitude clinique et donc présentant une incertitude diagnostique plus restreinte. Ainsi, les éléments cliniques présents ici, ne peuvent faire choisir les RC « LIPOME », « HERNIE-EVENTRATION », ou « ABCES SUPERFICIEL ».

Devant ce RC « TUMEFACTION », le médecin va devoir éliminer les DEC pouvant être évoqués. S'il ne le fait pas, il s'expose à laisser évoluer un DEC sans prise en charge médicale et expose alors son patient aux complications liées au DEC.

Ici, il faut donc produire une liste de DEC qui servira de guide au praticien afin de ne pas méconnaître une étiologie critique.

4.3. Recensement des diagnostics étiologiques relatifs au RC

Les diagnostics étiologiques que peut faire évoquer une tuméfaction telle qu'elle est décrite par la définition du RC « TUMEFACON » sont : (dans un souci de compréhension, seuls les étiologies relatives à une tuméfaction abdominale vont être proposées ; cependant, en théorie, tous les diagnostics envisageables quelle qu'en soit l'importance, la nature ou la localisation de la tuméfaction doivent être étudiés à cette étape-ci.). Cette exhaustivité dans le choix des diagnostics étiologiques est une étape nécessaire et indispensable à l'élaboration d'une liste restreinte de DEC, se justifiant par l'obligation faite de produire une liste tout à fait objective et complète, en amont de son utilisation à la gestion du risque.

Hématome de paroi abdominale

Kyste hépatique (hydatidose)

Abcès (paroi, organe)

Hémangiome

Sténose du pylore

Kyste mésentérique

Kyste rénal

Kyste ovarien

Hydro-cholécyste

Hématome sous capsulaire du foie

Grossesse

Hernie inguinale, ombilicale

Anévrisme artériel (Artère aorte, rénale, hépatique)

Fibrome utérin

Tumeur cancéreuse (foie, colon, vessie, ovaire, pancréas, rein, estomac, prostate, vésicule biliaire, utérine)

Lymphome

Toutes ces maladies sont des diagnostics étiologiques, et non pas de caractère différentiel. Elles sont toutes pertinentes cliniquement et chronologiquement par rapport à la définition du RC « TUMEFACTION ».

4.4. Analyse du critère d'atteinte du patient (C_p)

Tableau n°13 : Analyse du critère d'atteinte du patient

<i>Evénements redoutés</i>	<i>Critères</i>	VULNERABILITE	IMPACT	CRITERE D'ATTEINTE C _p
	Hématome de paroi abdominale	1	1	1
	Kyste hépatique (hydatidose)	1	1	1
	Abcès (paroi, organe)	1	1	1
	Hémangiome	1	1	1
	Sténose du pylore	0	#	#
	Kyste mésentérique	1	1	1
	Kyste rénal	1	1	1
	Kyste ovarien	0	#	#

<i>Hydrocholécyste</i>	1	1	1
<i>Hématome sous capsulaire du foie</i>	1	1	1
<i>Grossesse</i>	0	#	#
<i>Hernie inguinale, ombilicale</i>	1	1	1
<i>Anévrisme artériel (artère aorte, rénale, hépatique)</i>	2	2	4
<i>Fibrome utérin</i>	0	#	#
<i>Tumeur cancéreuse (foie, colon, vessie, ovaire, pancréas, rein, estomac, prostate, vésicule biliaire, utérine)</i>	1	1	1
<i>Lymphome</i>	1	1	1

Le fait que le patient soit un homme permet d'éliminer d'emblée les étiologies d'origine gynécologiques et celles qui ne peuvent arriver à l'âge adulte : Kyste ou tumeur ovarienne/utérine, fibrome utérin, grossesse et bien évidemment sténose du pyllore.

4.5. Analyse de la criticité propre de ces diagnostics (C_e)

**Tableau n°14 : Analyse de la criticité des événements redoutés du RC
« TUMEFACTION »**

<i>Evénements redoutés</i> / Critères	GRAVITE	URGENCE	CURABILITE	CRITICITE de l'événement redouté C _e
Hématome de paroi abdominale	0	#	#	#
Kyste hépatique (hydatidose)	30	3	3	270
Abcès (paroi, organe)	70	3	3	630
Hémangiome	0	#	#	#
Kyste mésentérique	30	1	3	90
Kyste rénal	30	1	3	90
Hydrocholécyste	30	1	3	90
Hématome sous-capsulaire du foie	30	3	3	270
Hernie/Eventration inguinale, ombilicale	30	1	3	90
Anévrisme artériel (artère aorte, rénale, hépatique)	70	3	3	630
Tumeur cancéreuse	100	1	3	300
Lymphome	100	3	3	900

Deux étiologies ont été éliminées par leur caractère non grave.

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

Tableau n°15 : Liste priorisée des DEC pour le RC « TUMEFACTION »

<i>Critères</i> <i>Evénements redoutés</i>	CRITICITE de l'événement redouté C _e	CRITERE D'ATTEINTE C _p	CRITICITE GLOBALE C _g
Anévrisme artériel (artère aorte, rénale, hépatique)	630	4	2520
Lymphome	900	1	900
Abcès (paroi, organe)	630	1	630
Tumeur cancéreuse (foie, colon, vessie, pancréas, rein, estomac, prostate, vésicule biliaire)	300	1	300
Kyste hépatique (hydatidose)	270	1	270
Hématome sous-capsulaire du foie	270	1	270
Kyste mésentérique	90	1	90
Kyste rénal	90	1	90
Hydrocholécyste	90	1	90
Hernie inguinale, ombilicale	90	1	90

4.7. Conclusions

Au final, il en ressort une liste priorisée de DEC, qui va permettre d'orienter sa démarche diagnostique. Cette liste contient les différentes étiologies que le médecin se doit de prendre en compte dans sa prise en charge diagnostique. Leur classement par ordre de criticité permet d'orienter ses décisions.

A l'origine, ce cas clinique, issu de la rubrique « Le cas clinique du mois » sur le site internet de la SFMG se concluait par une citation du Professeur Bernard Grenier :

« Le médecin pourrait dire à sa malade, comme bien souvent « *Je ne sais pas ce que vous avez, mais je sais ce que je dois faire* ». Il lui prescrit une échographie abdominale et un bilan sanguin. Il le reverra après ces examens. »

On comprend alors l'utilité d'avoir une liste priorisée de DEC, qui va servir de guide et de garde-fou au praticien, afin d'accompagner sa réflexion diagnostique.

5. Exemple n°3 :

5.1. Présentation du cas clinique

Une patiente de 29 ans se présente à la consultation pour un épisode de maux de tête ayant débuté le matin même. Elle a comme antécédents : une appendicectomie à l'âge de 12 ans, une pneumopathie gauche à 18 ans, et une maladie migraineuse depuis l'âge de 17 ans pour laquelle elle n'a pas de traitement de fond. Elle prend une pilule contraceptive à base d'oestro-progestatifs.

A l'interrogatoire, la patiente signale que les crises migraineuses s'accompagnent très fréquemment de nausées et photophobie et sont habituellement bien calmées par l'ibuprofène. L'épisode actuel est apparu brutalement vers 7 h du matin, ayant réveillé la patiente, avec nausées et vomissements. Elle souligne d'ailleurs que la douleur est plus importante que ses crises habituelles, de topographie et de caractère différents.

A l'examen clinique, le praticien ne retrouve pas de signe de focalisation neurologique. Le reste de l'examen est normal.

5.2. Choix du RC par le praticien

Face à ce tableau clinique, le praticien ne peut relever le RC « MIGRAINE ». Cet épisode est, selon la patiente, différent des crises migraineuses habituelles, et il place alors le médecin en position d'incertitude diagnostique. Celui-ci va donc choisir le RC « CEPHALEE », en position A, laissant une ouverture diagnostique plus large que le RC « MIGRAINE », car il redoute que ce tableau clinique ne soit pas une nouvelle crise migraineuse :

The screenshot shows the SFMG software interface. At the top left is the SFMG logo with the tagline 'Le plaisir de comprendre'. The patient information section includes fields for 'Patient', 'Age', and gender selection ('Homme', 'Femme') with an 'Effacer tout' button. There are also 'À propos' and 'Quitter' buttons. The main interface is divided into two tabs: '1. DRC' and '2. Résultat'. The 'RC ou Critère' field contains 'cephalee'. The 'Classe' dropdown is set to 'TOUTES'. Below this, there are buttons for 'Argumentaire' and 'Aucun critère'. The 'Liste des résultats de consultation' shows 'CEPHALEE'. The 'Critères' section lists various symptoms: '++++ MAL DE TÊTE', '++++ NON CLASSABLE AILLEURS', '+ - intense', '+ - pulsatile', '+ - unilatérale', '+ - stéréotypée dans son expression et/ou localisation', '+ - nausées ou vomissements', '+ - photophobie ou phonophobie', '+ - irradiation (oculaire...)', '+ - facteur déclenchant (effort...)', '+ - variation selon la position', '+ - prodromes', and '+ - efficacité d'un antalgique courant'. The 'Position diagnostique' is set to 'A' and the 'Code suivi' is set to 'N'. There are 'Ajouter RC' and 'Supprimer RC' buttons. At the bottom, a table shows the consultation results:

Résultats de consultation	PD	CS	CIM10	Asymptomatique
CEPHALEE	A	N	R51	

Figure n°30 : Relevé du RC « CEPHALEE » pour la patiente

5.3. Recensement des diagnostics étiologiques relatifs au RC

La liste suivante se veut exhaustive :

Hémorragie méningée

Hypertension intracrânienne aigue

Dissection carotidienne

Thrombophlébite cérébrale

Glaucome aigu à angle fermé

Sinusite aigue

Crise migraineuse

Algie vasculaire de la face

Névralgie du trijumeau

Tumeur cérébrale

Maladie de Horton

Hématome sous-dural chronique

Intoxication chronique au monoxyde de carbone (CO)

Iatrogénie

Céphalée de tension

5.4. Analyse du critère d'atteinte du patient (C_p)

Tableau n°14 : Analyse du critère d'atteinte du patient

<i>Critères</i> <i>Evénements redoutés</i>	VULNERABILITE	IMPACT	CRITERE D'ATTEINTE C _p
Hémorragie méningée	1	1	1
Dissection carotidienne	1	1	1
Thrombophlébite cérébrale	1	1	1
Glaucome aigu à angle fermé	0	#	#
Sinusite aigue	1	1	1
Crise migraineuse	2	1	2
Algie vasculaire de la face	1	1	1
Névralgie du trijumeau	1	1	1
Tumeur cérébrale	1	1	1
Maladie de Horton	0	#	#

Hématome sous-dural chronique	1	1	1
Intoxication chronique au CO	1	1	1
Iatrogénie	2	1	2
Céphalée de tension	1	1	1

La maladie de Horton et le glaucome aigu ont été éliminé chez cette patiente de 28 ans.

5.5. Analyse de la criticité propre de ces diagnostics (C_e)

Tableau n°15 : Analyse de la criticité des événements redoutés du RC « CEPHALEE »

<i>Critères</i> <i>Evénements redoutés</i>	GRAVITE	URGENCE	CURABILITE	CRITICITE de l'événement redouté C_e
Hémorragie méningée	100	10	3	3000

Dissection carotidienne	100	10	3	3000
Thrombophlébite cérébrale	70	6	3	1260
Sinusite aigue	0	#	#	#
Crise migraineuse	0	#	#	#
Algie vasculaire de la face	30	1	3	90
Névralgie du trijumeau	30	1	3	90
Tumeur cérébrale	100	6	3	1800
Hématome sous-dural chronique	70	1	3	210
Intoxication chronique au CO	30	1	3	90
Iatrogénie	0	#	#	#
Céphalée de tension	0	#	#	#

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

Tableau n°16 : Liste priorisée des DEC pour le RC « CEPHALEE »

Critères <i>Evénements redoutés</i>	CRITICITE de l'événement redouté C _e	CRITERE D'ATTEINTE C _p	CRITICITE GLOBALE C _g
Hémorragie méningée	3000	1	3000
Dissection carotidienne	3000	1	3000
Tumeur cérébrale	1800	1	1800
Thrombophlébite cérébrale	1260	1	1260
Hématome sous-dural chronique	210	1	210
Algie vasculaire de la face	90	1	90
Névralgie du trijumeau	90	1	90
Intoxication chronique au CO	90	1	90

5.7. Conclusion

Cette liste priorisée de DEC pour le RC « CEPHALEE » oriente la démarche diagnostique ; le praticien, devant cette céphalée qui n'évoque pas une crise migraineuse habituelle, va devoir proposer en urgence à la patiente une exploration radiologique cérébrale afin d'éliminer les DEC d'origine cérébrale.

Pour les autres DEC, l'interrogatoire et l'évolution clinique lui permettront de les éliminer ou de les affirmer.

La patiente revient le lendemain en consultation avec le résultat des explorations faites aux urgences :

- Scanner cérébral sans injection normal
- Bilan biologique normal

La patiente a été nettement calmée par la prise de dihydroergotamine en spray, ce qui évoque une crise de migraine.

Ainsi, après avoir éliminé les différents DEC par une démarche diagnostique adaptée, le praticien peut réviser le RC « CEPHALEE » en RC « MIGRAINE ».

DISCUSSION

A. ORIGINALITE DU TRAVAIL

La production d'une méthode de gestion du second risque du DRC n'avait jamais été expérimentée ; ainsi, plusieurs paramètres font de ce travail, une étude originale et innovante.

Premièrement par le fait que celui-ci découle des travaux de recherche de R.N. Braun qui fut le premier à s'enquérir de la façon de procéder en médecine générale et à entrevoir la nécessité d'acquérir dans ce domaine, un langage commun dans le but de formaliser la pratique. Ses longues années de travail lui ont permis de colliger des milliers de cas, qu'il a pu progressivement classer et répertorier pour aboutir à des conclusions ayant une importance majeure comme la « loi de répartition régulière des cas » [3,8,9,10]. De ses travaux, il a ainsi pu dégager une certaine notion du risque, qu'il tente de développer dans son œuvre principale « *Pratique, Clinique et Enseignement en médecine générale* » [7]. Celle-ci servira de base à l'élaboration du DRC par la SFMG. Reprenant les travaux de Braun, elle a pu développer un outil tout à fait original, permettant de décrire de la façon la plus précise possible, la pratique d'un médecin généraliste et qui est désormais utilisé par de nombreux praticiens.

Pour ce travail, il a donc fallu s'enquérir de la vision novatrice de Braun et de son œuvre fondamentale sur la médecine générale. Il a ensuite fallu comprendre le lien existant entre les avancées de Braun et la construction du DRC, afin de saisir comment la SFMG avait traduit cette œuvre en un dictionnaire informatisé, pratique et accessible pour tout médecin généraliste tout en respectant les notions fondamentales de Braun [4,19].

Une fois ces étapes réalisées, il restait à définir la notion du risque au sein du DRC, et à voir comment il était construit afin de s'assurer de la concordance avec les notions de Braun. De même, il a fallu discerner les deux risques qui entrent en jeu dans la démarche du praticien, celui de faire le mauvais choix de RC en cas d'incertitude diagnostique et celui de ne pas évoquer les DEC relatifs au RC relevé, qui étaient à l'origine de confusions dans les réflexions de la SFMG. Cette dissociation a permis de

mettre en avant le second risque, comme Braun l'avait compris, puisqu'il est le seul qui est invariable d'un médecin à l'autre, contrairement au premier risque qui dépend de la qualité du médecin.

Ainsi, l'originalité de cette étude tient donc dans son sujet, la notion de risque en position d'incertitude diagnostique que Braun évoquait, qui est tout à fait singulier et primordial en médecine générale, et dans son objectif à l'ambition novatrice qu'est la théorisation de son concept afin d'en rendre une expression pratique.

Deuxièmement, parce qu'en dehors des documents internes à la SFMG, il n'existait aucun travail antérieur sur cet aspect du risque. Il a donc fallu aller l'observer tel qu'il est traité dans d'autres compétences que celle de la médecine. Cette confrontation a permis d'examiner les différentes méthodes d'analyse du risque notamment dans les domaines industriels et chimiques. Nous avons ainsi compris que le risque était une notion théorique applicable à tout domaine et que les outils permettant son étude étaient adaptables à toute interrogation en fonction du système étudié. De plus, la création de critères d'études des étiologies est établie de façon similaire à ceux utilisés en matière industrielle, mais il s'agit d'une innovation dans le champ de la médecine générale, ceux-ci y étant totalement spécifiques. Ainsi ce parallélisme dans l'utilisation des méthodes de gestion du risque a montré l'intérêt de l'approche théorique du risque mais l'application d'une telle méthode sur le raisonnement réflexif du praticien en médecine générale est novatrice.

B. LA NOTION DE RISQUE ZERO

1. L'EMERGENCE DU PRINCIPE DE PRECAUTION EN MEDECINE [60,61,62,63,65]

En France, l'évolution de la perception des risques a été totalement bouleversée depuis « l'affaire » du sang contaminé par le virus d'immunodéficience acquise en 1985. Elle a fait rentrer de manière brutale le concept du principe de précaution dans le champ de la médecine, domaine particulièrement vulnérable à ce principe, compte tenu des incertitudes tant cliniques que diagnostiques que renferme l'exercice médical. Dans le domaine médical, le rapport annuel centré sur le droit de la santé réalisé par le conseil d'état en 1998 l'a défini ainsi: « *Ce nouveau concept se définit par l'obligation pesant sur le décideur public ou privé de s'astreindre à une action ou de s'y refuser en fonction du risque possible. Dans ce sens, il ne lui suffit pas de conformer sa conduite à la prise en compte des risques connus. Il doit apporter la preuve, compte tenu de l'état actuel de la science, de l'absence de risque* ». Le rapport du Conseil d'État reconnaît aussi que *"le devoir de précaution se distingue de la simple obligation de prudence ou de diligence"* et *"s'écarte de la notion de prévention qui impose la prise en compte de risques connus même si leur probabilité est faible"*. Il apparaît que ce principe de précaution répond effectivement à l'hypothétique, au probable, à l'impondérable. Il place la responsabilité du praticien dans le domaine de l'incertain, face à des risques *"qui ne sont même pas probabilisables"*. [65]

Une telle évolution est loin d'être anodine et pourrait remettre en question la nature et le sens de la médecine. C'est pourquoi il apparaît nécessaire de prendre conscience des changements que ce principe de précaution pourrait induire sur le rôle du médecin dans la société, sur la nature des actes médicaux, et sur l'évolution de la pratique et de la recherche médicale.

2. L'ILLUSION DU RISQUE ZERO ET LES LIMITES D'APPLICATION DU PRINCIPE DE PRECAUTION. [60,62,63,66]

Le point clé de la définition du principe de précaution repose sur la nécessité de ne pas retarder la mise en œuvre de mesures de gestion du risque à partir du moment où il existe une absence de certitudes ; ceci doit donc être confronté à la notion d'incertitude en médecine qui recoupe l'acceptation de la notion de risque inhérente à toute pratique de soins. Aujourd'hui, l'invocation croissante du principe de précaution par divers acteurs, et son éventuelle extension au champ de la médecine pourrait totalement modifier la vision de la médecine et sa pratique.

La médecine est par essence incertaine et tout médecin, dans une démarche fondée sur la connaissance, la raison et l'évaluation, fait néanmoins des choix qui ne sont jamais dénués de risque. La notion de risque zéro ne peut donc être retenue comme critère de validité d'un acte ou d'une décision médicale. Appliqué sans nuance, ce principe de précaution viserait à exiger une connaissance absolue et une maîtrise totale des conséquences de toute décision médicale à priori et tendrait ainsi à renvoyer à l'idée irrationnelle du risque nul et d'innocuité totale en médecine. Par ailleurs, il serait dommageable de cristalliser le débat sur le seul niveau de la peur et du refus du risque, attitude qui paralyserait le médecin dans tous ses choix à court terme par peur, en cas d'aléas, de la mise en œuvre d'une responsabilité juridique brutalement appliquée du fait du principe de précaution.

Le principe de précaution en santé se heurte donc à une question fondamentale : peut-on assurer en pratique de soins la certitude de l'absence de tout dommage pour un patient ? La définition du risque du DRC et la démarche diagnostique du praticien montrent bien la difficulté d'accéder à une certitude diagnostique, qui de plus n'est pas toujours nécessaire, alors même que le principe de précaution les impose. Ainsi, plutôt que d'adopter ce principe non adaptable au domaine médical, n'est-il pas plus judicieux de poser la question de l'acceptabilité du risque ?

3. UNE ALTERNATIVE POSITIVE ET RESPONSABLE : L'EVALUATION ET LA VIGILANCE. [60,64]

La pratique médicale ne doit pas se réfugier derrière la peur qu'engendre l'incertitude, mais favoriser l'utilisation de méthodes objectives de gestion de celle-ci comme ce travail a tenté de le faire. Il conviendrait plutôt de préférer le principe de vigilance, basé sur le rationnel et qui s'efforcera, par des méthodes évaluatives, d'avoir une approche pragmatique et de déduction, reposant sur la raison.

C'est pourquoi au lieu de prôner la peur et vouloir tendre à l'absence de risque, ce qui déboucherait sur une application aveugle du principe de précaution, il convient plutôt de mettre en place une réelle politique d'évaluation médicale permettant d'objectiver le choix des praticiens et de gérer l'incertitude dans un esprit de vigilance à l'opposé de cette notion de risque zéro.

La méthode de gestion du DRC proposée ici n'a pas non plus pour ambition le risque zéro. Elle laisse tout à fait la place au raisonnement et à la vigilance du praticien. Il faut dès à présent affirmer que son utilisation n'élimine pas le risque de « passer à côté » d'un diagnostic grave qui n'aurait pas été pris en compte grâce à la méthode. Elle ne doit pas engendrer une démarche diagnostique automatisée remplaçant le raisonnement du praticien et le mettant à l'abri du risque.

De même, l'éventuelle fiabilité de cette méthode, qui ne pourra être évaluée qu'après un certain d'utilisation, ne sera pas un gage de sécurité ; L'épreuve du temps ne diminue pas le risque de dysfonctionnement et ne devra pas amener le praticien à un sentiment de contrôle total du risque.

C. LA NOTION D'ACCEPTABILITE DU RISQUE [67,68]

1. LE SEUIL D'ACCEPTABILITE

En analyse de risque, la notion d'acceptabilité est fondamentale. L'exposition au risque est un fait partagé, vivre est dangereux : on risque de mourir ! Le degré de risque qui paraît « raisonnable », c'est à dire le niveau que l'on est prêt à accepter est subjectif et dépend de composantes psychologiques, des enjeux du risque, du contexte économique et socio-culturel. Il peut donc évoluer dans le temps. Cette notion d'acceptabilité du risque est dépendante de données plus ou moins objectives liées au niveau de perception du risque, qui peut différer d'un individu à l'autre ou d'un groupe d'individu à l'autre.

La détermination du seuil a pour but d'augmenter le niveau de confiance général d'une méthode et d'en garantir une certaine fiabilité dans les résultats.

Ainsi, quand on débute un travail de gestion du risque dans un domaine, l'acteur du risque doit aborder la justification de l'objectif de ce travail ; il doit expliquer l'apport envisagé pour la cible du risque et définir le seuil d'acceptabilité que la méthode tolère en développant les arguments nécessaires.

2. LE RISQUE ACCEPTABLE

L'acceptabilité d'un risque dépend donc de nombreux paramètres, mais il répond tout de même à certaines exigences : il s'agit d'un risque dont les caractéristiques (fréquence ou intensité du danger, gravité, conséquences sociales, économiques, politiques, culturelles, techniques et environnementales) sont considérées comme acceptables (et donc prêtes à être assumées) par l'individu, la communauté ou la société qui y est soumis. De plus, la notion de risque change, certaines situations auparavant tolérées deviennent aujourd'hui inacceptables (telle l'exposition aux peintures au plomb dans les habitations). D'autres risques, encore marginaux, commencent à être évoqués, tels ceux dus à la qualité de l'air intérieur.

En pratique, son appréciation tente de synthétiser un ensemble de jugements de valeur flous dépendant de l'appréciation de différents experts.

D'un point de vue éthique, c'est l'idée de sacrifice qui prédomine derrière cette notion d'acceptabilité du risque. En effet, le seuil que l'on va choisir renvoie à la notion d'acceptabilité collective ou individuelle d'un risque. Si l'on se place dans l'optique d'améliorer la prise en charge collective, on est amené à devoir supporter le poids des dommages au plan individuel, c'est-à-dire que l'on agit pour le plus grand nombre au détriment d'une minorité. Mais comment légitimer cette disproportion entre le bénéfice pour la collectivité et le risque subi par les autres ? L'interrogation est troublante dans le champ médical, tant la culture du « risque zéro » et du « principe de précaution » autour de la santé sont ancrés dans la société actuelle même si on en a vu les limites un peu plus tôt.

3. L'INCIDENCE DES MALADIES ET LE SEUIL D'ACCEPTABILITE DU RISQUE DU DRC

La méthode de gestion du risque dans le DRC avait pour but premier la création d'une liste de DEC pour chaque RC et pour but secondaire de les hiérarchiser. Ainsi, la question du seuil d'acceptabilité des DEC à prendre en compte s'est posée. Serait-il légitime de ne pas évoquer un diagnostic étiologique grave sous prétexte qu'il est exceptionnel ? Si oui, à partir de quelle fréquence considère-t-on qu'un diagnostic étiologique est exceptionnel ou rare ? Et, par extrapolation, comment mesurer l'incidence d'une étiologie pour laquelle il n'existe pas de données statistiques ?

Finalement, dans le domaine médical, la détermination de ce seuil est particulièrement simple et ne peut faire que l'unanimité. Ici, compte tenu du fait que la cible est une personne humaine, il est moralement et socialement impossible de tenir compte des risques, faisant intervenir l'incidence de l'événement. On considère, à raison, que l'Homme ne doit pas se trouver en situation d'atteinte à son intégrité physique ou à sa vie ; en tout cas, on se doit d'en faire un objectif. C'est pourquoi le dommage mortel et le dommage non mortel (le préjudice) ont été pris en compte et que seule l'absence de gravité est un critère d'exclusion. Cependant, il paraît inconcevable de ne pas prendre en compte un diagnostic grave sous prétexte que le risque, sous-entendu l'incidence d'une maladie si tant est qu'elle soit mesurable, apparaît comme peu important.

Ainsi, le seuil d'acceptabilité choisi ici découle de cette réflexion : sont inclus tous les diagnostics étiologiques pouvant potentiellement avoir une gravité mortelle ou entraîner un préjudice inacceptable, et ce, quelle que soit leur incidence.

La vulnérabilité, critère lié au patient, est plus à même de modifier la probabilité d'occurrence d'un DEC, mais en aucun cas il est moralement admissible de conditionner le choix des DEC à leur incidence.

D. LE PROBLEME DE L'OBJECTIVITE [69,70,71]

Tout au long de la création de cette méthode de gestion du risque, il a persisté une interrogation majeure : comment produire une évaluation du risque qui soit la plus objective possible de par ses critères et leur évaluation ?

Face à cette question, il est vite apparu que cet objectif de l'objectivité absolue s'avérait une utopie irréaliste de par l'idée même d'évaluation.

En effet, évaluer les risques consiste à produire une estimation, un jugement se basant sur une interprétation de la réalité au regard de valeurs morales, culturelles, etc... L'évaluation ne peut dépendre que de la subjectivité de celui qui la fait. Mais la préoccupation principale de la personne qui produit la méthode d'évaluation est de savoir ce qu'il évalue et dans quel but il le fait, les décisions découlant de l'évaluation étant d'importance ; il est donc essentiel que celle-ci se fonde sur la réalité.

Pareillement, l'évaluation dépend de la conception qu'a l'évaluateur de ce qu'il est chargé de mesurer, d'évaluer, d'estimer, et ceci interdit alors toute prétention à une quelconque objectivité. En effet, pour que celle-ci soit possible il faudrait que puisse être établie une liste exhaustive de l'ensemble des critères concernés par les éléments à évaluer. Une telle perspective déboucherait inévitablement sur une standardisation extrême, ne permettant plus aucun jeu d'acteurs. Or, comme il a été dit, toute évaluation ne peut être que subjective et par là, se distingue clairement du contrôle absolu. Evaluer, c'est alors donner du sens aux résultats observés. Dans cette logique, évaluer signifie « recueillir un ensemble d'informations suffisamment pertinentes, valides et fiables et examiner le degré d'adéquation entre cet ensemble d'informations et un ensemble de critères adéquats aux objectifs fixés au départ ou ajustés en cours de route, en vue de prendre une décision. »

Dans la méthode de gestion du risque du DRC, la subjectivité intervient dans les différentes étapes de création de celle-ci :

Tout d'abord dans l'objectif de la méthode et le type de décisions qui en découle : l'évaluation permet d'orienter la décision qui n'est pas connue par avance. Ce qui est connu c'est bien la nature de la décision qui, ici, est diagnostique. Sans cette information, il est impossible d'orienter le processus d'évaluation. Ainsi, le fait tout à fait

subjectif de définir l'objectif d'une méthode, oriente nécessairement les caractéristiques du processus d'évaluation qui se doivent alors d'être explicitées pour montrer leur corrélation.

Puis, la grande part de subjectivité réside dans le choix des critères. La qualité de l'évaluation est tributaire de ce choix, mais il est difficile car il conditionne la décision. Les critères doivent être pertinents, peu nombreux et pondérés.

Dans la méthode de gestion du risque dans le DRC, le choix des critères s'est aussi avéré subjectif, dicté par la nécessité de cerner les DEC mais il s'est fait de façon réfléchie et justifiée. Les critères choisis semblent tout à fait pertinents et nécessaires, chacun apportant un poids dans la caractérisation des diagnostics. Au nombre de trois, ils ne sont pas exhaustifs, omettant d'autres critères comme par exemple leur incidence, la notion de souffrance ressentie par le patient ou encore les différentes formes cliniques.

Le critère d'atteinte du patient semble lui aussi adéquat car il permet d'évaluer les caractéristiques du patient. Il prend en compte la vulnérabilité du patient et l'impact des conséquences sur celui-ci et rassemble de nombreux paramètres qui sont alors laissés à l'appréciation du praticien dans le souci d'éviter la standardisation des particularités du patient et de permettre une évaluation plus globale et subjective.

Ainsi, cette méthode n'échappe pas non plus à la subjectivité obligatoire de tout processus d'évaluation. Il a fallu faire des choix tant dans la nature des éléments à évaluer que dans les critères à prendre en compte. Ceux-ci sont bien sûr subjectifs, mais ils ont été faits dans un souci de coïncider le plus possible avec la réalité de la principale préoccupation du praticien dans sa démarche, pour produire une évaluation la moins subjective possible. Les raisons amenant à ces choix ont d'ailleurs été explicitées et cette nécessité de transparence a permis de ne pas laisser la place à l'arbitraire. De toute façon, il était totalement vain de vouloir éviter cette subjectivité, qui est l'essence même de l'évaluation des risques.

E. LA MEDECINE, UNE SCIENCE MAIS AUSSI UN ART

La médecine est une science mais aussi un art et elle doit le rester. Ce côté artistique fait appel autant à l'appréciation du praticien, qu'à son intelligence relevant de sa capacité de raisonnement. Cette méthode d'analyse des événements a pour objectif la gestion des risques par le praticien, dans le but d'améliorer sa démarche diagnostique et, de fait, de permettre une meilleure prise en charge des patients. Comme toute méthode, elle est conçue de manière fondamentale et théorique, partant d'un système qu'est le DRC et qui matérialise la réflexion du praticien ; elle ne laisse pas la place à la différence de perception clinique entre deux situations cliniques.

En effet, le praticien, après avoir relevé un RC correspondant à une situation clinique, doit rester vigilant après son choix car le DRC ne permet pas d'analyser les nuances cliniques propres à chaque cas et à chaque patient. Plusieurs paramètres ne sont pas mesurés par le DRC et sont laissés au jugement du praticien.

1. LA QUALITE DES CRITERES D'INCLUSION SELECTIONNES POUR UN RC [30]

Le relevé du RC par le praticien est réalisé en fonction de sa plus haute certitude clinique au moment de la consultation : le RC est concrétisé par la sélection d'un ou plusieurs critères d'inclusion. La qualité des critères d'inclusion choisis par le praticien, dépend de la situation clinique et peut, pour un même RC, s'avérer tout à fait différente.

L'exemple suivant l'illustre bien : un médecin relève le même RC pour 2 patients différents ; pour les deux patients, la représentation du RC est la suivante :

SFMG
Le plaisir de comprendre

Patient: Age Homme Femme Effacer tout

Style: windows

À propos | Quitter

1. DRC | 2. Résultat

RC ou Critère:

Classe: TOUTES Tout montrer

Liste des résultats de consultation

- BRONCHITE CHRONIQUE
- BRULURE
- CANAL CARPIEN
- CANCER
- CATARACTE
- CEPHALEE
- CERUMEN
- CERVICALGIE
- CHALAZION

Voir aussi <<

- ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL
- BLESSURES COMBINEES LEGERES
- BLESSURES COMBINEES SEVERES
- CERVICALGIE
- CONTUSION
- ETAT FEBRILE
- ETAT MORBIDE AFEBRILE
- GLAUCOME
- HUMIEUR DEPRESSIVE

Risques critiques évitables

- ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL
- HEMATOME CEREBRAL
- HORTON
- MENINGITE, ENCEPHALITE, ABCES CEREBRAL
- TUMEUR CEREBRALE

Critères: Argumentaire | Aucun critère

- ++++ MAL DE TÊTE
- ++++ NON CLASSABLE AILLEURS
- + - intense
- + - pulsatile
- + - unilatérale
- + - stéréotypée dans son expression et/ou localisation
- + - nausées ou vomissements
- + - photophobie ou phonophobie
- + - irradiation (oculaire...)
- + - facteur déclenchant (effort...)
- + - variation selon la position
- + - prodromes
- + - efficacité d'un antalgique courant

Position diagnostique: A

Code suivi: N P R Asymptomatique

Ajouter RC | Supprimer RC

Résultats de consultation	PD	CS	CIM10	Asymptomatique
CEPHALEE	A	N	R51	

Figure n°22 : Relevé d'une situation clinique par le RC « CEPHALEE »

Cependant, pour le premier patient, la céphalée est très violente et est apparue le matin même de la consultation alors que pour le second, elle est importante mais persiste depuis 48 heures et il s'agit du second épisode de la sorte. Toutes ces précisions dans la caractérisation des symptômes ne sont pas évaluées par le DRC, mais on remarque, malgré le fait que le médecin ait relevé le même RC pour ses 2 patients, que les deux tableaux cliniques sont différents et peuvent ne pas orienter vers les mêmes étiologies.

Cependant, la méthode d'analyse du risque créée utilise le RC comme source de danger, permettant la production d'une liste de diagnostics étiologiques critiques propre

à chaque RC et non pas à la qualité propre des critères d'inclusion choisis. L'exemple présenté montre pourtant qu'un tableau clinique peut se révéler différent au sein même d'un RC ; et ceci est lié à la qualité propre des critères choisis ainsi qu'à l'importance de leur expression. Par exemple, un épisode diarrhéique en une matinée n'a pas le même poids qu'une diarrhée profuse à de multiples reprises depuis 24 heures, mais pour ces deux cas de figures, le médecin relèvera le même critère d'inclusion « diarrhée » au sein du même RC. Ce choix des critères d'inclusion est fait consciemment par le praticien, et l'importance de leur expression n'est pas évaluable en pratique par le DRC. Le praticien doit donc rester vigilant lorsqu'il choisit le RC en position d'incertitude diagnostique, du fait que celui-ci ne relate pas toujours la même importance dans l'expression clinique. Ce paramètre, inquantifiable, représente la part de subjectivité clinique du DRC qui laisse la place à la capacité de discernement du praticien. Ceci ne remet cependant en question l'élaboration d'une liste de DEC propre à chaque RC et non à chaque tableau clinique. Mais, il est certain que certains DEC peuvent se révéler parfaitement aberrants par rapport au tableau clinique en cause alors qu'ils sont tout à fait pertinents pour le RC choisi ; c'est alors l'analyse fine et le discernement du praticien qui lui permettront d'orienter sa démarche diagnostique en fonction de la liste présente.

Dans l'exemple n°2 : le tableau clinique que le praticien a mis en évidence n'évoquait pas du tout la possibilité d'un kyste hépatique mais ce DEC était tout de même présent dans la liste produite pour le RC « TUMEFACTION » que celui-ci avait pourtant choisi de façon appropriée. La liste est donc une aide au praticien pour la gestion du risque mais elle laisse toute la place à sa capacité de discernement et d'analyse fine que l'outil informatique ne peut gérer. Vouloir créer une méthode de contrôle absolu de la nuance clinique serait assurément bien trop complexe et impraticable d'autant qu'il s'avèrerait dangereux, par cet objectif, d'ôter la possibilité de discernement du praticien.

2. LA VALEUR DE LA POSITION DIAGNOSTIQUE [2,4,5,7]

Outre la nature et l'importance d'expression des critères d'inclusion, le DRC permet d'affecter à chaque RC d'une position diagnostique. Celle-ci permet de représenter les différentes classifications praticiennes évoquées par Braun : le symptôme isolé (position A), le groupe de symptômes (position B), le tableau de maladie (position C) puis le diagnostic certifié (position D) état clinique dans lequel le praticien n'est plus en position d'incertitude diagnostique.

Ces positions viennent pondérer les conclusions du praticien et témoignent de la certitude clinique dans laquelle il se trouve à ce moment de la consultation. Elles permettent de visualiser l'ouverture du résultat de consultation en fonction de la caractérisation du tableau clinique. Si certains RC n'ont qu'une position possible, d'autres en comportent plusieurs.

La position A, qualifiée de symptomatique, correspond à la classe « signe cardinal » ou « symptôme isolé » voulant dire « qui sert de pivot principal ». Ainsi par exemple, le RC « OEDEME DES MEMBRES INFERIEURS » avec ou sans compléments sémiologiques ne doit être relevé qu'en position A. Si dans ce RC, certains compléments sémiologiques peuvent orienter la démarche du médecin, il n'empêche que l'axe principal reste les œdèmes et cela ne modifie pas la position.

La position B correspond à la classe des groupes de symptômes ou syndromes pas assez caractéristique pour aboutir à un tableau de maladie ou un diagnostic certifié. On comprendra bien avec le RC « ETAT FEBRILE » : une fièvre isolée est en position A, mais, avec des critères associant écoulement nasal, toux et autres selles molles, en position B.

La position C correspond à un tableau de maladie, mais il y manque une confirmation étiologique souvent une preuve biologique, graphique ou anatomo-pathologique par exemple pour le RC « PNEUMOPATHIE AIGUË ».

La position D correspond à un diagnostic médical complet avec une preuve étiologique par exemple les RC « PLAIE » ou « CERUMEN (BOUCHON DE) ».

On remarque que les positions A et B décrivent un tableau clinique peu caractéristique, à l'incertitude diagnostique grande alors que les positions C et à fortiori D expriment un tableau clinique bien cerné et distinct laissant une ouverture diagnostique faible.

Dans la pratique du médecin généraliste, 72% des RC ont une position A ou B et 28% une position C ou D.

Ainsi la position diagnostique est déterminée en fonction, de l'association ou non de plusieurs critères d'inclusion sélectionnés et il s'agit bien de l'association de signes ou symptômes différents qui précisent le tableau clinique. Ainsi, un groupe de symptômes (équivalent d'une position diagnostique B), fournira plus d'informations quant au diagnostic qu'une situation clinique où le praticien n'a affaire qu'à un seul symptôme.

L'exemple suivant illustre bien l'intérêt de la position diagnostique:

Le première patient (patient A) ne présente cliniquement qu'une fièvre isolée, avec des frissons, le praticien relèvera alors le RC « ETAT FEBRILE » en position A, caractérisant le fait qu'il se trouve en face d'un symptôme isolé :

Patient: _____ Style: windows

Age: _____ Homme Femme Effacer tout

À propos Quitter

1. DRC | 2. Résultat

RC ou Critère: etat Classe: TOUTES Tout montrer

Liste des résultats de consultation

ETAT FEBRILE
ETAT MORBIDE AFEBRILE
GOUTTE
HALLUX VALGUS
TARSALGIE - METATARSALGIE
VERTIGE - ETAT VERTIGINEUX

Voir aussi <<

ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)
BRONCHITE AIGUE
CHOLECYSTITIS
ENROUEMENT
ERYSIPELE
ETAT MORBIDE AFEBRILE
FURONCLE - ANTHRAX
HEPATITE VIRALE
LYMPHANGITE

Risques critiques évitables

Critères

Argumentaire Aucun critère

+++ FIÈVRE OU SENSATION DE FIÈVRE
++|| isolée
+ - frissons, sueurs, courbatures
++|| associée à des symptômes et signes généraux et locaux
+++ NON CARACTÉRISTIQUE ET NON CLASSABLE AILLEURS

+ - abattement, lassitude, inappétence (incapacité au travail, frissons, "enfant grognon")
+ - céphalée
+ - état vertigineux
+ - courbatures, myalgies
+ - obstruction, écoulement nasal
+ - douleurs sinusiennes spontanées ou provoquées
+ - symptôme ou signe pharyngé ou amygdalien
+ - modification de la voix
+ - toux
+ - expectoration minime, non caractéristique

Position diagnostique: A B Code suivi: N P R Asymptomatique

Ajouter RC Supprimer RC

Résultats de consultation	PD	CS	CIM10	Asymptomatique
ETAT FEBRILE	A	N	J06.8	

Figure n°23 : Choix des critères d'inclusion du RC « ETAT FEBRILE » pour le patient A

Pour le second patient (patient B), qui présente un tableau clinique un peu plus fourni, associant fièvre, mal de gorge, sensation de « nez bouché », et douleur sinusienne, le praticien relèvera le même RC, mais y associerait la position diagnostique B caractérisant le groupe de symptômes :

Patient: Age: Homme Femme Style: windows

1. DRC | 2. Résultat

RC ou Critère: Classe: TOUTES Tout montrer

Liste des résultats de consultation:

- ETAT FEBRILE
- ETAT MORBIDE AFEBRILE
- GOUTTE
- HALLUX VALGUS
- TARSALGIE - METATARSALGIE
- VERTIGE - ETAT VERTIGINEUX

Voir aussi:

- ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)
- BRONCHITE AIGUE
- CHOLECYSTITIS
- ENROUEMENT
- ERYSIPELE
- ETAT MORBIDE AFEBRILE
- FURONCLE - ANTHRAX
- HEPATITE VIRALE
- LYMPHANGITE

Risques critiques évitables:

Critères:

- ++++ FIÈVRE OU SENSATION DE FIÈVRE
 - ++|| isolée
 - + - frissons, sueurs, courbatures
 - ++|| associée à des symptômes et signes généraux et locaux
 - ++++ NON CARACTÉRISTIQUE ET NON CLASSABLE AILLEURS
 - + - abattement, lassitude, inappétence (incapacité au travail, frissons, "enfant grognon")
 - + - céphalée
 - + - état vertigineux
 - + - courbatures, myalgies
 - + - obstruction, écoulement nasal
 - + - douleurs sinusiennes spontanées ou provoquées
 - + - symptôme ou signe pharyngé ou amygdalien
 - + - modification de la voix
 - + - toux
 - + - expectoration minime, non caractéristique

Position diagnostique: A B Code suivi: N P R Asymptomatique

Résultats de consultation	PD	CS	CIM10	Asymptomatique
ETAT FEBRILE	B	N	J06.8	

Figure n°23 : Choix des critères d'inclusion du RC « ETAT FEBRILE » pour le patient B

On remarque, pour ce patient, que c'est l'association de symptômes et signes (mis en valeur par la sélection d'un plus grand nombre de critères) qui orientent le choix de la position diagnostique. Ainsi, même si le praticien relève le même RC pour les deux tableaux cliniques, ceux-ci peuvent s'avérer plus ou moins précis selon les signes et symptômes présents et c'est leur position diagnostique respective qui met en valeur l'ouverture diagnostique du RC. Pour le praticien, le fait d'avoir comme point de départ un RC plus ou moins caractérisé, c'est-à-dire avec une position diagnostique plus ou moins fermée, engendre chez lui une différence d'appréciation du RC, de sorte qu'il se doit d'être plus vigilant devant un RC en position ouverte (position A ou B) qu'en position fermée (position C).

Par ailleurs, l'évolution de la position diagnostique d'un RC dans le temps ne peut se concevoir que s'il apparaît des symptômes ou des signes nouveaux. En cas d'équilibre de l'HTA, nous maintiendrons la position A, de même pour le diabète la position C. En revanche, l'apparition de nouveaux signes peut donner lieu à une réévaluation de la position, par exemple de A vers B ou de B vers C. C'est toujours la position diagnostique la plus caractérisée qui sera retenue pour qualifier le RC même si le tableau venait à réduire la présence de tout ou partie des symptômes. Ainsi, ajoutée au RC et à sa définition, la position diagnostique permet de préciser le « degré d'ouverture » de la situation clinique.

Celle-ci permet au praticien de rester vigilant face à l'ouverture diagnostique du cas clinique en cause. Elle ne réduit pas la probabilité d'occurrence des DEC mais pourrait théoriquement, en réduisant l'ouverture diagnostique du RC par une certitude clinique plus avancée, limiter le nombre de DEC à évoquer pour un RC. Ainsi, pour le patient B, le DEC « Pyélonéphrite » serait moins probable par rapport aux critères d'inclusion et aux compléments sémiologiques sélectionnés alors que pour la patiente A, il aurait plus sa place.

La position diagnostique permet, à travers le DRC, de gérer la subtilité de la nuance clinique entre deux tableaux cliniques en position d'incertitude diagnostique. Pour maîtriser cette complexité matérialisée par la position diagnostique, le praticien dispose d'un outil cognitif très efficace nommé vigilance. Cette vigilance dans l'ouverture diagnostique laisse à la méthode de gestion du risque une part de subjectivité indispensable au praticien. Le médecin vigilant conserve alors le côté « artistique » de sa pratique qui repose sur une conduite cognitive dont on sait qu'elle n'est pas forcément optimale. Mais cela ne la rend pas moins efficace et il semble capital que, malgré les progrès scientifiques constants et l'accès illimité aux connaissances, la pratique quotidienne de médecine générale fasse toujours appel au bon sens et aux qualités d'analyse et de discernement du praticien.

3. L'INTERET DU CODE SUIVI [16]

Elément essentiel du DRC, le code suivi permet d'évaluer le caractère évolutif de l'état du patient. Par les trois lettres N, P et R, il introduit la notion de temporalité du RC et donc de l'incertitude diagnostique. L'introduction du code suivi P, qui signifie la persistance du tableau clinique décrit par le RC sur deux consultations différentes ou plus, peut entraîner une modification de l'appréciation faite le praticien de ce tableau clinique.

La conséquence peut être une augmentation de la probabilité de survenue d'un diagnostic étiologique par rapport à un autre par le simple fait de la persistance du tableau clinique dans le temps. Ainsi le fait de choisir le code suivi P devant un tableau clinique peut engendrer une modification de la démarche diagnostique du praticien. L'exemple suivant illustre bien son intérêt : le RC « Toux » a pour DEC « Cancer broncho-pulmonaire ». Devant une persistance du tableau clinique à plus de trois semaines, on peut comprendre que la probabilité d'une néoplasie devient plus importante lors de la persistance de ce RC et donc amène le praticien à plus de vigilance quant à ce diagnostic.

Le code suivi ne modifie en rien la criticité propre du diagnostic ni la vulnérabilité du patient à celui-ci. Ici, il matérialise uniquement la temporalité du tableau clinique et permet de mobiliser la vigilance du praticien et sa capacité d'analyse dans le temps.

F. LIMITES ET DIFFICULTES D'APPLICATION DE LA METHODE

1. L'ESTIMATION EMPIRIQUE

Cette méthode d'évaluation des risques n'utilise pas de base statistique, elle se réduit donc à une méthode d'estimation reposant sur l'empirisme. Les valeurs sont suggérées, justifiées par l'expérience, mais ne découlent pas d'une réalité scientifique. La méthode a donc surtout un intérêt comparatif et entretient un rapport relatif entre les DEC car les valeurs qu'elle considère ne sont que des « poids » autorisant la comparaison à d'autres « poids » estimés.

On ne peut donc prétendre à la véracité scientifique des données mais cela importe peu par rapport à l'objectif fixé. Les critères d'exclusion permettent d'ailleurs de la rendre efficiente en posant un seuil d'acceptabilité satisfaisant. Et peu importe les valeurs estimées tant qu'elles sont estimés par les mêmes experts, et qu'on puisse les utiliser à des fins comparatives. C'est bien tout l'intérêt de cette méthode.

En somme, les valeurs de chaque critère n'ayant aucun substratum scientifique, elles ne peuvent avoir de rôle quantitatif. Elles ne présentent qu'un intérêt qualitatif permettant de hiérarchiser les DEC.

2. LES DIFFICULTES RENCONTREES POUR LE CHOIX DES DEC :

Lors de ses réunions trimestrielles, le secrétariat du département du DRC a commencé à tester la méthode en essayant de produire une liste de DEC pour chaque RC, sans tenir compte du patient. Cet essai a montré assez vite plusieurs difficultés et confusions qui compliquent la bonne utilisation de la méthode mais qui ne remettent pas en cause sa théorie. Il est donc important de montrer ici quelles sont les erreurs possibles et les limites théoriques qui font obstacle à l'application souple de la méthode.

2.1. Confusion dans la nature des étiologies choisies

L'erreur première fut d'insérer des RC concurrents, (les « Voir Aussi » du DRC), dans la liste exhaustive des diagnostics étiologiques possibles d'un RC. Ainsi, il avait été proposé pour le RC « ACCES ET CRISE », les DEC Bouffées de chaleur et Trac, qui n'ont pas leur place ici car ils ne sont que des RC différentiels et ne définissent pas le même tableau clinique.

Cette erreur tient du fait que l'on est amené à confondre les 2 risques du DRC. Produire la liste exhaustive des étiologies d'un RC, qui est la première étape de la méthode, intéresse le second risque, celui de l'incertitude diagnostique, mais pas celui de l'incertitude clinique qui nous fait hésiter entre les RC « ACCES ET CRISE », « BOUFFEES DE CHALEUR » et « TRAC ».

Une autre erreur qui a été faite au début des essais mais qui a été vite gommée, fut celle d'inclure des complications dans la liste des étiologies possibles. En effet, l'exemple le plus frappant est d'évoquer le DEC Rétention aigue d'urine pour le RC « PROSTATE (HYPERTROPHIE) ». La rétention d'urine est bien la complication d'une hypertrophie de la prostate mais pas une cause ! Evidemment, le praticien après avoir fait le diagnostic d'hypertrophie prostatique doit en connaitre les complications mais la méthode de gestion du risque du DRC n'a pas pour objectif de déterminer les complications d'un diagnostic potentiel mais bien d'évoquer les DEC que le RC peut faire évoquer. Cependant, il faut rester vigilant devant cette erreur qui peut s'avérer fréquente car découlant d'une bonne intention de la part de l'utilisateur de la méthode : celle d'éviter des dommages à son patient ; mais il faut garder en tête l'objectif d'une telle méthode.

2.2. Problème de la pertinence entre le RC et l'étiologie possible.

Un second problème dans le choix des étiologies pour un RC a permis de créer à posteriori, une caractéristique obligatoire pour chaque étiologie : celui de la pertinence clinique et chronologique entre le RC et sa cause. En effet, lors de la production de liste exhaustive des étiologies du RC « AMAIGRISSEMENT », il est apparu aux membres du secrétariat tout à fait illogique d'accepter les étiologies Leucémie et Cirrhose car il était évident que le tableau clinique que définit ce RC n'est pas un mode de révélation de ces étiologies du fait de l'absence de corrélation chronologique entre la clinique et l'étiologie.

Similairement, pour ce même RC, l'évocation de l'étiologie Phéochromocytome n'est pas apparue adaptée aux membres du secrétariat, par le fait que ce n'est pas ce tableau clinique qui fait découvrir un phéochromocytome ; ici, il y a un manque de cohérence clinique entre le RC et l'étiologie.

C'est deux interrogations apparues lors de l'application de la méthode ont entraîné la création d'une troisième caractéristique obligatoire pour le choix des étiologies, qui correspond à la notion de pertinence clinique et chronologique indispensable entre le RC et l'étiologie.

2.3. La définition du RC peut rendre superflue la liste de DEC

Une autre limite de la méthode est soulevée par la définition des RC. Il est parfois superflu de l'appliquer car celle-ci n'aura aucune influence sur la démarche diagnostique du praticien ; en effet, il est impossible au praticien de ne pas évoquer les DEC potentiels d'un RC qui demande une prise en charge urgente : le second risque du DRC ne peut donc se produire d'où l'inutilité d'appliquer la méthode. Non pas que la méthode ne soit pas applicable, au contraire ; mais tout simplement parce que le simple fait de choisir tel RC engendre une prise en charge urgente et hospitalière qui est dictée par sa définition. L'application de la méthode produirait une liste d'étiologies composée uniquement de DEC qui rendrait alors cette liste inutile, le RC impliquant nécessairement une prise en charge hospitalière.

L'exemple typique est illustré par le RC « ABDOMEN DOULOUREUX AIGU » :

The screenshot shows a software interface for defining a Reason Code (RC). It is divided into two tabs: '1. DRC' and '2. Résultat'. The '2. Résultat' tab is active.

At the top, there is a field for 'RC ou Critère' and a dropdown for 'Classe' set to 'TOUTES'. A checkbox 'Tout montrer' is also present.

Below this, there are two main sections: 'Liste des résultats de consultation' and 'Critères'.

The 'Liste des résultats de consultation' section contains a list of medical conditions, with 'ABDOMEN DOULOUREUX AIGU' highlighted. Other conditions include ABCES SUPERFICIEL, ACCES ET CRISE, ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL, ACNE, ACOUPHENE, ADENOPATHIE, ALBUMINURIE, ALCOOL (PROBLÈME AVEC L'), and ALCOYSTORQUE.

The 'Critères' section contains a list of symptoms and signs, including: ++++ DOULEUR ABDOMINALE SPONTANÉE, ++++ RETROUVÉE À LA PALPATION, ++1| ARRÊT NET DU TRANSIT, ++1| DÉFENSE OU CONTRACTURE DE LA PAROI, ++1| HYPOTENSION VOIRE CHOC, +- nausées ou vomissements, +- fièvre ou sensation de fièvre, and +- récidive.

At the bottom, there are fields for 'Position diagnostique' (with radio buttons for 'B') and 'Code suivi' (with radio buttons for 'N', 'P', 'R' and a checkbox for 'Asymptomatique'). There are also buttons for 'Ajouter RC' and 'Supprimer RC'.

Figure n°24 : Définition du RC « ABDOMEN DOULOUREUX AIGU »

ARGUMENTAIRE
<p>Dénomination Autres dénominations possibles: syndrome abdominal aigu, urgence abdominale, abdomen chirurgical. Dans cette définition, la douleur de l'abdomen, associée aux signes d'accompagnement, évoque un risque d'évolution grave et nécessite la mise en œuvre d'une démarche programmée urgente. Ce résultat de consultation sera éventuellement révisé une fois le diagnostic prouvé (ex: appendicite).</p>
<p>Critères d'inclusion Ils caractérisent d'une part la DOULEUR de l'abdomen qui doit être SPONTANÉE et RETROUVÉE à l'examen lors de la séance, pouvant aller jusqu'à la défense voire la contracture, et d'autre part des signes d'accompagnement qui soulignent l'urgence du tableau (arrêt du transit, hypotension, choc). À noter que l'intensité de la douleur n'est pas précisée dans la définition. Elle peut s'être atténuée au moment de l'examen; dans ce cas les données de l'interrogatoire et les autres signes objectifs d'examen prennent toute leur importance sans toutefois être suffisants pour permettre de classer le cas sous un autre résultat de consultation.</p>
<p>Compléments sémiologiques Ils complètent la sémiologie et soulignent son aspect aigu.</p>
<p>Voir aussi Les tableaux caractéristiques (ex: cholécystite) ou les diagnostics certifiés (ex: appendicite) ne doivent pas être relevés par ce résultat de consultation. En revanche, ils pourront être choisis secondairement une fois le diagnostic étayé.</p>
<p>Position(s) diagnostique(s) B: l'association des différents signes obligatoires d'inclusion en fait un syndrome. Par contre, ils ne sont pas suffisamment spécifiques pour correspondre à un tableau de maladie (position C).</p>

Figure n°25 : Argumentaire du RC « ABDOMEN DOULOUREUX AIGU »

Ici, c'est bien l'urgence de prise en charge diagnostique et thérapeutique du tableau clinique, sous-tendue par le fait qu'on ne peut évoquer que des étiologies graves et urgentes, qui rend stérile la production d'une liste de DEC.

2.4. Une liste étendue de DEC en limite l'intérêt pour le praticien

Certains RC génèrent une liste étendue de DEC du fait de leur définition générique qui peut regrouper plusieurs tableaux cliniques dont la nuance clinique est telle que les étiologies à évoquer se multiplient et engendrent une liste de DEC interminable. Ceci la rend moins efficace, et va à l'encontre de l'objectif de la méthode qui est de produire une liste non exhaustive, raccourcie, de DEC à évoquer.

Cette limite dans l'utilisation de la méthode tient au regroupement au sein d'un RC, de la définition de plusieurs tableaux cliniques peu caractéristiques qui sont rassemblés car semblables mais qui peuvent orienter vers un grand nombre d'étiologies.

Les RC caractéristiques de cette situation sont les RC « ETAT MORBIDE AFEBRILE » et « ETAT FEBRILE » ; Voici leurs définitions :

DÉFINITION
++++ ASSOCIATION DE SYMPTÔMES ET SIGNES GÉNÉRAUX ET LOCAUX
++++ NON CARACTÉRISTIQUE, NON CLASSABLE AILLEURS
++++ ABSENCE DE FIÈVRE ou DE SENSATION de FIÈVRE
+ - abattement, lassitude, inappétence (incapacité au travail, frissons, « enfant grognon »)
+ - céphalée
+ - état vertigineux
+ - courbatures, myalgies
+ - obstruction, écoulement nasal
+ - douleurs sinusiennes spontanées ou provoquées
+ - symptôme ou signe pharyngé ou amygdalien
+ - modification de la voix
+ - toux
+ - expectoration minime, non caractéristique
+ - signes auscultatoires pulmonaires non significatifs
+ - sensation de brûlure rétrosternale
+ - auriculaire : otalgie, tympons un peu rouges ou discrètement modifiés
+ - oculaire : larmoiement, rougeur conjonctivale
+ - nausée
+ - vomissement
+ - douleurs abdominales
+ - selles molles, diarrhée
+ - pollakiurie
+ - brûlures mictionnelles
+ - exanthème
+ - adénopathies
+ - après vaccination
+ - récursive
+ - asymptomatique

Figure n°26 : Définition du RC « ETAT MORBIDE AFEBRILE »

Le RC « ETAT MORBIDE AFEBRILE » recouvre des situations cliniques associant, à des degrés divers, des symptômes et des signes non caractéristiques d'une maladie, mais que le médecin estime pouvoir regrouper sous cette entité commune, non classable dans un autre RC. Ainsi, c'est l'association de symptômes et signes, dont aucun n'est assez caractéristique ou dominant pour permettre le choix d'un autre RC et l'absence de fièvre, qui permet de classer le cas.

DÉFINITION
++++ FIÈVRE ou SENSATION DE FIÈVRE
++ isolée
+ - frissons, sueurs, courbatures
++ associée à des symptômes et signes généraux et locaux
++++ NON CARACTÉRISTIQUE et NON CLASSABLE AILLEURS
+ - abattement, lassitude, inappétence (incapacité au travail, frissons, « enfant grognon »)
+ - céphalée
+ - état vertigineux
+ - courbatures, myalgies
+ - obstruction, écoulement nasal
+ - douleurs sinusiennes spontanées ou provoquées
+ - symptôme ou signe pharyngé ou amygdalien
+ - modification de la voix
+ - toux
+ - expectoration minime, non caractéristique
+ - signes auscultatoires pulmonaires non significatifs
+ - sensation de brûlure rétrosternale
+ - auriculaire: otalgie, tympons un peu rouges ou discrètement modifiés
+ - oculaire: larmoiement, rougeur conjonctivale
+ - nausées
+ - vomissements
+ - douleurs abdominales
+ - douleurs lombaires uni ou bilatérales
+ - selles molles, diarrhée
+ - pollakiurie
+ - brûlures mictionnelles
+ - urines troubles
+ - exanthème
+ - adénopathies
+ - récurrence
+ - asymptomatique

Figure n°27 : Définition du RC « ETAT FEBRILE »

Ce RC permet de relever :

- d'une part la fièvre isolée (mais pouvant s'accompagner de manifestations générales liées à la fièvre).
- d'autre part un syndrome fébrile dont les symptômes et signes ne peuvent être attribués à aucune maladie proprement dite, ni à aucun autre RC. Ce syndrome recouvre des situations cliniques associant à des degrés divers des symptômes ou des signes que le médecin estime pouvoir regrouper sous la même entité.

Ces deux RC regroupent bien une multitude de signes et symptômes pouvant s'associer dans toutes les combinaisons possibles, et ont la particularité de ne pas être caractéristique d'un autre RC. Ici la grande fluctuation du tableau clinique lors du relevé de ce RC ne permet pas à la méthode de gestion du risque du DRC de rendre une liste de DEC efficiente et utilisable par le praticien. Or, la liste des étiologies ne peut être exhaustive et face à ces RC à définition très large, le praticien se doit de conserver une grande vigilance devant l'abondance de DEC possibles.

2.5. Difficultés rencontrées pour la définition de la gravité

La notion de gravité d'une étiologie est le critère d'étude le plus important puisqu'il renvoie au seuil d'acceptabilité du risque. Celui-ci est difficile à définir car la conséquence d'une étiologie, c'est-à-dire le dommage, peut revêtir différentes natures. D'un côté, il y a un dommage mortel évidemment inacceptable, et de l'autre, un dommage non mortel mais inacceptable qu'il soit de nature fonctionnelle ou esthétique.

La difficulté a donc été de créer un système de cotation permettant d'assimiler des dommages de nature différente. La première idée fut de produire deux tableaux de cotation dissociés ; le premier permettant de coter le dommage mortel sur quatre niveaux et le second de coter le dommage dit « de séquelles » sur deux niveaux selon qu'elles étaient mineures ou majeures sans préjuger de leur nature. La cotation de la gravité se faisait selon le dommage possible de l'étiologie étudiée.

Cette solution s'est avérée peu pertinente car le fait de séparer les différentes natures de dommages laissait le sentiment de devoir choisir entre deux sortes de dommage, et

surtout, ne permettait pas de pondérer le dommage mortel par rapport au dommage de séquelles. En effet, une maladie peut provoquer la mort et, aussi entraîner des séquelles mais ce système de cotation ne permettait pas de prendre en compte les deux natures de dommages de façon parallèle.

Il a alors fallu se pencher sur un mode de cotation qui pondère et réassocie les deux natures de dommage. Cela ne pouvait passer que par un système matriciel mettant en relation le dommage mortel et le dommage non mortel, qui permettrait une cotation de la gravité en fonction des deux.

Le dommage non mortel était caractérisé en fonction de l'altération de la qualité de vie selon le questionnaire générique créé par l'OMS [34] ; celui mesure avant tout le dommage fonctionnel moteur. Il ne prend pas en compte le dommage (ou préjudice) sensoriel ni esthétique inhérent à certaines étiologies (Paralysie faciale a frigore). Il a donc fallu définir, de façon simplifiée afin de ne pas alourdir l'évaluation, ce qu'étaient les préjudices sensoriels et esthétiques et comment ils allaient être évalués. Puis les différents niveaux de cotation ont été inclus dans l'échelle de cotation du dommage non mortel de façon à produire trois niveaux de préjudices homogènes et intégrant les différentes natures de dommage.

Le tableau matriciel ainsi créé a permis de définir quatre niveaux de gravité, chacun regroupant les couples dommage mortel/dommage non mortel de même importance, et a rendu plus intelligente et simple la cotation de la gravité.

2.6. Cette méthode de gestion du risque n'est pas une méthode de gestion de l'incertitude diagnostique

Le second risque du DRC correspond à l'éventualité que le médecin n'évoque pas des diagnostics étiologiques que le RC en position d'incertitude diagnostique peut évoquer. Cela signifie que la préoccupation du médecin est avant tout d'éliminer les DEC liés à un RC mais pas de faire absolument le diagnostic.

En effet, la réflexion du praticien dans sa démarche diagnostique engendre trois cas de figures (en considérant qu'il relève le bon RC à chaque fois):

1. Le médecin est en mesure de faire le diagnostic dans le temps de la consultation. Cela signifie qu'il a tous les éléments cliniques et anamnestiques nécessaires (la source du premier risque est donc absente) ; le premier et le second risque n'apparaissent alors pas. Il relève un RC en position D et n'est alors plus dans l'incertitude diagnostique et il peut mettre en place sa démarche thérapeutique.
2. Le médecin ne peut faire de diagnostic au terme de la consultation ; il relève un RC en position d'incertitude diagnostique mais celui-ci ne présente pas de danger potentiel ; en effet, ce RC peut faire évoquer des diagnostics étiologiques mais aucun ne met en jeu la vie ou n'est préjudiciable pour le patient. L'exemple du RC « ACNE » en position C dont les différentes causes n'ont pas de gravité, illustre bien cette situation. Le praticien reste, à la fin de la consultation, en position d'incertitude diagnostique dans le sens de maladie nosologiquement établie, mais cette incertitude est tout à fait acceptable car elle n'engendre pas de danger pour le patient.
3. Le médecin ne peut faire le diagnostic en fin de consultation et relève le RC correspondant à la situation clinique. Ce RC peut faire évoquer plusieurs DEC et le médecin oriente alors sa démarche diagnostique afin de les éviter. Il ne cherche pas à tout prix à faire un diagnostic mais doit s'assurer de l'absence d'évolution du RC vers un DEC. Suite à cette démarche, soit il a fait le diagnostic soit il peut se retrouver à nouveau en position d'incertitude diagnostique devant le même RC, position acceptable puisqu'il n'y a plus à attendre de DEC.

Ainsi cette méthode a bien pour but d'éviter les conséquences graves d'une étiologie sur un patient plutôt que d'assurer au médecin l'aboutissement de sa démarche diagnostique. L'incertitude diagnostique persistante est tout à fait acceptable en l'absence de DEC à évoquer. C'est pourquoi un praticien peut se retrouver à nouveau en position d'incertitude diagnostique après avoir éliminé les DEC qui le préoccupaient pour son patient ; il n'a toujours pas de diagnostic certain mais sait que ce tableau clinique ne cache pas de DEC. Le risque est géré puisque le second risque ne se produit pas !

G. ENJEUX ET PRESPECTIVES

Ce travail a donc permis de construire une modélisation du risque lié à la démarche diagnostique du praticien de premier recours telle qu'elle est établie dans le DRC. A partir de celle-ci, il a été proposé une méthode de gestion du risque qui s'applique au risque que le praticien a de ne pas mener une démarche diagnostique optimale en n'éliminant pas des diagnostics dangereux que le tableau clinique de son patient pourrait évoquer.

Ce travail, qui a pour objectif pratique la production d'une liste de DEC pour chaque RC afin d'orienter la démarche du praticien et d'éviter ainsi une insuffisance de sa part, est la première étape du projet de formalisation de la démarche du médecin généraliste. Il ouvre désormais un large champ d'étude dont la finalité est la création de démarches de soins programmées qui serviraient de barrières de prévention à la réalisation de ce risque.

Dans un premier temps, le secrétariat du département du DRC va devoir appliquer la méthode sur l'ensemble des RC. Ce travail a débuté récemment et a mis en lumière les carences et difficultés d'application de celle-ci. Elle a donc été progressivement modifiée et améliorée au gré de l'avancement des travaux et elle s'avère désormais de meilleure qualité. L'objectif de ce premier temps est maintenant l'application théorique de la méthode en établissant une liste de DEC pour chaque RC.

Dans un second temps, il faudra tester sa fiabilité en diffusant les listes de DEC à tous les médecins généralistes utilisant le DRC. Il faudra s'enquérir de leurs remarques et difficultés, et savoir si ces listes sont opérantes dans leur pratique.

Par ailleurs, dans le travail de mise à jour du dictionnaire, il serait intéressant d'analyser les cas de révision ultérieure des RC en diagnostic certifié, pour les confronter aux listes de DEC. Ce travail ultérieur de renseignements et de rapprochements permettra d'évaluer la fiabilité et l'intérêt de la liste et ainsi la qualité de la méthode.

Enfin, lorsque cette méthode aura fait la preuve de sa qualité, après les retours des utilisateurs et de l'analyse des cas de révisions, on pourra être en mesure, pour chaque RC, de passer à une autre phase du travail théorique à savoir, créer des démarches

diagnostiques programmées, permettant de guider le praticien en position d'incertitude diagnostique.

Cette formalisation de la pratique médicale pour les soins de premier recours est une réelle ambition et ce travail, qui reprend les concepts et objectifs de R.N.Braun, en est la première étape.

CONCLUSION

Partant du travail théorique de R.N.Braun et de son application à travers le dictionnaire des Résultats de consultation (RC) par la Société Française de Médecine Générale (SFMG), ce travail avait pour objectif d'une part, de déterminer si l'on pouvait définir le risque en médecine générale pour le praticien qui utilise ce dictionnaire lors de sa démarche diagnostique, et d'autre part, de produire une méthode pratique conduisant à la création d'une liste de diagnostics étiologiques critiques (DEC) pour chaque RC, lui servant d'aide à la gestion de ce risque.

En reprenant les bases théoriques et universelles du risque et en s'appuyant sur l'apport de spécialistes extra-médicaux du risque, il a pu être effectuée une analyse systémique décrivant les différents éléments qui entrent en jeu dans la démarche du praticien. Celle-ci a identifié l'existence de deux risques différents, se succédant dans la démarche diagnostique réflexive lors de l'utilisation du DRC.

Le premier vient du manque d'éléments cliniques suffisants pour l'établissement d'un diagnostic certain en fin de consultation. C'est le cas dans environ 70% des consultations de médecine générale. Le praticien se retrouve alors en position d'incertitude diagnostique mais en ayant cerné sa certitude clinique. Ceci l'amène alors à relever le RC adapté à la situation clinique. Il précise par la même occasion la position d'incertitude diagnostique A, B ou C. Un premier risque consiste à ne pas relever le bon RC. Ce n'était pas l'objectif de ce travail. Il était considéré que le praticien est vertueux et fait, dans les règles de l'art, le bon choix.

Cette incertitude diagnostique matérialisée par le RC devient à son tour la source du second risque. Celui que le praticien subit, celui d'oublier d'évoquer un diagnostic étiologique critique que peut faire évoquer le RC qu'il a relevé et qui peut avoir des conséquences dommageables sur le patient.

Après avoir systématisé la notion de risque dans le DRC, il fallait développer une méthode permettant de produire pour chaque RC une liste de DEC, qui servirait au praticien dans sa démarche diagnostique et donc éviter l'apparition de ce second risque. Ainsi, après avoir défini quels étaient les événements qui menaçaient le patient en cas de non prise en charge diagnostique puis thérapeutique, des diagnostics

étiologiques critiques relatifs au RC, il a fallu préciser la notion de criticité. Il est apparu que celle-ci est essentiellement caractérisée par des critères de gravité, d'urgence de prise en charge, de curabilité, de vulnérabilité et d'impact sur l'atteinte des patients, qui pondèrent l'importance (au sens de la criticité) d'un diagnostic étiologique. Il a ensuite été expliqué comment allaient être calculés chaque critère au travers d'échelles quantifiées. Puis comment ils permettraient une évaluation globale de chaque DEC par rapport à un patient, que l'on nommerait la criticité globale.

Enfin, un exemple concret portant sur deux cas cliniques a mis en lumière l'utilisation d'une telle méthode et son applicabilité au sein du DRC.

Cette méthode de gestion du risque s'avère particulièrement originale et novatrice dans le sens où elle prolonge le travail théorique sous-tendu par le DRC. Cet outil, utilisé par de nombreux praticiens en France, n'avait jusqu'alors pas permis d'explorer cette notion du risque.

L'intérêt pratique de cette méthode réside dans le fait d'avoir, pour le praticien, une liste de DEC pour chaque RC, qui lui permet de conserver un esprit de vigilance et d'éviter d'omettre une étiologie qui pourrait engendrer des dommages pour son patient. Il s'agit donc d'une méthode de gestion du risque qui concerne le praticien, pour l'assurer de la meilleure démarche diagnostique possible et par là, réduire les conséquences pour son patient.

Bien entendu, dans toute méthode de gestion du risque, le risque zéro n'existe pas. Ni pour le patient qui, malgré la bonne démarche diagnostique du praticien, pourra tout de même subir les conséquences d'un DEC, ni pour le praticien du fait de l'incontournable subjectivité des listes de DEC qui peut omettre un DEC qui n'apparaîtrait pas.

D'ailleurs, cette part de subjectivité, obligatoire lors du choix des critères et de la production des échelles ainsi que lors de l'évaluation des DEC montre combien cette méthode peut s'avérer faillible ; mais la transparence caractérisant chaque définition de critère a pour rôle de tendre vers la plus grande objectivité possible.

Le praticien doit rester vigilant lors de l'utilisation routinière d'une telle méthode. Celle-ci n'est pas un moyen de cloisonner la pratique du médecin où le raisonnement et le

discernement deviendrait obsolète. Elle n'est pas non plus un outil médico-légal permettant au praticien de se déresponsabiliser en cas de plainte du patient.

Désormais, il va donc falloir évaluer en pratique sa fiabilité, en colligeant les avis des praticiens qui vont l'utiliser et en évaluant son impact sur leur démarche diagnostique.

Si elle s'avérait tout fiable et utile, elle permettrait, et c'est bien l'objectif de ce travail, de formaliser à posteriori, la démarche diagnostique puis thérapeutique des médecins de premier recours afin d'améliorer la prise en charge ambulatoire des patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sonnleiter A., « De la nature individuelle des dénominations pour les résultats de consultation en médecine générale. Effet sur les calculs de fréquence statistique en médecine générale ». Mémoire en vue de l'accession au grade de Docteur en médecine, Vienne 1986.
2. Rosowsky O., « Le « Résultat de Consultation » selon R.N.Braun ». Revue du praticien MG N°72. Octobre 1989.
3. Braun R.N., Danninger H., Landolt-Theus P., « Kasugraphie, Benennung der regelmässig häufigen Fälle in der Allgemeinpraxis ». Verlag-Kirchheim, 1992.
4. 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.
5. Société Française de Médecine Générale, « Dictionnaire des Résultats de Consultation en Médecine Générale ». Avant-propos. Révision 2010. SFMG. Documents de Recherche en médecine générale. Juin 2010 ; n°66-70.
6. Ferru P., « Der Abwendbar Gefährliche Verlauf (AGV) – Le risque critique évitable ». Synthèse. SFMG. Décembre 2008.
7. Braun R.N. Traduction française de "Pratique Critique et Enseignement de la Médecine Générale ». Edition Payot, Paris. 1979
8. Rosowsky O, De Pouvourville G, Letormy A, Lombrail P., "Le concept de Cas selon R Braun et son apport à la gestion du Risque", Introduction. Prise de décision en situation d'incertitude, Ecole Nationale de Santé Publique, St Maurice 1998.
9. Landolt-Theus P., « Etude statistique complète des malades vus en un an dans un cabinet de médecine générale ». Allgemein medizin 1986, 15 p71-80, édition Springer, traduit en français dans Documents de recherche en Médecine Générale n°30. 1988.

10. Andral J., « Un relevé des morbidités en médecine générale selon la « Kasugraphie » du Pr R.N. Braun durant les années 1994 et 1995 ». Groupe IMAGE. Ecole Nationale de Santé Publique.
11. Girardier M., « La Classification Internationale des Maladies est-elle praticable en médecine générale ? » La Revue du Praticien MG N°138 ; Mai 1991.
12. Rosowsky O., « Kasugraphie traduction ». Septembre 1997.
13. Braun R.N., "Lehrbuch der Allgemeinpraxis". München, Berlin, Wien. Urban & Schwarzenberg Verl. 1970
14. Braun R.N., « Diagnostische Programme in der Allgemeinmedizin ». München, Berlin, Wien. Urban & Schwarzenberg. 1976
15. Sourzac R., Very G., « l'ABC du diagnostic en médecine générale ». Revue du Praticien – médecine générale, N°132, 25 mars 1991
16. Sourzac R., « Recueil et analyse informatiques de 2000 séances de médecine générale. Proposition pour une représentation tridimensionnelle du Résultat de séance ». Thèse. Limoges. 1987.
17. Clerc P, Martinez L, Morel F, Annuaire statistique de l'observatoire de la médecine générale, Document de recherches SFMG, N°52, sept 1998.
18. Vincent B, Rosowsky O. Les pratiques d'orientation en médecine générale, Doc Rec Med Gen, SFMG, N°35-36, 1990.
19. Société Française de Médecine Générale. « Annuaire statistique 94/95 de l'observatoire de médecine générale ». Documents de Recherches en médecine générale, N°55/56/57
20. Vincent B., « Analyse critique d'une enquête sur l'activité de généralistes" – Maîtres de stage à l'université de paris Sud ». Documents de recherche en Médecine générale N°15. 1984

21. Vincent B., « Evolution des résultats de consultation en médecine générale. Le taux de révision diagnostique est très faible ». La Revue du Praticien MG, tome 5 n°136. Avril 1991
22. Ferru P., « Séminaire du comité de mise à jour du DRC ». SFMG, Bagnolet. 2001
23. Jousse G., « Traité de riscologie – La science du danger ». Editions IMESTRA. 2009
24. Lesbats M., Dos Santos J., Perilhon P., « Contribution à l'élaboration d'une science du danger. Ecole d'été « Gestion scientifique du risque ». Albi. Septembre 1999
25. Perilhon P., « Du risque à l'analyse de risques, Développement d'une méthode MOSAR, Méthode organisée et systémique d'analyse de risque ». 1998
26. Brami J., Amalberti R., « La sécurité du patient en médecine générale », Edition Springer, 2010.
27. Ferru P, « Le risque », Journée du département DRC, Présentation Powerpoint SFMG. Décembre 2007.
28. Ferru P., « Le risque critique évitable, Journée Braunienne ». Présentation PowerPoint SFMG. Octobre 2003
29. Ferru P., « Essai de définition du risque d'évolution grave évitable ». SFMG. Janvier 2001
30. Gillis A., Chevalier P., Degryse J., Ferrant L., Pestiaux D., « Vers une théorie de la logique clinique : un outil pédagogique ». Centre Universitaire de Médecine générale – Université Catholique de Louvain. 2002
31. Grenier B., « Evaluation de la décision médicale. Introduction à l'analyse médico-économique ». Edition Masson. Juillet 1999
32. Grenier B. « Pourquoi analyser la décision médicale ? Ce qui a changé en médecine ». Encyclopédie Pratique de Médecine. Edition Elsevier. 2002

33. Sanche G., Caire Fon N., « Quand l'incertitude s'en mêle, travailler sans filet ». Le médecin du Québec. Volume 45, n°5. Mai 2010.
34. Abecassis P, Batifoulier P., « Comment penser l'incertitude médicale à l'aide des probabilités ? » Forum UPRESA CNRS. Université Paris X-Nanterre, 1998.
35. Abecassis P., « incertitude médicale et processus de décision ». Séminaire du Groupe de Recherche Angevin en Economie et Management. Novembre 2009.
36. Carrere Marie-O., Duru G., « Décision, risque et incertitude en santé : exposé liminaire ». Dix ans d'avancées en économie de la santé. Actes des XIXèmes journées des Economistes. Editions John Libbey Eurotext. 1997.
37. Carricaburu D., Castra M., Cohen P., « Risque et pratiques médicales ». Presses de l'école des hautes études en santé publique. 2010
38. Duhot D., « L'incertitude en Médecine Générale: comment la réduire ». La Revue du praticien Médecine Générale, 2006. 20: p. 1089 - 1090.
39. Duhot D., Clerc P., « Les principales causes d'incertitude ». SFMG. Journée nationale de la médecine générale. Octobre 2006
40. Desroches A., Leroy A., Quaranta Jean-F., Vallée F., « Dictionnaire d'analyse et de gestion des risques ». Collection Management et Informatique. Edition Hermès-Lavoisier. Décembre 2005.
41. Roussel P, Moll M-C, Guez P., « Méthodes et outils essentiels de la gestion des risques en santé (Etape 1 : Structurer une démarche collective de gestion des risques). Risques & Qualité en milieu de soins, 2007, volume IV, n°3, 171-179 ; (Etape 2 : Identifier les risques a priori) ». Risques & Qualité en milieu de soins, 2007, volume IV, n°4, 239-247
42. Ridoux M., « AMDEC – Moyen ». Editions Techniques ingénieur. Juillet 1999
43. Faucher J., « Pratique de l'AMDEC : assurez la qualité et la sûreté de fonctionnement de vos produits, équipements et procédés ». 2^{ème} édition. Edition DUNOT. Juin 2009

44. Balint M., « Le médecin, son malade et la maladie ». Edition Payot ; 2^{ème} édition. 1988
45. Mallia P., Ten Have H., "Reappraising genetic screening and testing through the phenomenology of the doctor-patient relationship". Chapitre 3. Journal international de bioéthique Volume 14. 2003
46. Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. « Evaluation des risques ». www.cchst.ca. Juin 2006
47. Dintilhac Jean-P., « Elaboration d'une nomenclature de préjudices corporels ». Rapport fait à la demande du ministère de la justice. 2005.
48. Organisation mondiale de la santé, WHOQOL GROUP 1998b, "Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment", *Psychological Medicine* 28 : 551-558.
49. Divorne L., « Démarche de tri : outils de tri existants ». Enseignement infirmier supérieur. Société Française de Médecine d'Urgence. 2003
50. Pouchain D., Attali C., De Butler J., Clément G., Gay B., Molina J., Olombel P., Rouy J-L., « Médecine générale, Concepts et pratiques ». Collège nationale des généralistes enseignants. Edition Masson. 1996
51. D'Hérouville D., Morize V., Serrÿn D., « A propos des définitions des soins palliatifs ». Bulletin documentaire n°3. Société française d'Accompagnement et des soins palliatifs. Décembre 1999
52. Osler W., « A concise history of medicine ». Extrait traduit en français. Medical Standart Book co., 1919.
53. Stähelin Hannes-B., « Le patient vulnérable dans le système de santé actuel. Vulnérabilité et vieillissement : comment les prévenir, les retarder ou les maîtriser ? ». Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. 2002
54. Marty M., « Essai de compréhension de la notion de vulnérabilité ». Médiation, bientraitance et vieillissement. Actes des sixièmes journées d'études. 2001

55. Morhain Y., « Vulnérabilité, Invulnérabilité et Risque ». Médiation, bienveillance et vieillissement. Actes des sixièmes journées d'études. 2001
56. Thomas H., « Vulnérabilité, Fragilité, Précarité, Résilience, etc. De l'usage et de la traduction de notions éponges en sciences de l'homme et de la vie ». Recueil Alexandries, Esquisse n°13. 2008
57. Jouanny P., « Le concept de fragilité ». Service de Médecine gériatrique. CHU Rennes. 2010
58. Trivalle Ch., « Le syndrome de fragilité en gériatrie ». Médecine & Hygiène n°2323. Novembre 2000
59. Site internet : <http://omg.sfmq.org> ; Site de l'Observatoire de Médecine générale édité par la SFMG ; Données consultables en ligne depuis 2000.
60. Moutel G., Hervé C., « Principe de précaution en médecine : Avantages, risques et nécessité de prendre en compte les acquis de l'éthique médicale dans l'élaboration du droit de la santé ». Laboratoire de Médecine Légale et d'éthique médicale. 2002
61. Regard R., « Principe de précaution et responsabilité face à un risque hypothétique ». Bulletin de l'académie nationale de chirurgie dentaire n°48. 2005
62. Quaranta Jean-F., « La maîtrise des risques et la sécurité sanitaire au quotidien ». <http://www.weka.fr>, Rubrique santé, l'information professionnelle des acteurs de santé. 2010
63. Hureau J., « L'expertise médicale – Aléa, précaution et principe de précaution ». Editions Elsevier Masson. 2005
64. Bisserbe A., Marcellin L., Santulli P., « Les principes de vigilance et de précaution ». Université Paris V, Mémoire d'éthique sous la direction de Mr le professeur C. Hervé. 2004
65. G. Martin, « Précaution et évolution du droit », Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines, MSH et INRA, Paris, 1997, p. 331-351.

66. Picard Jean-M., « Du Zéro défaut au risque zéro, les conséquences du risque zéro sur l'assurance qualité ». Université de Technologie de Compiègne. Article reprenant la communication de l'auteur au congrès Qualita 200.
67. Calvez M., « Le seuil façonnable d'acceptabilité culturelle du risque ». Journées annuelles du comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Paris. 2007
68. Breysse D., « Historique, vocabulaire, perception ». Chapitre 2 du module UNIT : projet cyber ingénierie des Risques en génie civil. Février 2009
69. Colin Ph., « Subjectivité et objectivité en médecine ». www.homeophilo.fr. novembre 2010.
70. Centre technique national d'études et de recherche sur les handicaps et les inadaptations. « Evaluation des démarches et outils d'évaluation de la qualité ». Rapport final. Décembre 2002
71. Gérard F.-M., « L'indispensable subjectivité de l'évaluation ». Antipodes n°156. Avril 2002.

ANNEXES

- ANNEXE n°1 :** Quatrième de couverture de l'ouvrage de R.N. Braun : « Pratique, critique et enseignement de la médecine générale
- ANNEXE n°2 :** Quelques citations importantes de R.N. Braun
- ANNEXE n°3 :** Table analytique de la Casographie de R.N. Braun
- ANNEXE n°4 :** Préface de l'édition 1996 du DRC
- ANNEXE n°5 :** Préface de l'édition 2000 du DRC
- ANNEXE n°6 :** Préface de l'édition 2010 du DRC
- ANNEXE n°7 :** Liste des 271 Résultats de consultation
- ANNEXE n°8 :** Deux exemples de Résultats de consultation : « CYSTITE » & « DEPRESSION »
- ANNEXE n°9 :** Un exemple d'utilisation du DRC tirés de la rubrique « Cas clinique du mois » du site de la SFMG
- ANNEXE n°10 :** Echelle OMS évaluant la qualité de vie
- ANNEXE n°11 :** Tableau de cotation des événements redoutés : GRAVITE, URGENCE, CURABILITE et de l'atteinte du patient : VULNERABILITE et IMPACT
- ANNEXE n°12 :** Caractéristiques fondamentales et critères d'exclusion des DEC

ANNEXE n°1 :

Quatrième de couverture de l'ouvrage de R.N. Braun :

« Pratique, critique et enseignement de la médecine générale »

PRATIQUE, CRITIQUE ET ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Une observation méthodique de sa propre pratique de généraliste pendant vingt-cinq ans, des milliers de cas relevés au cours de périodes allant de quelques jours à cinq ans, classés et présentés au lecteur, voilà le matériel sur lequel R.N. Braun s'appuie pour décrire tous les aspects de la pratique d'un médecin généraliste : le trouble de santé, l'urgent et le non urgent, le caractéristique et ce qui ne l'est pas, la collaboration avec les spécialistes, la thérapeutique, le pronostic, l'activité préventive, la mort. S'inspirant à la fois de la sociologie et de la médecine traditionnelle, R.N. Braun s'interroge sur « l'être de la médecine générale et sur les fictions qui soutiennent actuellement la fonction médicale », fiction du diagnostic complet et fiction optimisante d'un savoir médical et médico-social qui serait apte à réduire pleinement les effets de la maladie et de la mort.

La visée de cet ouvrage est double. D'une part, il constitue un manuel pratique de la médecine générale, sans doute le seul, jusqu'à ce jour, aussi complet, à l'usage des enseignants, des praticiens et des étudiants. D'autre part, il ouvre sur un champ de recherche en médecine générale du fait que certaines affirmations demandent à être développées, nuancées et consolidées.

Mais le généraliste, bien qu'interlocuteur privilégié, n'est pas le seul destinataire de ce livre. L'auteur interpelle tous ceux dont les zones d'activité interfèrent avec celle de la médecine générale. Hospitaliers, spécialistes, sociologues et économistes sont sollicités à réfléchir sur cette documentation extrêmement riche et précise et les analyses qu'elle suscite.

PAYOT, 106, boulevard Saint-Germain, PARIS

ISBN 2-228-12330-7

MF. GROU-RAGONEZ - PARIS 6 622

ANNEXE n°2 :

Quelques citations importantes de R.N. Braun

« 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 syndrome pathognomoniques c'est à dire permettant de déterminer une maladie sans équivoque et donc faciles à saisir sont extrêmement rares »

« En médecine pratique, ce qui importe, c'est moins la désignation que le médecin choisit dans chaque cas particulier que l'appréciation – décisive elle – portant sur l'ensemble de la situation diagnostique : les réflexions sur ce qui lui a été indiqué et ce qu'il aura décelé »

« Au sujet de la présence de signes et (ou) de symptômes typiques, il y aurait lieu de noter en plus qu'en présence de telles caractéristiques, il faudra d'abord essayer de classer le cas dans la catégorie d'un tableau de maladie type : de violents vomissements après un repas copieux par exemple, peuvent guider vers une classification de gastrite.

Mais, dès qu'on aura réalisé une adaptation satisfaisante à un tableau classique type, la conduite diagnostique devra s'inverser et il faudra à présent exclure, dans toute la mesure du possible, les évolutions critiques évitables les plus importantes pouvant présenter l'aspect d'une gastrite »

« La démarche diagnostique praticienne tente pour le cas de fièvre mal définie, d'éliminer, dans une proportion déterminée par l'expérience, certaines maladies et principalement des maladies à décours critique. Cette démarche, le praticien s'y livre conscient de son irrémédiable manque de rigueur. Ceci fait on restera dans l'expectative et on laissera le cas ouvert »

« Le praticien doit cependant rester conscient du fait qu'un tableau tout à fait typique peut être provoqué par l'évolution atypique d'une autre maladie »

« Une première consultation praticienne aura donc raisonnablement à chercher d'abord, à tenir compte, sur le plan diagnostique, des évolutions critiques des maladies somatiques pour, dans la mesure du possible, pouvoir les exclure ou les déceler »

« Des examens de routine relatifs à des évolutions critiques évitables qui viennent à l'esprit du médecin pendant l'examen : en cas de fièvre par exemple, ceux de la méningite, de la pneumonie, de l'appendicite. Le médecin recherchera seulement la raideur de la nuque, telle qu'elle est caractéristique pour certains tableaux typiques de méningite.

[...] il percute et ausculte le poumon [...] Dans un premier temps, il ne sera pas tenu compte de la pneumonie sans signe perceptible.

Quant à l'appendicite [...] il s'en remettra au cours de la première consultation à la palpation de la région abdominale droite qui en décidera.

[...] le cas restera ouvert en attendant »

« Bien entendu le praticien dans la perspective d'une visite donnée, songe aussi en s'y rendant à ce qui en résultera. Mais avant tout il agitera dans son esprit la question de savoir qu'elles sont les différentes évolutions critiques évitables qui pourraient être mises en cause »

« S'il existe des signes caractéristiques, le praticien peut « oser » conclure à une maladie ou un groupe de maladies dont l'idée s'impose. Le praticien doit cependant rester conscient du fait qu'un tableau tout à fait typique peut être provoqué par l'évolution atypique d'une autre maladie

En d'autres termes, la démarche diagnostique pour le tableau caractéristique doit être conduite dans le sens de la vraisemblance. Cependant, les mesures diagnostiques de sécurité et la réserve dans la désignation du résultat de consultation doivent être prises au sérieux au même titre que pour le cas absolument "ouvert" »

« Cependant » [...] 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, un cancer débutant etc. »

ANNEXE n°3 :

TABLE ANALYTIQUE DE LA CASUGRAPHIE selon R.N.BRAUN

FENÊTRE I

SYNDROME FÉBRILE ET SYNDROME AFÉBRILE NON CARACTÉRISTIQUES - CATARRHES DES VOIES RESPIRATOIRES - AMYGDALITE 71

Amygdalite aiguë.....	73
Catarrhe afébrile (combiné) des voies respiratoires.....	74
Enrouement, laryngite	75
État après syndrome fébrile non caractéristique	76
Fièvre prolongée (durée supérieure à trois semaines).....	77
Laryngite striduleuse (pseudo-croup).....	78
Syndrome fébrile non caractéristique.....	82
Syndrome afébrile non caractéristique.....	83
Toux	84

FENÊTRE II

MYALGIES - NÉVRALGIES - SACRALGIES - ARTHROPATHIES - DISCOPATHIES - NÉVRITES 85

Anomalies de l'attitude et de la démarche	87
Arthrite aiguë	88
Arthrite goutteuse	89
Arthrite rhumatoïde (Polyarthrite rhumatoïde).....	90
Arthropathie-Périarthropathie	91
Arthrose déformante.....	93
Bursite aiguë	94
Épicondylite	95
Hallux valgus	96
Monoarthropathie avec épanchement.....	97
Myalgie	98
Névrалgie	100
Névrите-Compression de nerf	101
Orteil en marteau.....	102
Ostéalgie	103
Paresthésies brachiales nocturnes	104
Pieds plats.....	106
Sacralgie	107
Syndrome du canal carpien.....	108
Talalgie.....	109
Ténosynovite	110

FENÊTRE III

INFECTIONS À PYOGÈNES DE LA PEAU ET DE SES ANNEXES

	111
Abcès	113
Acné banale	114
Érysipèle.....	115
Fistule cutanée.....	116
Folliculite banale	117
Furoncle	118
Hidrosadénite axillaire.....	119
Impétigo.....	120

Mastite - Engorgement mammaire.....	121
Ongle incarné	122
Panaris	123
Paronychie (tournoie)	124
Perlèche	125

FENÊTRE IV

BLESSURES - LÉSIONS

127

Algodystrophie.....	129
Blessures et traumatismes légers combinés.....	130
Blessures et traumatismes divers autres	131
Blessures sévères multiples	132
Brûlure.....	133
Commotion cérébrale avec blessures légères associées ..	134
Commotion cérébrale isolée.....	135
Contusion	136
Corps étranger par un orifice naturel.....	137
Corps étranger sous-cutané, sous-unguéal	138
Entorse de la cheville et du pied	139
Entorse du genou	140
Entorses et luxations	141
Excoriation	142
Fracture de côte	143
Fracture des doigts ou orteils (isolée)	144
Fracture du radius de localisation classique	145
Fracture simple ou multiple autre que côte, doigt,orteil,radius.....	146
Froissement ou rupture musculaire.....	147
Hématome.....	148
Lésion méniscale.....	149
Morsures (plaie par)	150
Piqûre d'insecte.....	151
Plaie cutanée.....	152
Plaie infectée.....	153
Rupture ou section tendineuse.....	154
Tiques (piqûre par)	155

FENÊTRE V

AUTRES TROUBLES ET AFFECTIONS DE LA RÉGION THORACIQUE HYPOTENSION - HYPERTENSION 157

Asthme	159
Bronchite non précisée comme aiguë ou chronique	160
Bronchite asthmatiforme	161
Cardiopathie polymorphe	162
Douleur précordiale	163
Dyspnée	164
Embolie pulmonaire.....	165
Érétisme cardiaque - palpitations	166

Extrasystolie	167
Fibrillation auriculaire	168
Hypertension (présumée essentielle).....	169
Hypotension	170
Infarctus du myocarde.....	171
Insuffisance cardiaque aiguë.....	172
Insuffisance cardiaque chronique.....	173
Lésions valvulaires et cardiopathies congénitales	174
Maladie coronarienne chronique	175
Pneumonies	176
Sang dans l'expectoration	177
Tachycardie.....	178
Tumeur bénigne du sein.....	179

FENÊTRE VI

AUTRES TROUBLES ET AFFECTIONS DE LA RÉGION ABDOMINALE 181

Abdominopathies non caractéristiques	183
Appendicite	184
Brûlures d'estomac (Pyrosis)	186
Cholécystopathie.....	187
Constipation	188
Crampes abdominales	189
Diarrhée et/ou vomissements.....	190
Dysphagie	191
Épigastalgies.....	192
Hémorroïdes.....	193
Hernie étranglée.....	194
Hernie inguinale ou crurale	195
Hernie ombilicale.....	196
Ictère - Hépatite.....	197
Lithiase biliaire	198
Météorisme.....	199
Nausée.....	200
Sang dans les selles	201
Syndrome post-cholécystectomie	202
Ulcère digestif	203

FENÊTRE VII

AUTRES PLAINTES ET AFFECTIONS DE LA PEAU 205

Allergie à l'exposition solaire	207
Alopécie diffuse.....	208
Alopécie en aire (pelade)	209
Chéloïde.....	210
Cicatrice cutanée douloureuse.....	211
Cors et callosités.....	212
Dermatophytose interdigitale	213
Dermatophytose (sauf interdigitale et onychomycose)	214
Dermatose mal définie	215
Dermite aiguë	216
Dermite séborrhéique.....	217
Dyshidrose	218
Eczéma	219
Eczéma ano-génital.....	220
Eczéma intertrigineux (Intertrigo)	221
Eczéma palmaire et/ou plantaire.....	222
Élevures et infiltrats mal définis.....	223
Engelure.....	224
Érythème fessier du nourrisson	225
Exanthème non caractéristique (rash)	226
Hernie de cicatrice abdominale.....	227

Herpès simplex.....	228
Hyperhidrose généralisée	229
Hyperhidrose locale.....	230
Hyperkératoses non caractéristiques	231
Lipome.....	232
Loupe	233
Molluscum contagiosum.....	234
Muguet	235
Naevus	236
Oedème de Quincke	237
Ongle malformé.....	238
Onychomycose.....	239
Pityriasis rosé de Gibert	240
Pityriasis versicolor.....	241
Prurit ano-génital	242
Prurit généralisé	243
Prurit local	244
Psoriasis vulgaire	245
Tumeurs bénignes autres de la peau et du tissu sous-cutané	246
Tumeurs malignes de la peau	247
Ulcère de jambe	248
Verrues.....	249
Zona	250

FENÊTRE VIII

AUTRES PLAINTES ET AFFECTIONS DANS LE DOMAINE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE 251

Aphtes - Stomatite aphteuse	253
Bouchon de cérumen	254
Bruits auriculaires - Acouphènes.....	255
Catarrhe tubaire	256
Chéilite	257
Épistaxis	258
Furoncle du conduit auditif externe	259
Gingivite	260
Glossodynie.....	261
Hypertrophie des amygdales - Végétations	262
Hypoacousie.....	263
Infection d'origine dentaire	264
Labyrinthite aiguë	265
Mal de gorge	266
Nez sec - Rhinite sèche antérieure	267
Otalgie	268
Otite externe diffuse (eczéma)	269
Otite moyenne	270
Paraganglione	271
Pharyngite	272
Rhinite allergique.....	273
Rhinopharyngite chronique	274
Rhume.....	275
Sinusite frontale.....	276
Sinusite maxillaire	277

FENÊTRE IX

AUTRES PLAINTES ET AFFECTIONS DANS LE DOMAINE URO-GÉNITAL 279

Annexite non précisée comme aiguë ou chronique	281
Balanite	282

Bouffées tardives post-ménopausiques	283
Cystite	284
Cysto-pyérite	285
Dysménorrhée et anomalies menstruelles	286
Énurésie nocturne	287
Érosion du col utérin.....	288
Fibromyome utérin	289
Fissure anale.....	290
Gonorrhée	291
Grossesse et accouchement.....	292
Hématurie.....	293
Hydrocèle de la vaginale	294
Hyperplasie de la prostate.....	295
Incontinence urinaire	296
Leucorrhée	297
Lithiase urinaire.....	298
Miction douloureuse, dysurie.....	299
Orchite, épididymite.....	300
Phimos.....	301
Pollakiurie.....	302
Prolapsus vaginal (et utérin).....	303
Pyélonéphrite aiguë.....	304
Troubles de la fonction rénale.....	305
Troubles ménopausiques.....	306
Urétrite.....	307
Vulvite, vaginite	308
Vulvo-vaginite à candida	309

FENÊTRE X

AUTRES PLAINTES ET AFFECTIONS DANS LA RÉGION OCULAIRE 311

Blépharite - Blépharo-conjonctivite	313
Cataracte sénile	314
Chalazion	315
Conjonctivite après action d'un corps étranger	316
Conjonctivite.....	317
Conjonctivite après agression chimique, physique	318
Corps étranger de la cornée.....	319
Corps étranger du sac conjonctival.....	320
Douleurs oculaires.....	321
Orgelet.....	322
Sensation de brûlure oculaire. Larmoiement.....	323
Troubles de la vision non caractéristiques	324

FENÊTRE XI

AUTRES PLAINTES ET AFFECTIONS DU PSYCHISME ET DU SYSTÈME NERVEUX 325

Accident cérébro-vasculaire.....	327
Alcoolisme persistant	328
Anxiété	329
Dépression	330
Effondrement nerveux aigu	331
Épilepsie.....	332
Marasme sénile.....	333
Nervosité	334
Névrose anxieuse.....	335
Paresthésies.....	336
Psychoses aiguës	337
Psychoses chroniques	338
Sclérose en plaques.....	339
Syndrome parkinsonien.....	340

Tabagisme.....	341
Tentative de suicide	342
Tremblement	343

FENÊTRE XII

AUTRES PLAINTES ET AFFECTIONS 345

Accès et crises non caractéristiques	347
Adénite	348
Anémie par carence de fer	349
Anémie par carence en vitamine B12.....	70
(anémie pernicieuse).....	350
Artérite oblitérante des membres	351
Céphalée	352
Cirrhose du foie	353
Coqueluche	354
Crampes musculaires dans les membres inférieurs	355
Crampes musculaires autres.....	356
Diabète sucré (type I - type II)	357
Ecchymoses spontanées	358
Embolie artérielle périphérique.....	359
Épuisement - fatigue générale	360
Évanouissement courte durée (syncope).....	361
Exanthème médicamenteux et intoxication par médicament.....	362
Expectoration excessive.....	363
Goitre euthyroïdien.....	364
Hypercholestérolémie.....	365
Hyperuricémie	366
Hyperventilation - Spasmophilie.....	367
Hypothyroïdie	368
Lymphadénopathie.....	369
Migraine.....	370
Mollets douloureux	371
Oedème de jambe.....	372
Oreillons	373
Oxyurose	374
Perte de poids (amaigrissement)	375
Pieds froids.....	376
Prise de poids - Obésité	377
Problèmes dans la famille	378
Problèmes liés au travail ou à l'environnement social	379
Problèmes dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire.....	380
Problèmes sexuels (hors contraception)	381
Réaction vaso-vagale (malaise vagal)	382
Rougeole	383
Rubéole	384
Scarlatine	385
Sensation de boule dans la gorge	386
Thrombophlébite - thrombose des membres inférieurs.....	387
Toxicomanie	388
Troubles polymorphes probablement non organiques	389
Troubles de la mémoire en général.....	390
Troubles du sommeil	391
Tumeurs malignes (sauf peau)	392
Varicelle.....	393
Varices – Insuffisance veineuse des membres inférieurs ..	394
Vertiges	395

ANNEXE n°4 :

Préface de l'édition 1996 du DRC

Préface de l'édition 1996

La première grande innovation qui, au XIX^e 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 corrective, 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.

Professeur Bernard Grenier

Professeur émérite à la Faculté de Médecine de Tours

ANNEXE n°5 :

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

ANNEXE n°6 :

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 ces experts de la SFMG avec qui elle a travaillé des interlocuteurs ouverts et cordiaux.

Docteur Jean-Pierre BODIN
Aunis

ANNEXE n°7 :

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	GOÏTRE
CÉPHALÉE	GOÛT (ANOMALIE DU)
CÉRUMEN	GOUTTE
CERVICALGIE	GROSSESSE
CHALAZION	HALLUX VALGUS
CHEVEUX (CHUTE)	HÉMATOME SUPERFICIEL-ECCHYMOSE
CHOLECYSTITE	HÉMATURIE
CICATRICE	HÉMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE
CIRRHOSE DU FOIE	HÉMORROÏDE
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
DÉCÈS	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)
 LEUCORRHÉE
 LIPOME
 LITHIASE BILIAIRE
 LITHIASE URINAIRE
 LOMBALGIE
 LUCITE - ALLERGIE SOLAIRE
 LUXATION
 LYMPHANGITE
 MAL DE GORGE
 MALAISE – ÉVANOUISSEMENT
 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
 NÉRVOSISME
 NÉVRALGIE - NÉVRITE
 OBÉSITÉ
 CÉDÈME DE QUINCKE
 OEDEME LOCALISE
 CÉDÈME MEMBRES INFÉRIEURS
 CŒIL (ACUITÉ VISUELLE)
 CŒIL (LARMOIEMENT)
 CŒIL (TRAUMATISME)
 ONGLE (PATHOLOGIE DE)
 ORCHI-ÉPIDIDYMITE
 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
 THROMBOPHLÉBITE
 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 hémato. 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

ANNEXE n°8 :

Deux exemples de résultats de consultation :

CYSTITE - CYSTALGIE

DÉFINITION

++++ PLAINTÉ CONCERNANT la MICTION

++2| BRULURES ou GENE à la MICTION

++2| PESANTEUR PELVIENNE

++1 | majorée(s) en fin de miction

++1 | permanente(s)

++2| POLLAKIURIE

++++ ABSENCE de DOULEUR LOMBAIRE PROVOQUÉE par la PALPATION

++++ TEMPERATURE INFÉRIEURE à 38° ou ABSENCE de SIGNE de FIEVRE

- impériosités
- urines troubles
- hématurie macroscopique
- + - pyurie à l'examen cyto bactériologique des urines ou à la bandelette
- + - germes à l'examen cyto bactériologique des urines ou à la bandelette
- + - antécédents urinaires
- + - antécédents radiques pelviens
- + - prise antérieure de médicaments cyto-toxiques

- récidence

RISQUE(S) CRITIQUE(S) ÉVITABLE(S) (RCE)

CANCER
LITHIASE URINAIRE
MALFORMATION DES VOIES URINAIRES
MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
PROSTATITE
PYELONEPHRITE AIGUE
TUBERCULOSE URINAIRE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C, D

VOIR AUSSI

ALGIE PELVIENNE
BACTERIURIE – PYURIE
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
DYSURIE
ETAT FEBRILE
ETAT MORBIDE AFEBRILE
HEMATURIE
LITHIASE URINAIRE
POLLAKIURIE
PROSTATE (HYPERTROPHIE)
PYELONEPHRITE AIGUÉ
URETRITE
VULVITE-VAGINITE

ARGUMENTAIRE

Dénomination

Le titre montre que la définition ne se limite pas à la pathologie infectieuse et qu'elle permet aussi de relever les cystalgies à urines claires.

Critères d'inclusion

La définition est organisée autour d'une plainte concernant la miction regroupant au moins deux des critères à choix multiples (BRULURES, PESANTEUR et POLLAKIURIE). Leurs différentes combinaisons permettent la discrimination entre ce résultat de consultation et les plus voisins, par exemple : ALGIE PELVIENNE, POLLAKIURIE, DYSURIE, URETRITE.

Il est convenu de ne pas considérer comme FIEVRE, une température inférieure ou égale à 38°. En revanche une température plus élevée fera discuter d'autres résultats de consultation : PYELONEPHRITE, ETAT FEBRILE en particulier.

Le critère ABSENCE DE DOULEUR LOMBAIRE permet la discrimination avec PYELONEPHRITE. La notion de provoquée par la palpation a été ajoutée, car il peut exister une légère douleur spontanée à l'interrogatoire non retrouvée à l'examen clinique.

Compléments sémiologiques

L'hématurie macroscopique terminale est utile car fréquente. En revanche, l'hématurie microscopique éventuelle n'apporte rien à la définition.

La pyurie et la bactériurie peuvent être découvertes à l'examen cyto bactériologique des urines mais aussi à la bandelette.

Il est possible de signaler d'éventuelles causes iatrogènes (irradiation ou prise de médicaments).

Voir aussi

Certains résultats de consultation ne présentent qu'un seul signe cardinal comme POLLAKIURIE, DYSURIE, d'autres sont asymptomatiques comme BACTERIURIE - PYURIE, HEMATURIE.

En cas de leucorrhée ou vulvo-vaginite associées il faut les relever parallèlement par un résultat de consultation séparé : LEUCORHEE ou VULVITE - VAGINITE.

Position(s) diagnostique(s)

C : Pour le tableau clinique.

D : Si identification du germe.

CORRESPONDANCE CIM – 10

N30.9 : Cystite, sans précision (code par défaut)

N30.0 : Cystite aiguë

N30.4 : Cystite due à une irradiation

DÉPRESSION

DÉFINITION

- ++++ DOULEUR MORALE** (perte de l'espoir)
 - ++2 | auto dévaluation
 - ++2 | tristesse
 - ++2 | idée(s) suicidaire(s) ou idée(s) récurrente(s) de la mort
 - ++++ INHIBITION** (baisse ou diminution)
 - ++2 | de l'activité physique (asthénie, sexe, appétit)
 - ++2 | de l'activité psychique (parole, mémoire, concentration)
 - ++2 | des fonctions de relations sociales
 - ++++ TROUBLES du SOMMEIL**
 - ++1 | insomnie
 - ++1 | somnolence, hypersomnie
 - ++++ ABSENCE de TROUBLES de la PERSONNALITE**
 - ++++ EVOLUANT depuis 15 JOURS au MOINS**
- + - anxiété
+ - prédominance matinale des symptômes
- + - récidive

RISQUE(S) CRITIQUE(S) ÉVITABLE(S) (RCE)

ADDICTIONS
ANOREXIE MENTALE
DESINSERTION SOCIALE
DYSTHYROIDIE
REACTION IATROGENE
SCHIZOPHRENIE
SUICIDE
TUMEUR CEREBRALE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

C

VOIR AUSSI

ANXIETE - ANGOISSE
ANOREXIE - BOULIMIE
DEMENCE
HUMEUR DEPRESSIVE
INSOMNIE
MEMOIRE (PERTE DE)
NERVOSISME
PROBLEME de COUPLE
PROBLEME FAMILIAL
PROBLEME PROFESSIONNEL
PSYCHIQUE (TROUBLE)
REACTION A SITUATION EPROUVANTE
SEXUELLES (DYSFONCTIONS)
SYNDROME MANIACO DEPRESSIF

ARGUMENTAIRE

Dénomination

Il s'agit d'une définition volontairement "fermée", avec l'association de plusieurs critères obligatoires et d'une position diagnostique de tableau de maladie (C) Comme pour la définition HUMEUR DEPRESSIVE l'intrication fréquente d'un certain degré d'angoisse (mais pas d'anxiété qui peut être relevée grâce au complément sémiologique correspondant) amènera, le cas échéant, à relever parallèlement le résultat de consultation ANXIETE - ANGOISSE.

Critères d'inclusion

Le choix des critères résulte d'un compromis entre, d'une part, les données recueillies en temps réel par les médecins du comité de mise à jour et d'autre part, la bibliographie (EMC ; CIM10 ; DSM.IV R).

Pour le critère d'inclusion DOULEUR MORALE, il faut au moins deux des trois ressentiments habituellement reconnus comme étant des conséquences de l'humeur triste : auto dévaluation, tristesse ou idées suicidaires ou récurrentes de la mort.

A noter que les TROUBLES du SOMMEIL peuvent être variés et surtout ne pas se résumer à l'insomnie, mais pouvoir se présenter sous le versant de l'hypersomnie. Pour cette raison ce critère a été retenu comme obligatoire. Deux critères à choix multiples représentant l'inhibition doivent aussi être présents.

Compléments sémiologiques

L'anxiété a volontairement été séparée de l'angoisse qui, si elle existe, impose de la relever simultanément sous ANXIETE - ANGOISSE. En revanche, l'anxiété souvent retrouvée chez les patients déprimés pourra être relevée par ce complément sémiologique.

Voir aussi

Dans HUMEUR DEPRESSIVE, la tristesse est moins intense et elle n'entraîne ni d'auto dévaluation majeure, ni d'idée suicidaire. Les deux définitions sont discriminantes.

Le résultat de consultation ANXIETE - ANGOISSE peut être relevé en parallèle de DEPRESSION si nécessaire.

REACTION A SITUATION EPROUVANTE (en choisissant le critère : manifestations dépressives) sera préférée à DEPRESSION, si un événement déclenchant a clairement été identifié. En revanche au delà de 6 mois d'évolution la REACTION A SITUATION EPROUVANTE pourra être révisée en DEPRESSION.

Position(s) diagnostique(s)

C : C'est un tableau de maladie.

CORRESPONDANCE CIM - 10

F32.9 : Episode dépressif, sans précision (code par défaut)

F32.1 : Episode dépressif moyen qui pourrait être le codage par défaut car il correspond à la présence des 3 groupes de critères d'inclusion mais sans idées suicidaires.

F32.2 : Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques surtout lorsqu'il y a des idées ou des gestes suicidaires.

En gras les critères d'inclusion stricto sensu
En grisé, les critères d'inclusion à choix unique ou multiple
En caractère normal les compléments sémiologiques

ANNEXE n°9 :

Un exemple d'utilisation du DRC tiré de la rubrique

« Cas clinique du mois » du site de la SFMG : <http://www.sfmq.org>

BULLETIN DE L'OMG

Cas clinique DRC

© SFMG - mars 2010

1^{ER} ACTE : UNE FIEVRE NUE

M. Robert XXX, 58 ans, consulte le 19 septembre 2008, à 11 heures. Il a une fièvre élevée depuis quatre jours, oscillant entre 38,5 et 40° sans aucun autre symptôme ni signe d'appel, en particulier urinaire, cutané, pulmonaire ou ORL. Il ne signale aucun voyage récent à l'étranger. L'abdomen est souple, les fosses lombaires indolores. Il ne tousse pas, et l'auscultation pulmonaire soigneuse, ne retrouve aucune anomalie. Le toucher rectal retrouve une prostate petite, plate, souple totalement indolore. Les urines sont d'ailleurs claires et la bandelette ne montre pas d'hématurie, de leucocyturie, ni de nitriturie.

RESULTAT DE CONSULTATION

ETAT FEBRILE/A/N

++++ FIÈVRE OU SENSATION DE FIÈVRE

++1| isolée

DECISIONS : le médecin demande un ECBU, une NFS et une CRP, prescrit un antipyrétique et demande à revoir le patient dans la soirée avec les résultats.

Commentaire : le classement du cas dans ce Résultat de Consultation est bien en position « A » « Fièvre isolée », avec un encodage CIM-10 R50.9. La tâche du médecin généraliste est d'exclure les principaux risques d'évolution graves évitables, dans la mesure de ses moyens. La prescription d'un ECBU, d'une NFS et d'une VRP est habituelle et fait partie des « démarches programmées » de tout praticien. Par son examen, il a préalablement éliminé certaines affections pouvant donner une fièvre aiguë : du palper des fosses lombaires au toucher rectal et à l'auscultation pulmonaire, il n'aura pas oublié non plus de rechercher un purpura, et de vérifier la souplesse de la nuque et de l'abdomen. Mais le malade est venu en consultation. On ne se trouve pas là dans une situation « dramatique » ou, naturellement, une autre décision aurait été prise. Il demande en tout cas au malade de le revoir le soir même avec les résultats d'examens biologiques demandés le matin.

2^E ACTE : UNE FIEVRE NUE ET UN IMPORTANT SYNDROME INFLAMMATOIRE.

2^e consultation, le même jour, à 18 heures :

Les résultats biologiques sont reçus par télécopie : hématies : 4 170 000 (Hb 14.3g/dl) - Leucocytes : 8 170/mm³ - polynucléaires neutrophiles : 87% - Protéine C Réactive : 227. L'ECBU est stérile, 200 leucocytes/ml et 12 000 hématies/ml.

Le médecin, prescrit une radiographie pulmonaire, et rédige une lettre circonstanciée à son correspondant radiologue:

« Cher Ami, Merci de pratiquer une radiographie pulmonaire à Monsieur R qui a une fièvre isolée à 39-40 depuis 4 jours, avec frissons. Aucun autre symptôme ni signe à l'examen : j'ai vérifié en particulier la prostate totalement indolore et il n'y a ni brûlure mictionnelle ni urine trouble.

Or la numération faite le 20 septembre retrouve une leucocytose à 8 170 avec des PN à 87%, et une Protéine C Réactive à 227mg/ml, témoin d'un processus infectieux sans doute microbien. L'imagerie montre-t-elle une pneumopathie ? Bien cordialement »

RESULTATS DE CONSULTATION

ETAT FEBRILE/A/P

++++ FIÈVRE OU SENSATION DE FIÈVRE

++1 | isolée

ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE/A/N

++1 | PROTÉINE C RÉACTIVE ÉLEVÉE

DECISIONS : poursuite du traitement antipyrétique et prescription d'une

Commentaire : le malade a été revu le soir même par son médecin permettant à ce dernier de s'assurer que l'état clinique du patient ne s'est pas aggravé. Le Résultat de Consultation n'a pas changé. Il n'est pas apparu de « risque évolutif » grave. En revanche, un deuxième Résultat de Consultation est apparu : cette CRP franchement anormale à 227.

La qualité n'est pas synonyme de risque zéro. Les facteurs multiples qui interviennent dans une décision ne peuvent pas tous être parfaitement maîtrisés. La qualité recouvre l'ensemble des procédures qu'il faut appliquer dès lors qu'elles sont généralement reconnues comme valides.

En pratique :

- un patient se présente au cabinet du praticien,
- au terme de la consultation celui-ci dispose d'un résultat de consultation,
- certains de ces résultats ne posent pas de problème d'évolution grave prévisible à court ou moyen terme,
- d'autres au contraire soulèvent cette question,
- quelles sont les procédures envisageables pour faire face à ce risque ?

Dans le cadre d'un service d'urgence seront mis en œuvre : examen de plusieurs médecins et examens paracliniques. Ainsi au bout d'un temps variable (de une à six heures par exemple), il est généralement possible d'arriver, au stade du tableau de maladie ou même du diagnostic. Ainsi la sécurité peut-elle être normalement assurée.

Dans le cadre d'une consultation au cabinet, il est assez souvent possible d'avoir en un laps de temps raisonnable des résultats de biologie, des radios simples et des échographies. Ceci dépend évidemment de la disponibilité du praticien, de celle des biologistes et radiologues. Un conseil téléphonique peut parfois aussi être obtenu. Si un doute persiste l'alternative se résume à :

- soit l'envoi au service d'urgence qui va fonctionner comme un centre diagnostique,
- soit l'utilisation du facteur temps : à savoir que suivant sa disponibilité, les moyens de transmission à disposition, et la capacité du patient ou de sa famille à les utiliser, il est possible de réévaluer la situation 6, 12 ou 24 heures plus tard et de mettre en route d'autres procédures.

Ici, le praticien, conscient de l'absence de risque évolutif grave immédiat, « se contente » de prescrire une radiographie pulmonaire que le malade ne fera que le surlendemain.

3^E ACTE : LE CONSEIL DE REVISION !

Le 22 septembre à 19 heures, le patient consulte pour la 3^e fois avec une radiographie pulmonaire qui montre des signes manifestes de pneumopathie du lobe inférieur droit. Il est toujours fébrile à 39°, l'examen clinique reste inchangé et ne montre aucune anomalie à l'auscultation. L'ETAT FEBRILE est devenu une PNEUMOPATHIE.

RESULTATS DE CONSULTATION.

ETAT FEBRILE A/R

PNEUMOPATHIE/C/N

++1 | SIGNES RADIOLOGIQUES FOCALISÉS AVEC IMAGES PARENCHYMATEUSES DE DISTRIBUTION PLUS OU MOINS SEGMENTAIRE OU LOBAIRE

++1 | fièvre

DECISIONS : Un traitement antibiotique est alors associé aux antipyrétiques. Le patient sera revu dans 48 heures

Commentaire. La « REVISION » d'ETAT FEBRILE en PNEUMOPATHIE, est marquée par le code suivi « R » apposé à ETAT FEBRILE.

Juste en dessous, PNEUMOPATHIE prend au contraire le code suivi « N » : ainsi l'informatique saura-t-elle que depuis le 19 septembre 2008 c'est bien l'« épisode » de PNEUMOPATHIE qui a commencé par un ETAT FEBRILE.

Cette « révision » ne signifie pas que le médecin « s'est trompé » mais simplement que le trouble de santé « pneumopathie » a débuté par une fièvre isolée, sans autre symptôme ni signe.

Drs Pierre FERRU et Michel ARNOULD

ANNEXE n°10 :

Echelle OMS évaluant la qualité de vie

Qualité de vie Indice OMS

Créé le 02/11/1999

Auteur : A. Taytard

(Mis à jour le 26/02/2006)

NIVEAU	ÉCHELLE DE PERFORMANCE
0	Capable de réaliser toutes les activités normales sans restriction
1	Restriction pour les activités physiques intenses, mais ambulateur et capable de réaliser des travaux légers
2	Ambulateur et capable de s'occuper de soi mais incapable de réaliser aucun travail ; debout et ambulateur plus de 50% des heures d'éveil
3	Uniquement capable de soins personnels limités ; confiné au lit ou au fauteuil plus de 50% des heures d'éveil
4	Complètement invalide ; incapable d'assurer aucun soin personnel, totalement confiné au lit ou au fauteuil

ANNEXE n°11 :

Tableaux de cotation des événements redoutés

et de l'atteinte du patient

GRAVITE :

Tableau n°1: Evaluation du dommage mortel d'un diagnostic étiologique

INELUCTABLE	<i>Qui conduit assurément à la mort</i>
PROBABLE	<i>Qui conduit très souvent à la mort</i>
PEU PROBABLE	<i>Qui conduit quelquefois à la mort</i>
NULLE	<i>Qui ne conduit pas à la mort</i>

Tableau n°2 : Evaluation du préjudice attendu d'un diagnostic étiologique

<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>

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

Dommages non mortel / Dommages 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

URGENCE DE PRISE EN CHARGE :

Tableau n°4 : *Matrice de cotation de l'Urgence de la prise en charge*

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

CURABILITE :

Tableau n°5 : Evaluation de la curabilité d'une étiologie

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

CRITERE D'ATTEINTE DU PATIENT :

Tableau n°6 : *Evaluation de la vulnérabilité d'un patient à un diagnostic*

VULNERABILITE IMPORTANTE	<i>Probabilité de survenue du diagnostic augmentée par rapport à la population générale</i>	3
VULNERABILITE MOYENNE	<i>Probabilité de survenue du diagnostic comparable à celle de la population générale Equivalence avec l'incidence du diagnostic</i>	2
VULNERABILITE FAIBLE	<i>Probabilité de survenue du diagnostic diminuée par rapport à la population générale</i>	1
VULNERABILITE NULLE	<i>Survenue du diagnostic impossible</i>	0

Tableau n°7 : *Evaluation de l'impact d'un diagnostic sur un patient*

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

ANNEXE n°12 :

Caractéristiques fondamentales et critères d'exclusion des DEC

- Un événement redouté doit être un **diagnostic** au sens de l'aboutissement du raisonnement médical ayant abouti à l'identification d'une maladie nosologiquement identifiée.
- Un événement redouté doit avoir un **caractère étiologique**, c'est-à-dire que le diagnostic doit avoir une relation causale avec le RC.
- Un événement redouté, qui est donc un diagnostic étiologique, doit avoir une **pertinence chronologique et clinique avec le RC**, c'est-à-dire que le RC en question doit pouvoir être un mode de révélation de ce diagnostic étiologique redouté.

Quelques pièges à éviter :

- Le DEC n'est pas une complication du RC.
- L'incidence du DEC n'est pas un critère de sélection ni d'évaluation.

Critères d'exclusion :

- L'absence de gravité représente un critère d'exclusion de la liste des DEC.
- L'absence de vulnérabilité est un critère d'exclusion de la liste des DEC.

RESUME

INTRODUCTION : le médecin assurant les soins de premier recours doit prendre des décisions dans un délai court et avec des moyens diagnostiques limités générant un risque pour le patient. Le Dictionnaire des résultats de consultation (DRC) de la société française de médecine générale, développé à partir des travaux théoriques novateurs de R.N. Braun, est un outil permettant de gérer l'incertitude diagnostique du praticien.

OBJECTIF : Proposer une définition du risque dans le DRC et une méthode permettant de créer une liste d'événements à redouter utile au praticien afin de gérer ce risque.

METHODE : Organisée en deux parties, nous avons réalisé une revue de la littérature et des entretiens d'experts, puis mis au point des critères et un moyen de calcul pour élaborer les listes de risques. L'analyse des éléments bibliographiques et des entretiens des spécialistes dans le domaine chimique et industriel a été confrontée au précis d'utilisation du DRC ainsi qu'à de multiples entretiens avec les membres du secrétariat de DRC.

RESULTATS : La démarche du praticien à travers le DRC génère deux risques distincts qui se succèdent. Celui inhérent, dans 70% des cas, à l'incertitude diagnostique en fin de consultation et qui amène à relever la certitude clinique par le relevé du Résultat de consultation (RC). Puis celui de ne pas évoquer par le praticien les diagnostics étiologiques critiques (DEC) que ce RC peut suggérer et qui pourraient provoquer des dommages sur le patient. La production d'une liste de DEC pour chaque RC peut alors servir d'aide au médecin afin d'orienter sa démarche diagnostique et éviter l'apparition du second risque. La méthode d'évaluation des DEC se base d'un part sur des critères de gravité, d'urgence de prise en charge et de curabilité et d'autre part sur la vulnérabilité du patient et l'impact du DEC sur celui-ci.

DISCUSSION : ce travail original s'est appuyé sur le fonctionnement du DRC. La méthode d'évaluation créée se veut nécessairement subjective et n'a donc pas pour ambition d'atteindre le risque zéro. Elle permet de guider le praticien dans sa démarche diagnostique afin d'éviter les complications pour son patient. Le praticien se doit de rester vigilant et de ne pas la considérer comme un outil infaillible.

Mots clés : Risque, Médecine générale, Incertitude diagnostique, Dictionnaire des résultats de consultation, Diagnostic étiologique critique, Méthode d'évaluation, Risque Zéro.

RESUME

INTRODUCTION: The practitioner who has to ensure first-aid care must make decisions in a very short time according to limited diagnostic means. This may lead to some risk for the patient. The Dictionary of the Results of Consultations (DRC) was developed by the Société Française de Médecine Générale (SFMG) from the innovative theoretical works of R.N. Braun and appears as a tool which enables the GP to handle the uncertainty of the diagnosis.

OBJECTIVE: To submit a theoretical definition of the risk as described in the DRC as well as a method that will lead to the creation of a list of dangers which could be a help for the GP to manage this risk.

METHOD: A review of the literature and the interviews of experts was first made. Then, in a second part, criteria were worked out as well as a means to elaborate the list of risks. The analysis of the bibliographical elements and of the interviews with chemical and industrial risk experts was confronted with the DRC handbook and with the numerous interviews with members of the DRC secretariat.

RESULTS: The GP approach through the DRC generates two successive distinct risks. The first, which is present in 70% of cases, is linked to the diagnostic uncertainty at the end of the consultation and leads to note down the clinical certainty thanks to the report in the Result of Consultation (RC). The second risk is for the GP not to think of the critical etiological diagnosis (DEC) that may be suggested by this RC and that may provoke damages for the patient. The production of a list of DEC for each RC can then be useful as a help for the GP so as to adjust his diagnostic approach and avoid the occurrence of the second risk. The method used to evaluate the DEC is based, on the one hand, on criteria taking into account seriousness, emergency, care and curability and, on the other hand, on the patient's vulnerability and the DEC impact on him.

DISCUSSION: This original study was based on the use of the DRC. The assessment method that has been created is necessarily subjective. It does not therefore aim at reaching zero risk. It merely enables the GP to be guided in his diagnostic approach so as to avoid complications for his patient. The GP has to remain watchful and must not consider it as an infallible tool.

Keywords : Risk, General practice, Diagnostic uncertainty, Dictionary of the Results of Consultations, Critical etiological diagnosis, Assessment method, Zero risk.



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, 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 !



RESUME

INTRODUCTION : le médecin assurant les soins de premier recours doit prendre des décisions dans un délai court et avec des moyens diagnostiques limités générant un risque pour le patient. Le Dictionnaire des résultats de consultation (DRC) de la société française de médecine générale, développé à partir des travaux théoriques novateurs de R.N. Braun, est un outil permettant de gérer l'incertitude diagnostique du praticien.

OBJECTIF : Proposer une définition du risque dans le DRC et une méthode permettant de créer une liste d'événements à redouter utile au praticien afin de gérer ce risque.

METHODE : Organisée en deux parties, nous avons réalisé une revue de la littérature et des entretiens d'experts, puis mis au point des critères et un moyen de calcul pour élaborer les listes de risques. L'analyse des éléments bibliographiques et des entretiens des spécialistes dans le domaine chimique et industriel a été confrontée au précis d'utilisation du DRC ainsi qu'à de multiples entretiens avec les membres du secrétariat de DRC.

RESULTATS : La démarche du praticien à travers le DRC génère deux risques distincts qui se succèdent. Celui inhérent, dans 70% des cas, à l'incertitude diagnostique en fin de consultation et qui amène à relever la certitude clinique par le relevé du Résultat de consultation (RC). Puis celui de ne pas évoquer par le praticien les diagnostics étiologiques critiques (DEC) que ce RC peut suggérer et qui pourraient provoquer des dommages sur le patient. La production d'une liste de DEC pour chaque RC peut alors servir d'aide au médecin afin d'orienter sa démarche diagnostique et éviter l'apparition du second risque. La méthode d'évaluation des DEC se base d'un part sur des critères de gravité, d'urgence de prise en charge et de curabilité et d'autre part sur la vulnérabilité du patient et l'impact du DEC sur celui-ci.

DISCUSSION : ce travail original s'est appuyé sur le fonctionnement du DRC. La méthode d'évaluation créée se veut nécessairement subjective et n'a donc pas pour ambition d'atteindre le risque zéro. Elle permet de guider le praticien dans sa démarche diagnostique afin d'éviter les complications pour son patient. Le praticien se doit de rester vigilant et de ne pas la considérer comme un outil infaillible.

Mots clés : Risque, Médecine générale, Incertitude diagnostique, Dictionnaire des résultats de consultation, Diagnostic étiologique critique, Méthode d'évaluation, Risque Zéro.