



Faculté de Médecine & de Pharmacie

Département de Médecine Générale



## Journée annuelle d'enseignement à thèmes libres

en collaboration avec le CRP-IMG

Olivier Kandel

Généraliste depuis 30 ans

MSU à Poitiers

Membre titulaire de la Société Française de Médecine Générale

Pour prendre la parole devant vous,  
vous nos futurs confrères,  
j'ai tourné mes idées, me suis retourné sur 30 ans de médecine générale.

L'exercice semblait aisé, le thème étant qualifié de libre.  
Libre donc de vous parler de ce qu'il me paraissait judicieux, intéressant ou utile pour vous.

## **Comment gérer le risque d'erreur diagnostique ?**

Un problème quotidien, non, une question à chaque consultation !

Mais avant, en introduction, la question actuelle est plutôt de savoir si

## **Les médecins existeront-ils encore dans 20 ans ? !**

Compétences

- Premier recours, urgences
- Gérer des situations au stade précoce et indifférencié

# La 4ème révolution industrielle ?

Les révolutions industrielles, vous connaissez :

- la première, celle de l'avènement de **la machine à vapeur**
- la seconde a trouvé son essor avec **l'électricité**
- la troisième nous la vivons depuis **l'informatisation** de nos vies

La quatrième sera celle de **l'intelligence artificielle**, de **l'impression 3D**, des **algorithmes** et des **robots** \*

**La santé serait un secteur touché en priorité**

## **Et il ne s'agit plus de science-fiction**

Pierre Nanterme, économiste, patron d'un groupe mondial de conseil est formel \*\*.

On imagine bien ce que deviendra la cardiologie, la neurologie et même la chirurgie paraît-il.

Les expérimentations montreraient que les diagnostics et les traitements prescrits par la machine seraient 42% plus justes que ceux des médecins, avec un coût par diagnostic de 200 \$, contre 500 pour un médecin.

**D'ailleurs, le médecin n'existe déjà presque plus...**

\* [www.lenouveleconomiste.fr/pierre-nanterme-pdg-daccenture-la-4eme-revolution-industrielle-arrive-avec-une-force-et-une-vitesse-considerables-29488](http://www.lenouveleconomiste.fr/pierre-nanterme-pdg-daccenture-la-4eme-revolution-industrielle-arrive-avec-une-force-et-une-vitesse-considerables-29488)

\*\* <https://www.letemps.ch/economie/2016/10/07/quatrieme-revolution-industrielle-concerne/>

# Qu'elle est la valeur ajoutée du médecin / intelligence artificielle ?

On ne parle plus que de **constante, bilan, grille, échelle, protocole**, dont le médecin est progressivement exclu.

A son insu, le piège se referme doucement sur lui.

L'accessibilité aux savoirs et les technologies de l'intelligence artificielle, poseront la question de la rentabilité d'un « docteur » (coût de 10 ans d'étude, salaire ...)

**Inutile de lutter contre l'inéluctable,  
... alors on fait quoi ?**

**La piste est peut-être comme on dit au rugby, de revenir aux fondamentaux**

A la base étaient **le patient** et **la clinique**

Deux éléments qui ont été abandonnés par la médecine contemporaine.

# A propos du patient

## La peur de l'autre

Effet collatéral des lois sur le droit des patients, notre regard s'est inversé dans une peur de l'autre, instrumentalisée par le fameux "**médicolégal**" inculqué aux étudiants.

Comme dit Roland Gori, on se contente de confisquer au patient son symptôme pour l'explorer, **le malade n'étant plus que le « portevoix de ses plaintes »**. On le prie de les déposer à la porte de l'hôpital. A la sortie on ordonne, on éduque, on est dans l'injonction, pour une observance très médiocre.

**Le saviez-vous ?** Un médecin coupe la parole au patient en moyenne au bout de... 22 s \*

## « Le patient est ton ami »

Quel intérêt aurait-il à ne pas collaborer ?

**Le saviez-vous ?** Une anamnèse bien menée avec le patient met sur la piste diagnostique dans plus de 80% des cas \*\*

**Alors osons lui redonner une place**

\* Langewitz W, Denz M, Keller A, et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. Br Med J 2002;325:682-3.

\*\* Anvik T. Is the first idea a good idea ? Exercer 1997 ; numéro spécial recherche : 14

# A propos de la clinique

## Faute de clinique, on *bilante*

Prendre en charge un patient, n'est pas explorer séparément chacune de ses plaintes. La plupart des examens complémentaires **ne servent plus qu'à "documenter" le dossier**. Beaucoup d'examens sont demandés sachant que le résultat ne modifiera pas les décisions.

Par ailleurs, comment peut-on fuir dans une quête diagnostique exhaustive quand on sait que plus de 30% les plaintes sont d'ordre **psychosomatiques** ? Pourquoi en faire un diagnostic d'élimination ? Pourquoi cette survalorisation française pour l'organique ? \*

**Survivre à la 4e révolution industrielle  
si on redonne une place au patient et  
si la clinique reprend sa place « au lit du patient »**

\* Stora J.B. Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques, Odile Jacob, 1999

## Et si...

### La médecine générale était la seule à survivre ?!

- La MG : la discipline la plus diversifiée. **2,2 problèmes** par consultation, jusqu'à 7 \*
- L'absence de plateau technique accessible pendant la consultation, impose au praticien l'usage d'un **sens clinique** élaboré couplé à une **démarche intellectuelle**.
- Le médecin traitant est amené à cheminer aux côtés du patient, dans une **histoire intime**, partagée, tenant compte de **l'altérité\*\*** de cet autre qu'il rencontre sans toujours percevoir son insidieuse proximité.

**Nous avons cette chance d'exercer une spécialité passionnante  
dont on ne se lasse pas**

\* Raineri F, Hebbrecht G, Thomas-Desessarts Y, Boinault P. Classification praticienne et système d'information. Revue du praticien médecine générale. tome 18, n°660/661, 13/09/2004

\*\* [www.cnrtl.fr/definition/alt%C3%A9rit%C3%A9](http://www.cnrtl.fr/definition/alt%C3%A9rit%C3%A9)

# Vous avez dit bobologie... / La discipline du complexe

## Le petit risque !

D'aucun soulignera que le généraliste voit certes beaucoup de pathologies, mais qu'il est limité à la *bobologie*, aux maladies pas graves.

Il n'en est rien \*

puisque placé à l'entrée du système de soin, il faudra au praticien **différencier le banal du potentiellement grave**.

La démarche du médecin est bien plus **complexe** devant une épigastralgie, aux étiologies incertaines, que devant un ulcère gastrique ou même un cancer de l'estomac, au protocole très précis.

# Discipline passionnante, mais... une difficulté essentielle

## Cette difficulté : l'incertitude diagnostique \*

Vous connaissez la peur de l'interne sortant du refuge confortable de l'hôpital, se retrouvant à mains nues, dans un cabinet de ville et

nous savons l'inquiétude régulière du généraliste qui ne formalise pas son raisonnement médical. **La peur de l'erreur diagnostique !**

- Peur renforcée par la rareté des cas graves
- Peur entretenue par le sacrosaint médico-légal
- Peur justifiée par l'absence de démarche

Ce n'est pourtant pas si difficile en utilisant **une démarche simple et adaptée** au premier recours.

## Il existe 2 démarches diagnostiques

Une pour le praticien du soin primaire et une seconde pour ceux du 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> recours \*

Celles-ci sont **quasiment inversées**

La démarche de **l'hospitalier**, grâce à la mobilisation de compétences techniques, consiste à identifier la cause du trouble présenté par le patient.

Celle du **généraliste**, s'organise prioritairement en fonction des fréquences de maladies et des risques à éviter.

Ainsi l'hospitalier travaille **légitimement** sur un mode de recherche systématique d'étiologie, quand le généraliste fonctionne, **tout aussi légitimement**, sur un mode probabiliste.

**On pourrait dire que le généraliste est sensible  
quand le spécialiste est spécifique.**

\* Firmin E. Démarches cindyniques en médecine générale. Proposition d'une méthode d'élaboration de conduites à tenir pour chaque définition du DRC. thèse 2016 - faculté de médecine de Poitiers

# A propos de l'incertitude diagnostique

Dans **70%** des consultations, les situations cliniques ne sont pas caractéristiques d'une maladie \*

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

Incertitude sur  
**l'étiologie** de la situation  
et/ou  
de son **évolution** vers une maladie

# Incertitude diagnostique

## Plusieurs contraintes d'exercice

- Troubles au stade précoce, rarement un tableau complet de maladie
- Moyens diagnostiques limités, sans plateau technique.
- Prise de décisions dans un temps court (16 minutes en moyenne) \*

## Source potentielle d'**erreur médicale**

car le médecin s'expose alors à deux écueils \*\*

- Réduire le diagnostic au **motif de consultation**
- Poser un **diagnostic sans preuve** (hypothèse diagnostique)

\* Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boissault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? Revue du Praticien Médecine Générale. Tome 18, n°656/657, 07/05/2004, 781-84p

\*\* Chouilly J, Hummel C, Carlu J, Jouteau D, Kandel O. Diagnostic en médecine générale, contourner 2 écueils, éviter 2 dangers. Congrès de la Médecine Générale 2015. Paris

# Une méthode rassurante

Pour prendre les décisions adaptées  
et  
évaluer au mieux les risques de la situation

## 1ère étape

**Nommer** le cas clinique, le caractériser, utiliser une nomenclature (CIM, CISP, DRC)

## 2ème étape

**Vérifier** que l'on ne s'est pas trompé de dénomination

## 3ème étape

**Evoquer** les maladies graves qui pourraient correspondre au tableau clinique décrit

# 1<sup>ère</sup> étape : Pourquoi nommer ?

Parce qu'au milieu de l'océan,  
le marin ne peut suivre un cap,  
sans prendre le temps  
de « faire un point »



La démarche diagnostique s'apparente à une enquête.  
Sans a priori, il faut **regrouper les indices** avant d'explorer  
une piste

# 1<sup>ère</sup> étape : Comment nommer ?

L'absence de synthèse, le texte libre, le passage d'une liste de constantes à PEC... est une **démarche déboussolée**, peu efficace, chronophage, anxiogène...

Choisir dans une nomenclature le terme adapté : **CIM\***, **CISP\*\***, **DRC...**

En pratique j'utilise le dictionnaire un **Résultat de consultation<sup>®</sup> (RC)**

Il est facile d'utilisation et me permet si de relever en CIM et CISP \*\*\*

<http://edrc.recette-bilog.fr/public/>

\* CIM : <http://taurus.unine.ch/icd10>

\*\* CISP : <http://www.cispclub.org/>

\*\*\* Szidon P, Chouilly J. Mise en œuvre d'une correspondance du Dictionnaire des Résultats de consultation<sup>®</sup> de la SFMG avec la CIM 10 et la CISP2. CISP Club – Gand, Belgique - 15 octobre 2016

# Nommer le problème que le médecin doit prendre en charge

Recherche

angine **1 – chercher un titre**

Sur les titres uniquement

Âge  --Sexe--

Liste des RC

ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)

ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE

PHLEGMON DE L'AMYDALE

**2 – choisir un RC**

Définition **ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)**

**Critère** **3. sélectionner les critères utiles**

++++ ROUGEUR DE L'OROPHARYNX

++1| diffuse du pharynx

++1| d'une (ou des) amygdale(s)

++++ ABSENCE D'ÉCOULEMENT NASAL CARACTÉRISTIQUE

+ - douleur

+ - fièvre ou sensation de fièvre

+ - hypertrophie

+ - enduit pultacé

+ - adénopathie sous angulo-maxillaire

+ - unilatérale

+ - vésicules

+ - ulcération

+ - fausses membranes

+ - toux

+ - vomissement

+ - douleur abdominale

+ - score de Mac Isaac  $\geq 4$

+ - TDR positif

+ - présence bactérienne

+ - récurrence

## Un cas clinique

Mr J. 45 ans, commercial en déplacement, fumeur, vient vous voir car il a «mal à l'estomac», comme un poids, depuis quelques jours. La douleur est légèrement augmentée après les repas, elle irradie un peu de chaque côté. Il n'y a pas de trouble du transit associé.

L'examen clinique retrouve une sensibilité dans la région épigastrique, une tension à 130/70 à chaque bras.

*Quel est notre diagnostic ?*

*Qu'inscrivons-nous dans le dossier ?*

# Dans le DRC : **EPIGASTRALGIE**

**++++ DOULEUR SPONTANÉE DE LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE**

**++++ SANS SIGNE DE REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN**

++1 | BRÛLURE

++1 | CRAMPE OU TORSION

++1 | **PESANTEUR OU GÊNE**

++1 | FAIM DOULOUREUSE

+ - calmée par les aliments

**+ - favorisée par les repas, postprandiale**

+ - favorisée par la prise de certains aliments

+ - favorisée par la prise de certains médicaments

+ - calmée par des médicaments

+ - favorisée par le stress

**+ - irradiation (sauf vers le haut)**

+ - antécédent personnel digestif (gastrique, vésiculaire, pancréatique)

**+ - retrouvée ou accentuée à la palpation**

+ - récidive

Dans le dossier

**EPIGASTRALGIE (A/N)**

DOULEUR SPONTANÉE DE LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE

SANS SIGNE DE REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN

PESANTEUR OU GÊNE

favorisée par les repas, postprandiale

irradiation (sauf vers le haut)

retrouvée ou accentuée à la palpation

CIM : R10.1 – CISP : D02

# Etape suivante : confirmation

## Elimination du 1<sup>er</sup> risque d'erreur

S'être trompé de dénomination

Vérifier que l'on ne prend pas une mauvaise piste

Regarder si un autre RC correspondrait mieux à la situation clinique

Pour cela nous avons la liste des **Voir aussi**

# Élimination du 1<sup>er</sup> risque d'erreur

Les voir aussi de **EPIGASTRALGIE**

- ABDOMEN DOULOUREUX AIGU
- ANGOR INSUFFISANCE CORONARIENNE
- ANXIÉTÉ ANGOISSE
- CONTUSION
- DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
- INFARCTUS DU MYOCARDE
- PLAINTE ABDOMINALE
- REFLUX PYROSIS CÆSOPHAGITE

Liste des **Voir aussi**

Ce sont les RC voisins

Les autres dénominations qui peuvent être éliminées cliniquement **dans le temps de la consultation**

Chaque RC a une **liste fermée** de Voir aussi

# Sur la bonne piste

Une fois confirmée la bonne dénomination, le médecin peut élaborer la suite de sa démarche diagnostique et décisionnelle.

Il est sur la bonne piste.

Il lui reste la nécessité de **ne pas méconnaître une maladie grave** qui, au cours de son évolution, pourrait ressembler à ce RC

Pour cela nous avons la liste des **Diagnostics Critiques (DiC)** \*

# Élimination du 2<sup>ème</sup> risque d'erreur

## Les DiC de **EPIGASTRALGIE**

---

Psychogène	*
Gastrite	*
Lithiase biliaire	*
Ulcère gastroduodéal	*
Infarctus du myocarde	***
Pancréatite chronique	*
Pancréatite aiguë	***
Cancer	**
Syndrome Zollinger Ellison	*
Anisakiase (parasitose)	*
Infarctus méésentérique	***

## Liste des **Diagnostiques critiques**

Ce sont les étiologies qui, au cours de leur évolution, pourraient ressembler à ce RC

Il faut les évoquer pour les **écarter cliniquement** et organiser ses décisions

Chaque RC possède une **liste fermée** de DiC

# Un cas clinique de SASPAS

M. Dominique L..., 60 ans, consulte l'interne pour

- une toux avec crachats
- et se sent « mal fichu »

Examen clinique :

- râles ronflants diffus sans foyer systématisé,
- quelques sibilants.

Pas d'antécédent notable en dehors d'un tabagisme.

Le patient explique qu'il veut que ça se termine vite et que cela ne recommence pas comme tous les hivers.

# Qu'écririons-nous dans le dossier ?

Syndrome grippal ? Etat grippal ? Bronchite ?...

En rajoutant :

pas de syndrome méningé,  
auscultation CP normale,  
ex ORL normal,  
fosses lombaires libres,  
TA 13/8  
...

# L'interne lui, a noté

dans le dossier le Résultat de consultation suivant :

## ETAT MORBIDE AFEBRILE

++++ ASSOCIATION DE SYMPTÔMES ET SIGNES GÉNÉRAUX ET LOCAUX

++++ ABSENCE DE FIÈVRE OU SENSATION DE FIÈVRE

++++ NON CARACTÉRISTIQUE ET NON CLASSABLE AILLEURS

+ - abattement, lassitude, inappétence

+ - toux

+ - expectoration minime, non caractéristique

+ - signes auscultatoires pulmonaires non significatifs

# Débriefing avec le maitre de stage

Le MSU : *es-tu sûr que ce patient présente bien un ETAT MORBIDE AFEBRILE ?*

L'interne : *j'ai bien pensé aussi à BRONCHITE AIGUE ...*

Le MSU : *regardons alors le RC BRONCHITE AIGUE*

## BRONCHITE AIGUE

++++ TOUX

++++ RÂLES RONFLANTS DIFFUS MODIFIÉS PAR LA TOUX

++++ **ABSENCE DE BRONCHITE CHRONIQUE** (BRONCHITE CHRONIQUE = TOUX + EXPECTORATION AU

MOINS 3 MOIS PAR AN DEPUIS 2 ANS)

+ - râles sibilants (surtout au début de l'épisode)

+ - expectoration

+ - fièvre ou sensation de fièvre

# L'erreur de piste a des conséquences

**MSU** : *et pourquoi n'as-tu pas mis BRONCHITE AIGUE ?*

**Interne** : à cause du critère obligatoire + + + + ABSENCE DE BRONCHITE CHRONIQUE

**MSU** : *et si c'était une BRONCHITE CHRONIQUE ?*

**Interne** : *ah ben oui, j'suis con, j'ai pas demandé depuis combien de temps il toussait*

## BRONCHITE CHRONIQUE

+ + + + TOUX

+ + + + EXPECTORATION EXTÉRIORISÉE OU NON

+ + + + AU MOINS 3 MOIS PAR AN DEPUIS 2 ANS

+ - ronchus

+ - sibilance

+ - crachats purulents

+ + 1 | épais et colorés

+ + 1 | plus fréquents et abondants

+ - fièvre

# Une erreur diagnostique entraine une démarche incertaine

Dans ce cas :

Ce n'était pas un ETAT MORBIDE AFEBRILE

Ce n'était pas une BRONCHITE AIGUE

C'est plutôt une BRONCHITE CHRONIQUE avec exacerbation : les décisions sont alors bien différentes !

**En premier recours, dans la temps de la consultation  
on comprend ainsi le confort  
de nommer le problème que l'on a à prendre en charge**

## Au final...

Vous avez bien fait de choisir la MG

C'est une discipline variée, passionnante, dont on ne se lasse pas

Vous constaterez qu'avec une **démarche clinique adaptée** à nos contraintes et en faisant **la place au patient**, la peur de l'erreur peut s'apprivoiser doucement

La **Société Française de Médecine Générale**  
vient de publier  
l'**Abrégé de gestion de l'incertitude diagnostique**  
Il est téléchargeable gratuitement sur [www.sfmfg.org](http://www.sfmfg.org)





Faculté de Médecine & de Pharmacie

Département de Médecine Générale



Journée d'enseignement à thèmes libres  
en collaboration avec le CRP-IMG

***Merci et bienvenue  
en médecine générale  
vous verrez c'est passionnant***