

# Diagnostic en médecine générale

## contourner 2 écueils, éviter 2 dangers

### INTRODUCTION

70% des consultations sont des situations non caractéristiques d'une maladie. La démarche du médecin généraliste est différente de celle de ses confrères du 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> recours. L'hospitalier travaille **légitimement** sur la quête systématique d'une étiologie, quand le généraliste fonctionne, **tout aussi légitimement**, sur un mode probabiliste par fréquence de maladie. Le praticien, face à cette incertitude, est exposé à un risque d'erreur diagnostique. **Ce risque peut-il être formalisé ?**

### METHODE

Nous avons mené une analyse phénoménologique issue de lectures et de partage d'expériences concrètes. Un groupe d'experts a objectivé les facteurs favorisant l'erreur diagnostique. Ils ont proposé une structuration de la démarche diagnostique, tenant compte de ces risques d'erreur.

### RESULTATS

#### Deux écueils

- Réduire le Dg au motif de consultation
- Poser une hypothèse diagnostique sans preuve

#### Deux dangers

- S'être trompé de dénomination
- Ne pas évoquer une maladie grave sous-jacente

*Pour contourner la fragilité inhérente à l'incertitude de diagnostic, le clinicien peut s'appuyer sur la certitude clinique. Comme le marin doit faire le point, seul au milieu de l'océan, afin connaître le bon cap à suivre, le médecin doit passer par la dénomination de la situation clinique.*

#### Dénommer la situation clinique

Pour noter cette certitude clinique, il peut faire appel à une sémiologie des situations cliniques en médecine générale : Le **Dictionnaire des Résultats de consultation®**.

L'ensemble des Résultats de consultation (RC) représente plus de 97% des situations vues en médecine de premier recours.

Chaque RC est encodé avec la **CIM10** et la **CISP**.

#### Le 1er risque

##### La notion de « voir aussi »

Après avoir dénommé le cas observé, avant de valider son choix, le praticien devra s'assurer qu'aucun autre RC figurant dans une liste ne correspond mieux à la situation. On appelle cette liste les « **voir aussi** »

*Un groupe de travail de 23 généralistes, coordonné par un secrétariat de 7 confrères, travaille et propose des listes de « voir aussi » et de Dic en les argumentant*

#### Le 2e risque

##### La notion de « Diagnostic étiologique critique »

Le praticien doit rester attentif aux maladies potentiellement critiques, qui au cours de leur évolution, pourraient correspondre au tableau clinique qu'il vient de dénommer.

Evaluer ce risque consiste à tenir compte, pour chaque danger identifié, de sa gravité, son urgence, sa curabilité, et la vulnérabilité du patient. Ces 4 éléments permettent de calculer la criticité de chaque danger. D'où l'appellation : **Diagnostic Critique (DiC)**

**Un exemple : LOMBALGIE**

**1- La dénomination**

- ++++ DOULEUR DU RACHIS LOMBAIRE
- ++1| spontanée
- ++1| lors des mouvements actifs
- ++1| à la palpation
- ++1| pression axiale d'épineuse
- ++1| pression latérale d'épineuse
- ++1| pression latérale contrariée
- ++1| pression des ligaments interépineux
- ++1| pression friction des massifs articulaires postérieurs
- ++++ ABSENCE DE NEURALGIE
- + - hyperalgique
- + - effort déclenchant
- + - début brutal
- + - traumatisme ancien
- + - position antalgique
- + - rythme mécanique
- + - rythme inflammatoire
- + - contracture musculés paravertébraux
- + - irradiation
- + - syndrome périosto-cellulo-téno-myalgique (cellulalgie au pincé roulé, myalgie unilatérale...)

**2- Le 1er risque : les voir aussi**

- ANOMALIE POSTURALE
- ARTHROSE
- DOULEUR NON CARACTERISTIQUE
- MUSCLE (ELONGATION-DECHIRURE)
- MYALGIE
- NEURALGIE - NEVRITE
- SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE-PELVISPONDYLITE

**3- le 2e risque : les DiC**

- Arthrose
- Cancer
- Chondrocalcinose
- Hernie discale
- Maladie de Paget
- Maladie de Scheuerman
- Psychogène
- Rhumatisme inflammatoire chronique
- Spondylodiscite infectieuse
- Spondylolisthésis
- Sténose du canal médullaire
- Tassement ostéoporotique
- Tumeur bénigne

#### Un autre exemple : EPIGASTRALGIE

Mme M. consulte pour une **gastrite**. Elle en a déjà fait dit-elle.

La sémiologie est pauvre et l'examen peu contributif. Si le motif de consultation est gastrite, le 1er écueil serait de construire une démarche sur ce seul **motif de consultation**. Comme il serait hasardeux de ne retenir que l'**hypothèse** d'un ulcère.

Le praticien relève donc la seule certitude clinique. Il a bien à faire à une **EPIGASTRALGIE**.

La lecture des « **voir aussi** » lui permet d'évoquer les RC voisins, comme un RGO...

Puis il consulte la liste des **DiC**, car cette douleur peut-être en effet d'origine gastrique mais aussi pancréatique, coronarienne, anxieuse...

### CONCLUSION

Cette structuration du raisonnement clinique sécurise la recherche diagnostique du généraliste dans les situations d'incertitude. Le groupe de travail s'attache maintenant à élaborer des démarches cindyniques\*, véritables procédures de **gestion du risque diagnostique**.

\* Science qui étudie les risques

