

L'incertitude en médecine générale

Comment la réduire

Didier Duhot,
MG,
93100 Montreuil.
Pascal Clerc,
MG,
78130 Les Mureaux.
Société française
de médecine
générale,
92130 Issy-les-
Moulineaux.

d.duhot@sfmfg.org

Les caractéristiques de la médecine générale font que nombre de décisions sont prises en situation d'incertitude. Pour diminuer cette incertitude, le praticien peut utiliser, en pratique courante, le *Dictionnaire des résultats de consultation* qui comporte 280 « Résultats de consultations ». Ceux-ci sont définis par différentes caractéristiques qui permettent de choisir le diagnostic avec le plus grand niveau de certitude et de gérer les risques potentiels.

La médecine générale est une discipline de proximité, avec un champ d'application large, des patients « debout et autonomisés », des contacts courts et répétés ainsi que des moyens diagnostiques limités à la disposition du praticien. À l'inverse, le patient hospitalisé est allongé, les contacts sont longs et les moyens techniques à la disposition des praticiens importants.

Ces caractéristiques de la médecine générale font que nombre de décisions sont prises en situation d'incertitude.

LES CAUSES DE L'INCERTITUDE

Champs d'action de la médecine générale

Le médecin généraliste dans son exercice professionnel prend en charge, d'une part, des symptômes isolés (*p. ex.* : toux) et des syndromes (*p. ex.* : état fébrile) qui représentent 70 % de son activité et, d'autre part, des tableaux de maladie (*p. ex.* : la cystite sans ECBU) et des diagnostics certifiés (le cancer du sein avec examen anatomopathologique) qui représentent 30 % de la pratique.¹ Les deux premières entités ont un potentiel évolutif (*p. ex.* : passage d'une toux vers un asthme, ou d'un état fébrile vers une pyélonéphrite) plus important que les deux autres, sans que nous soyons dans le registre de l'erreur médicale. Par conséquent, le médecin généraliste évolue entre deux risques : la fausse assurance d'un diagnostic par excès, et l'absence de vigilance devant des symptômes persistants ou répétés.

Mauvais étiquetage du cas

Le mauvais étiquetage des situations morbides par le médecin augmente inmanquablement le degré d'incertitude d'une situation clinique, et contribue à l'errance diagnostique et aux décisions inadéquates.² Ce mauvais étiquetage peut résulter :

- de la collecte des données cliniques, qu'elles soient mauvaises ou manquantes ;
- de l'interprétation des éléments cliniques et des examens complémentaires. Leur intérêt et leur poids dans le processus décisionnel peuvent être sous-évalués ou surévalués. Ainsi, une première sérologie VIH positive n'a pas le même poids en France et en Afrique, car la prévalence du virus n'est pas la même, la valeur prédictive positive (probabilité que le virus soit présent en cas de test positif) et la valeur prédictive négative (probabilité que le virus soit absent en cas de test négatif) ne sont pas identiques.³ Il en est de même pour une première glycémie supérieure à 1,26 g/L dans le diagnostic du diabète : une glycémie suffit en cas de signe clinique de diabète (polyurie, polydypsie...) et deux glycémies sont nécessaires en l'absence de signes cliniques de diabète ;
- des modifications du référentiel du praticien. Ainsi, la définition d'une entité morbide peut changer d'un praticien à un autre, mais aussi pour le même praticien d'une année sur l'autre en fonction de ses lectures ou des modifications de sa mémoire.⁴

Non-prise en compte du risque potentiel. La conséquence directe du mauvais étiquetage du cas est la non-prise en compte des risques potentiels liés à ce cas. Par exemple, choisir l'étiquette « Grippe » plutôt que celle d'« État fébrile », alors que tous les éléments cliniques et virologiques ne sont pas présents, c'est s'interdire la vigilance envers d'autres infections : pyélonéphrite, méningite, paludisme... (si tous les éléments sont en faveur de la grippe, je choisis l'étiquette « Grippe » bien entendu). À l'inverse, la persistance d'un symptôme doit faire pratiquer des examens complémentaires afin de réévaluer l'étiquetage et le risque évolutif de la situation.

SFMG
« L'incertitude
en médecine
générale :
comment la
réduire »,
atelier animé par
Pascal Clerc et
Didier Duhot,
le samedi
24 novembre
de 10h30
à 12h.

COMMENT RÉDUIRE L'INCERTITUDE

Connaître la répartition des entités morbides en médecine générale (épidémiologie)

Un des premiers moyens pour réduire cette incertitude est de connaître la répartition des entités morbides dans la discipline d'exercice du praticien. R.N. Braun⁶ a décrit la loi de répartition des cas qui fait qu'un praticien placé dans les mêmes circonstances (type de lieu d'exercice, type de clientèle...) a une distribution des entités morbides identique sur une période de temps assez longue (3 ans est une période suffisante). Connaissant ainsi la répartition des pathologies dans sa clientèle, le praticien est plus à même d'interpréter la probabilité d'existence d'une pathologie en fonction des signes cliniques qu'il recueille pendant l'examen.

La SFMG s'est attachée depuis plus de 10 ans à mettre à disposition des médecins ces éléments, avec l'annuaire statistique de l'Observatoire de la médecine générale, puis avec l'ouverture du site Internet de l'Observatoire de la médecine générale (<http://omg.sfm.org>). Ce site permet de connaître les fréquences de survenue des principales pathologies prises en charge en médecine générale, leur répartition par sexe et classe d'âge.

Bien mener ses investigations

Le bon étiquetage des situations morbides et la démarche décisionnelle reposent sur les antécédents du patient, l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires. Parmi ces éléments, tous n'ont pas le même poids. Ainsi, comme l'ont montré Gruppen *et al.*,⁶ l'interrogatoire est l'élément primordial alors que l'examen clinique et les examens complémentaires contribuent plutôt à éliminer des hypothèses cliniques.

Il faut aussi être informé et conscient que nos actions sont parasitées par toute une série d'éléments. Ces déterminants « socioculturels » de la relation médecin-malade sont importants pour analyser nos décisions, qu'ils soient liés au médecin (cas grave récent, fatigue de fin de semaine, représentation de la maladie...), liés au patient (représentation de la maladie, comorbidités...) ou réglementaires. Ainsi, ce praticien aura beau tout faire et tout expliquer à ce patient à haut risque coronaire, si ce dernier fait partie des patients qui attendent le *big event*,⁷ l'action du médecin n'aura que peu d'efficacité.

Analyser le risque : la théorie professionnelle braunienne

En fin d'analyse, le médecin a exclu au moins provisoirement des diagnostics pouvant conduire à une aggravation importante de l'état de santé de son malade, voire à la mise en danger de sa vie. Ces choix ne se sont pas nécessairement appuyés sur les résultats d'examens complémentaires, aussi sa décision d'exclusion est-elle provisoire : il se met en veille, recommande à son patient de lui signaler tout nouveau symptôme. Il laisse le dossier ouvert, jusqu'à preuve du contraire. Soit l'évolution de l'état de santé de son malade est positive (ou il le perd de vue) : il n'est

pas nécessaire de se lancer dans des investigations complexes et le problème présenté se réglera à la fois par la réassurance apportée par le médecin et par les effets symptomatiques des médicaments. Soit l'évolution n'est pas favorable, le choix des examens complémentaires est alors dicté par les hypothèses diagnostiques les plus graves et les plus fréquentes (Risque critique évitable).

UN OUTIL POUR GÉRER L'INCERTITUDE

Pour formaliser cette expérience, de 1944 à 1984, Braun a recueilli systématiquement sur papier toutes les situations cliniques qu'il rencontrait dans l'exercice de son métier.⁸ Le résultat de ce travail donna lieu à la rédaction d'une partie des fiches de gestion du risque, la kasographie.

La SFMG s'est inspirée de ces travaux pour rédiger le *Dictionnaire des résultats de consultation*⁹ (DRC) qui regroupe 280 Résultats de consultations (RC). Chaque RC est composé d'un titre, d'une définition avec des critères d'inclusion et d'exclusion, d'une liste de « Voir aussi » (les RC concurrents contenus dans le dictionnaire), d'une liste de « Risques évitables » (les diagnostics qu'il est nécessaire d'éliminer devant ce tableau clinique) et des « Positions diagnostiques ». Le « code suivi » permet d'avoir une vision longitudinale de la situation : le « code suivi » N s'applique aux cas « nouveaux » ; le code P s'applique aux situations qui ont déjà été prises en charge par un médecin. L'utilisation du DRC en pratique courante permet au praticien de diminuer l'incertitude.

La combinaison du titre, des critères d'inclusion et d'exclusion, et des risques évitables permet de choisir le diagnostic avec le plus grand niveau de certitude et de ne pas s'aventurer dans des diagnostics par excès.

La combinaison des « risques évitables », de la « position diagnostique », du « code suivi » a un rôle décisionnel. Ces éléments permettent de gérer les risques potentiels.^{4,9} ■

Références

1. Annuaire statistique 94/95 de l'Observatoire de la médecine générale. SFMG. Doc Rech Med Gen 1998; n° 52.
2. Eddy DM. Variations in physician practice: the role of uncertainty. Health Affairs 1984;3:74-89.
3. Ancelle T. Statistique. Epidémiologie. Paris: Maloine; 2002.
4. Le Dictionnaire des Résultats de Consultations : à quoi ça sert ? Comment ça marche ? Doc Rech Med Gen 2003; n° 4: 2-19. (http://www.sfm.org/Publication/publi_edrmg.html#Anchor-34090)
5. Braun RN. Les possibilités d'un travail scientifique individuel en médecine générale. Une introduction à la méthodologie de la recherche individuelle. Rev Prat Med Gen 1991;5:378-91.
6. Gruppen LD, Woolliscroft JO, Wolf FM. The contribution of different components of the clinical encounter in generating and eliminating diagnostic hypotheses. Proc Ann Conf Res Med Educ 1988;27:242-7.
7. Angus J, Evans S, Lapum J, et al. "Sneaky disease": the body and health knowledge for people at risk for coronary heart disease in Ontario, Canada. Soc Sci Med 2005;60:2117-28.
8. Braun RN. Pratique critique et enseignement de la médecine générale. Paris: Payot; 1979 (disponible sur commande à la SFMG).
9. Dictionnaire des Résultats de Consultation en Médecine Générale. Révision 2003-2004. SFMG. Doc Rech Med Gen 2005; n° 62.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.