

**ClinicalOS – Le système d'exploitation clinique dédié
à la médecine générale**

Tome 10

Compendium de mots-clés cliniques

**Série consacrée à la médecine générale · 28
chapitres · 11 blocs thématiques**



*Pour les étudiants en médecine · les assistants médicaux · les
médecins généralistes : guide de référence rapide*

À propos de cet extrait

Tome 10 · Compendium de mots-clés cliniques

Cet extrait sélectionné comprend 22 pages sur les 153 pages du tome (objectif de 15 % ; minimum de 12 pages, présentation et clôture comprises). Les chapitres ci-dessous sont reproduits intégralement. La pagination originale est conservée ; les sauts sont intentionnels. Cette liste et les signets donnent accès aux contenus inclus. Les renvois peuvent concerner le tome complet.

- **A1 Cardiologie**
- **E1 Infectiologie / Traitement antibiotique**
- **H1 Gériatrie / Pharmacologie rationnelle**
- **K3 Numérisation / IA dans le cabinet de médecine générale**

Les mentions originales relatives à l'utilisation et à la responsabilité s'appliquent également à cet extrait.

Droits d'auteur Mentions légales

Dr Götz Huber

Le système d'exploitation clinique de la médecine générale

Tome 10 Compendium de mots-clés cliniques

© 2026 Dr Götz Huber. Tous droits réservés.

Cet ouvrage, y compris toutes ses parties, est protégé par le droit d'auteur. Toute utilisation en dehors des limites strictes de la loi sur le droit d'auteur est interdite sans l'accord de l'auteur et est passible de sanctions.

Remarque : les informations contenues dans cet ouvrage ont fait l'objet de recherches et de vérifications minutieuses. Les outils d'IA et le cadre réglementaire évoluant rapidement, certaines informations peuvent déjà être obsolètes au moment de la lecture. Vous trouverez les mises à jour sur <https://clinicalos.de/>. La mention de produits et de fabricants est sans garantie et ne constitue en aucun cas une recommandation d'achat ou d'utilisation.

Remarque concernant la traduction, le contenu, l'utilisation et la responsabilité

Cette édition française est une traduction de l'ouvrage original rédigé en allemand. Le concept, la structure et le contenu médical essentiel de ClinicalOS ont été initialement développés pour la médecine générale allemande et le système de santé allemand, afin de fournir aux médecins généralistes en exercice, aux internes en médecine générale, aux assistants de santé et aux étudiants en médecine une ressource d'apprentissage et de référence structurée et axée sur la pratique. Le contenu s'appuie sur la littérature médicale actuelle, des sources issues des recommandations et l'expérience pratique en médecine générale.

Au cours de l'adaptation linguistique, les références aux recommandations, aux pratiques cliniques et aux cadres réglementaires d'autres pays francophones ont été prises en compte et mises en évidence lorsque cela était pertinent et possible ; dans certains domaines, les différences par rapport aux recommandations allemandes sont également présentées de manière explicite. Toutefois, la traduction ne constitue pas une adaptation systématique de tous les aspects médicaux, thérapeutiques ou réglementaires à l'ensemble des pays francophones. Les recommandations professionnelles, les autorisations de mise sur le marché, les posologies approuvées, les procédures de prescription, les règles de remboursement et les exigences réglementaires peuvent varier d'un pays à l'autre ; **les recommandations, les informations officielles de prescription et les dispositions réglementaires actuellement en vigueur dans le pays ou le système de santé concerné prévalent toujours.** Les informations posologiques s'appliquent aux adultes ne présentant pas d'insuffisance rénale significative ; des ajustements individuels sont nécessaires chez les patients âgés, ceux sous polypharmacie et pendant la grossesse. **Les recommandations nationales actuellement en vigueur (par exemple celles de la HAS ou du CNGE pour la médecine générale) doivent être suivies en priorité.**

Des outils numériques, notamment la génération de texte assistée par l'IA, ont été utilisés pour la création de ce manuel. L'ensemble du contenu a ensuite été vérifié par l'auteur afin d'en garantir l'exactitude technique, la cohérence et l'absence d'erreurs potentielles. **Aucune garantie ne peut être donnée quant à l'exactitude, l'actualité ou l'exhaustivité des informations fournies ;** l'absence totale d'erreurs ne peut être exclue, y compris en ce qui concerne les recommandations ou les posologies qui auraient pu être mises à jour entre-temps.

Le contenu de ce manuel ne remplace pas un examen médical individuel et ne doit pas être interprété comme des recommandations thérapeutiques contraignantes. Les décisions diagnostiques et thérapeutiques doivent toujours être prises au cas par cas pour chaque patient, en tenant compte du tableau clinique complet et des recommandations actuellement en vigueur. **Les médecins assument l'entière et ultime responsabilité médicale :** toute utilisation du contenu de ce manuel — qu'il s'agisse d'un module de texte, d'une procédure opérationnelle standard (SOP) ou d'une recommandation thérapeutique — nécessite un examen professionnel indépendant par le médecin traitant. **Les contenus générés par l'IA ou par des moyens numériques ne peuvent et ne doivent pas se substituer au jugement médical.**

Toute utilisation des informations présentées ici relève de la seule responsabilité du lecteur. Les actions en responsabilité civile relatives à des dommages matériels ou immatériels résultant de l'utilisation directe ou indirecte des informations contenues dans ce manuel — même lorsque ces informations sont incomplètes ou contiennent des erreurs — sont généralement exclues.

Bloc A : Systèmes cardiovasculaire et métabolique

A1 Cardiologie · A2 Pneumologie · A3 Marqueurs de risque cardiométaboliques · A4 Endocrinologie/diabétologie · A5 Urologie/néphrologie

A1 Cardiologie

Objectif du chapitre

Ce chapitre présente les bases de la médecine générale pour les consultations cardiologiques courantes. Il met l'accent sur l'hypertension, la coronopathie, l'insuffisance cardiaque, la fibrillation auriculaire et l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), ainsi que sur l'évaluation initiale en toute sécurité des urgences potentielles. Les étudiants en médecine et les assistants médicaux apprennent à distinguer les évolutions chroniques stables des urgences nécessitant une intervention rapide, à les documenter de manière structurée et à prendre en charge en toute sécurité les tâches déléguées.

Mots-clés / Keywords

Symptômes principaux : douleur thoracique, dyspnée d'effort, palpitations, vertiges, syncope, œdèmes de cheville, baisse de performance, claudication intermittente, dérèglement de la tension artérielle, dyspnée au repos, nycturie

Diagnostics fréquents : hypertension artérielle, coronaropathie, angine de poitrine stable, insuffisance cardiaque (HFrEF/HFpEF), FA, artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), hypotension orthostatique, hypotension d'origine médicamenteuse

Diagnostics différentiels dangereux : SCA (STEMI/NSTEMI), embolie pulmonaire, dissection aortique, urgence hypertensive, insuffisance cardiaque décompensée, trouble du rythme cardiaque significatif, syncope cardiaque

Diagnostic – Analyses de laboratoire / Examens d'imagerie : TA standardisée (aux deux bras), TA à long terme, ECG à 12 dérivations, ECG à long terme, troponine (en urgence), BNP/NT-proBNP (insuffisance cardiaque), créatinine, électrolytes, profil lipidique, HbA1c, Hb, ABI (indice cheville-bras en cas de suspicion d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs), échocardiographie (orientation vers un spécialiste)

Scores / classifications : CHA₂DS₂-VASc (risque d'AVC par FA), HAS-BLED (risque hémorragique), NYHA I–IV (gravité de l'insuffisance cardiaque), TIMI / GRACE (risque de SCA), seuils de l'ABI (< 0,9 = artériopathie oblitérante des membres inférieurs), SCORE2 (risque cardiovasculaire à 10 ans)

Classes de médicaments + principes actifs : inhibiteurs de l'ECA : ramipril 2,5–10 mg/j, énalapril 5–20 mg/j · antagonistes des récepteurs AT1 : candésartan 8–32 mg/j · bêtabloquants : bisoprolol 2,5–10 mg/j, métoprolol 50–200 mg/j · inhibiteurs calciques : amlodipine 5–10 mg/j, vérapamil 240–360 mg/j · Diurétiques : HCT 12,5 à 25 mg/j, torasémide 5 à 20 mg/j, spironolactone 25 à 50 mg/j · Statines : atorvastatine 20 à 40 mg/j, rosuvastatine 5 à 20 mg/j · TAH : AAS 100 mg/j, clopidogrel 75 mg/j · AOD : apixaban 5 mg 2 fois par jour, rivaroxaban 20 mg/jour · Inhibiteurs du SGLT2 : dapagliflozine 10 mg/jour (HI + DT2) · ARNI : sacubitril/valsartan (HFrEF) · Nitrates : nitroglycérine 0,4 mg par voie sublinguale

Traitement non médicamenteux : perte de poids, activité physique (groupe de rééducation cardiaque), réduction de la consommation de sel < 6 g/j, sevrage tabagique, régime méditerranéen, auto-mesure de la TA (le matin et le soir avant la prise du médicament), restriction hydrique de 1,5 à 2 l/j (insuffisance cardiaque), contrôle quotidien du poids (insuffisance cardiaque)

Suivi / Évolution : journal de la TA, fréquence cardiaque, évolution des œdèmes, poids, capacité d'effort, observance ; analyses de laboratoire : créatinine/K⁺ 7 à 14 jours après le début du traitement par inhibiteur de l'ECA, puis une fois par an ; transaminases sous statines : dosage unique après 8 à 12 semaines ; INR en cas de traitement par AVK ; évolution de l'ABI en cas d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs

Orientation / Escalade : suspicion de SCA → appel immédiat des urgences ; nouveau diagnostic de FA aiguë + instabilité → hospitalisation ; insuffisance cardiaque décompensée → hospitalisation ; artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) de stade Fontaine III/IV → chirurgie vasculaire ; syncope d'origine indéterminée → cardiologie/neurologie

Termes de documentation : cœur compensé/suspicion de décompensation, pas de douleur thoracique aiguë, rythme régulier/irrégulier, pas de signes d'engorgement, SCA ne pouvant être exclu avec certitude, artériopathie oblitérante des membres inférieurs stable, valeur cible de la TA atteinte/non atteinte

Tâches de l'assistant médical : mesurer la TA de manière standardisée (aux deux bras, après 5 min de repos), réaliser un ECG, noter le poids et les œdèmes, vérifier la trousse de médicaments (préparation AMTS), rappeler le patient pour les analyses de laboratoire, vérifier les lettres de sortie au regard des nouvelles combinaisons ACO

Aides didactiques à la structuration

OPQRST-A (douleur thoracique) : O = apparition (Onset) · P = provocation (Provocation) · Q = nature (pression/oppression/douleur lancinante) · R = irradiation (Radiation) · S = gravité (Severity) · T = durée (Time) · A = symptômes associés (dyspnée, nausées, sueurs froides)

Les 7 « T » – Signes d'alerte en cardiologie : douleur thoracique > 20 min · tachycardie > 120/min · troponine ↑ · signes d'AIT/AVC · température (infection + signes cardiaques) · traumatisme · signes tumoraux/de compression

Évaluation des risques ABCD : A = anamnèse/antécédents familiaux · B = tension artérielle/glycémie · C = cholestérol · D = Doppler/artériopathie oblitérante des membres inférieurs

Traitement quadruple HI (insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite) : inhibiteur de l'ECA/ARNI + bêtabloquant + MRA (spironolactone) + inhibiteur du SGLT2 → réduction avérée de la mortalité

● **SIGNES D'ALERTE** : douleur thoracique au repos > 20 min · dyspnée au repos · syncope · nouvelle tachyarythmie + instabilité · déficits neurologiques · sueurs froides + pâleur · différence de TA entre les deux bras > 20 mmHg (dissection aortique !)

⚠ **NE PAS** : AINS en cas d'insuffisance cardiaque ou d'IRC (triple risque !) · Associer le citalopram et les macrolides (intervalle QT !) · ECG d'effort chez les patients asymptomatiques à faible risque · Arrêt brutal des bêtabloquants en cas de coronaropathie

Exemples de cas cliniques

Cas n° 1 : hypertension artérielle détectée lors d'un bilan de santé (patient de 52 ans)

Situation initiale : plusieurs valeurs élevées mesurées en cabinet, aucun symptôme aigu, IMC de 31, antécédents familiaux de coronaropathie.

Anamnèse : sensation occasionnelle de pression au niveau de la tête, sédentarité, pas encore arrêté de fumer.

Résultats : TA 158/96 mmHg à plusieurs reprises ; cœur/poumons sans particularité ; bilan de base : créatinine, glycémie, lipides.

Évaluation : suspicion d'hypertension artérielle – confirmation par une mesure de la TA à long terme/à domicile, stratification des risques.

Prise en charge : prescrire une mesure de la TA à long terme ; conseils sur le mode de vie (poids, sel, sevrage tabagique) ; discuter de la stratégie thérapeutique ; suivi dans 4 semaines.

💡 **Point à retenir** : l'hypertension est confirmée par la mesure à domicile – les valeurs en cabinet ne suffisent pas à elles seules. La règle des 80 % s'applique : un antihypertenseur (ARB) + de l'amlodipine en monothérapie couvre la majorité des patients.

Cas n° 2 : FA d'apparition récente, hémodynamiquement stable (patient de 74 ans)

Situation initiale : palpitations et diminution de l'effort depuis 3 jours, pas de syncope.

Anamnèse : normotendu, pas de douleur thoracique, légère dyspnée à l'effort.

Résultats : pouls absolument arythmique ; ECG : FA ; FC 88/min ; SpO₂ 97 % ; stable.

Évaluation : FA nouvellement diagnostiquée, hémodynamiquement stable – pas d'urgence, mais examen approfondi nécessaire.

Prise en charge : calculer les scores CHA₂DS₂-VASc et HAS-BLED ; contrôle de la fréquence cardiaque (bisoprolol) ; discuter de l'indication d'une anticoagulation ; planifier une consultation en cardiologie.

💡 **Point clé** : la FA n'est presque jamais anodine : la prévention des AVC est une priorité absolue. CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 (hommes) / ≥ 3 (femmes) = anticoagulation.

Cas n° 3 : claudication intermittente – douleur dans les jambes à la marche (homme de 67 ans)

Situation initiale : douleur au mollet après environ 150 m de marche, amélioration en position debout, fumeur.

Anamnèse : hypertension artérielle connue, pas de diabète, antécédents familiaux de coronaropathie.

Résultats : ABI à droite 0,72, à gauche 0,80 – résultats typiques d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) de type Fontaine IIb.

Évaluation : artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) de type Fontaine IIb – prise en charge conservatrice avec entraînement à la marche, optimisation des facteurs de risque.

Prise en charge : arrêt urgent du tabac, AAS 100 mg/j, statine, objectif de TA < 140/90 ; entraînement structuré à la marche ; chirurgie vasculaire en cas d'aggravation.

💡 **Point clé** : l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) est un marqueur de risque cardiovasculaire : les personnes touchées présentent un risque trois fois plus élevé d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral.

Exemples de passages de texte

Hyper tension artérielle – premier bilan : valeurs de TA à plusieurs reprises élevées, aucun symptôme d'alerte d'hypertension actuellement. Profil de risque cardiovasculaire établi, mesure à domicile/à long terme recommandée, stratégie thérapeutique discutée.

FA stable : ECG montrant une FA, patient hémodynamiquement stable. Évaluation structurée du risque d'AVC et d'hémorragie (CHA₂DS₂-VASc X, HAS-BLED X), discussion sur le contrôle de la fréquence cardiaque et l'indication d'un traitement anticoagulant, orientation vers un service de cardiologie.

Évolution de l'insuffisance cardiaque : insuffisance cardiaque connue, aucun signe clinique actuel de décompensation. Poids stable, pas d'œdèmes, capacité d'effort inchangée. Traitement médicamenteux vérifié, suivi dans 4 semaines.

Premier bilan de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) : indice de pression artérielle de cheville (ABI) gauche/droite mesuré, résultats compatibles avec une AOMI de classe Fontaine IIb. Optimisation des facteurs de risque (arrêt du tabac, statines, traitement antihypertenseur) et programme structuré de marche recommandés. Suivi convenu.

Réseau de sécurité en cas de douleurs thoraciques : en cas d'aggravation des symptômes, de détresse respiratoire, de syncope, de sueurs abondantes ou de douleurs thoraciques au repos, se présenter immédiatement aux urgences / appeler le 112.

Procédures opérationnelles standard (SOP)

SOP 1 – Douleur thoracique – première évaluation par le médecin généraliste de médecine générale

Objectif : identifier rapidement les affections cardiaques nécessitant une prise en charge urgente.

Indication : douleur thoracique nouvelle ou évolutive.

Étapes :

9. 1. Évaluer immédiatement les signes vitaux et l'état général (l'assistant médical : TA, FC, SpO₂)
10. 2. Anamnèse selon le modèle OPQRST-A : nature, durée, irradiation, symptômes associés
11. 3. Vérifier systématiquement les signaux d'alerte (les 7 « T »)
12. 4. Réaliser un ECG – immédiatement (tâche de l'assistant médical)
13. 5. Suspicion de SCA → ne pas attendre, déclencher le protocole d'urgence

Aggravation : instabilité, douleur thoracique au repos > 20 min, altérations de l'ECG → appeler immédiatement le médecin urgentiste/composer le 112

Documentation : nature de la douleur, durée, irradiation, paramètres vitaux, résultats de l'ECG, décision, information du patient

Suivi : en cas d'évolution stable : contrôle dans les 24 à 48 h

SOP 2 – Hypertension – Diagnostic initial et suivi

Objectif : diagnostiquer avec certitude l'hypertension et établir le profil de risque.

Indication : valeurs de TA élevées de manière répétée en cabinet ou lors de mesures à domicile.

Étapes :

14. 1. Mesurer la TA de manière standardisée : les deux bras, en position assise, après 5 minutes de repos, 2 mesures
15. 2. Prescrire une mesure à domicile/une surveillance de la TA à long terme à des fins de confirmation
16. 3. Bilan de base : créatinine, potassium, glycémie/HbA1c, lipides, test urinaire sur bandelettes
17. 4. Recenser les lésions des organes cibles et les facteurs de risque
18. 5. Documenter les conseils en matière de mode de vie et la décision thérapeutique

Escalade : TA > 180/120 + symptômes → urgence hypertensive, hospitalisation

Documentation : valeurs initiales de la TA, profil de risque, décision thérapeutique, valeur cible, plan de suivi

Suivi : contrôle 4 semaines après le début du traitement ; bilan biologique : créatinine/K⁺ après 1 à 2 semaines

Abréviations

Abréviation	Signification
ABI	Indice cheville-bras (dépistage de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs)
ACS	Syndrome coronarien aigu / Syndrome coronarien aigu
ARNI	Inhibiteur du récepteur de l'angiotensine et de la néprilysine (sacubitril/valsartan)
BNP	Peptide natriurétique cérébral (marqueur d'insuffisance cardiaque)
ECG	Électrocardiogramme
HFpEF	Insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection préservée
HFrEF	Insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite
coronaropathie	Maladie coronarienne
MRA	Antagoniste des récepteurs minéralocorticoïdes (spironolactone, éplérénone)
AOD	Nouveaux anticoagulants oraux (apixaban, rivaroxaban, dabigatran, edoxaban)
NT-proBNP	pro-BNP N-terminal
NYHA	New York Heart Association (classification HI, grades I à IV)
pAVK	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
SGLT2	Cotransporteur sodium-glucose de type 2
FA	Fibrillation auriculaire

Glossaire

Terme	Définition spécifique au chapitre
Syndrome coronarien aigu	Terme générique désignant le STEMI, le NSTEMI et l'angine de poitrine instable – toujours urgent.
Angine de poitrine	Sensation de pression ou d'oppression thoracique liée à l'effort, résultant d'une ischémie myocardique dans le cadre d'une coronaropathie.
Claudication intermittente	Douleur au mollet liée à l'effort, observée en cas d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) due à une insuffisance de perfusion artérielle ; s'atténue au repos.
Décompensation	Aggravation d'une insuffisance cardiaque auparavant compensée, accompagnée d'une dyspnée au repos, d'œdèmes et d'une baisse des performances.
Traitement quadruple de l'insuffisance cardiaque	Traitement en quatre volets de l'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite (HFrEF) : inhibiteur de l'ECA/ARNI + bêtabloquant + antagoniste des récepteurs minéraux corticoïdes (MRA) + inhibiteur du SGLT2.
Urgence hypertensive	Dérèglement grave de la TA (généralement > 180/120) avec atteinte aiguë des organes cibles : encéphalopathie, infarctus du myocarde, dissection aortique.
Scénario clinique	Modèle mental de la maladie comprenant les symptômes typiques, l'évolution dans le temps et les résultats d'examen – aide les étudiants à reconnaître plus rapidement les diagnostics.
Filet de sécurité	Accord clair précisant les signes d'alerte en cas desquels le patient doit immédiatement prendre contact ou appeler les secours.
Triple coup dur	Combinaison dangereuse : inhibiteurs de l'ECA/ARA + diurétique + AINS → risque accru d'insuffisance rénale aiguë.

Bloc E : Infections et sang

Infectiologie / Traitement antibiotique · E2 Hématologie

E1 Infectiologie / Traitement antibiotique

Objectif du chapitre

Ce chapitre permet d'évaluer en toute sécurité les infections courantes, de choisir de manière rationnelle les antibiotiques et de détecter précocement les évolutions dangereuses. Message clé : toutes les infections ne nécessitent pas d'antibiotiques – et toute prescription d'antibiotiques doit s'accompagner d'une indication documentée.

Mots-clés / Keywords

Symptômes principaux : fièvre, toux, maux de gorge, dysurie, pollakiurie, douleur au flanc, rougeur cutanée/échauffement, diarrhée/vomissements, sécrétions purulentes, détresse respiratoire, sensation de malaise/baisse de l'état général

Infections courantes : bronchite virale aiguë (pas d'antibiotiques !), infection virale des voies respiratoires supérieures, amygdalite bactérienne/amygdalopharyngite streptococcique, rhinosinusite aiguë (généralement virale), IU/cystite non compliquée, pyélonéphrite aiguë, érysipèle/cellulite, grippe, gastro-entérite virale, otite moyenne (généralement virale)

Scores : CRB-65 (décision d'hospitalisation pour pneumonie), Centor/McIsaac/FeverPAIN (amygdalite bactérienne), qSOFA (dépistage de la septicémie : $AF \geq 22$ + altération de l'état de conscience + $TA \leq 100$ → suspicion de septicémie !)

Principes d'antibiothérapie (les 5 R) : R1 = indication correcte · R2 = principe actif approprié (à spectre étroit plutôt qu'à large spectre !) · R3 = posologie correcte · R4 = durée correcte (aussi courte que possible) · R5 = information adéquate (effet secondaire, résistance, mode d'administration)

Antibiotiques importants : amygdalite bactérienne : pénicilline V 3×1 million d'UI/j $\times 7$ j (de première intention !) · IU : fosfomycine 3 g en une seule prise ou nitrofurantoïne 100 mg le soir 2 fois par jour $\times 5$ jours · Pyélonéphrite légère : ciprofloxacine 2×500 mg $\times 7$ jours · Pneumonie : amoxicilline 3×1 g/jour $\times 5$ jours (en ambulatoire, sans risque) · Érysipèle : pénicilline V ou amoxicilline · Attention : ne pas utiliser les quinolones en traitement de première intention pour les infections sans complication !

Mesures non antibiotiques : traitement symptomatique (ibuprofène/paracétamol), inhalation, apport hydrique suffisant, lavage nasal, réhydratation par voie orale (gastro-entérite), application de froid/surélévation (érysipèle)

Stratégie de secours : « prescription différée » : remettre une ordonnance avec la consigne de ne faire délivrer les antibiotiques qu'en cas d'aggravation après 48 h → réduit la consommation d'antibiotiques sans altérer les résultats cliniques

Tâches de l'assistant médical : signes vitaux + température + SpO_2 , préparer le test rapide de la CRP, bandelettes urinaires, signaler immédiatement les patients à risque (dyspnée, forte fièvre, état général affaibli), remettre les informations destinées aux patients concernant les antibiotiques

Aide à la structuration didactique

Les 5 R – Décision relative aux antibiotiques : R1 Indication correcte · R2 Principe actif approprié · R3 Posologie correcte · R4 Durée correcte · R5 Information adéquate

ESSENCE (décision en cas d'infection) : E = spectre des agents pathogènes (viraux/bactériens) · S = gravité · S = durée des symptômes · E = attentes du patient · N = éviter les effets indésirables · C = observance · E = fondement factuel

Septicémie – qSOFA (criblage au chevet du patient) : FC $\geq 22/\text{min}$ + altération de l'état de conscience + TA systolique $\leq 100 \text{ mmHg}$ $\rightarrow \geq 2$ points = suspicion de septicémie $\rightarrow$ admission immédiate !

Expliquer la résistance aux antibiotiques : « Si nous prenons des antibiotiques alors qu'ils ne sont pas nécessaires, les bactéries apprennent à les contourner. Elles finissent alors par ne plus être efficaces lorsque nous en avons vraiment besoin. »

● **SIGNES D'ALERTE** : détresse respiratoire/tachypnée + infection (septicémie/pneumonie !) · qSOFA $\geq 2 \rightarrow$ admission immédiate · Fièvre élevée + état général altéré + hypotension · Douleur au flanc + fièvre (pyélonéphrite $\rightarrow$ risque de septicémie) · Érythème cutané s'étendant rapidement + signes systémiques (fasciite nécrosante !) · Douleurs dans la gorge + stridor + détresse respiratoire (suspicion d'épiglottite !)

⊘ **À NE PAS FAIRE** : prescrire des antibiotiques en cas de bronchite virale ou de rhinosinusite liée à un rhume depuis moins de 7 jours · prescrire des antibiotiques à large spectre (quinolones, céfuroxime) en traitement de première intention pour une infection sans complication · ne pas consigner l'indication de l'antibiotique · prescrire des antibiotiques à la demande du patient sans avoir vérifié soi-même l'indication

Exemples de cas cliniques

Cas n° 1 : bronchite virale (patient de 38 ans)

Situation initiale : toux depuis 5 jours, sensation de malaise modérée, pas de fièvre.

Anamnèse : pas d'expectorations, pas de détresse respiratoire, SpO₂ 98 %, aucun signe d'alerte.

Résultats : Auscultation : bruits vésiculaires, pas de sifflements ; CRP < 10 mg/l.

Évaluation : bronchite virale aiguë – pas d'indication d'antibiotiques.

Prise en charge : ibuprofène à titre symptomatique, hydratation suffisante ; explications sur le caractère spontanément résolutif de la maladie ; pas d'antibiotiques.

💡 **Point clé** : CRP < 20 mg/l + état général normal = pas d'antibiotiques. L'information du patient fait partie du traitement !

Cas n° 2 : Amygdalite bactérienne (patient de 22 ans)

Situation initiale : maux de gorge, difficultés à avaler, fièvre à 38,8 °C depuis 2 jours.

Anamnèse : pas de toux (important ! – rend la présence de streptocoques plus probable).

Résultats : amygdales rouges et encrassées, ganglions lymphatiques cervicaux enflés ; score de McIsaac de 4.

Évaluation : amygdalite bactérienne (streptocoques) très probable.

Prise en charge : pénicilline V, 3 × 1 million d'UI/jour pendant 7 jours ; en cas d'allergie à la pénicilline : céfuroxime ou clindamycine.

💡 **Point clé** : absence de toux + exsudat + fièvre + ganglion lymphatique = score de McIsaac ≥ 4 → antibiotiques indiqués. Pas besoin d'antibiotiques à large spectre !

Cas n° 3 : Érysipèle de la jambe (homme de 68 ans)

Situation initiale : rougeur de la jambe gauche depuis 2 jours, sensation de chaleur, fièvre à 38,3 °C.

Anamnèse : diabétique, pas de lymphadénopathie, pas de bulle, limite de la rougeur bien délimitée.

Résultats : tableau typique de l'érysipèle ; porte d'entrée : mycose interdigitale ; aucun signe de septicémie.

Évaluation : érysipèle sans complication – traitement ambulatoire possible.

Prise en charge : pénicilline V 3 × 1,5 million d'UI/jour × 14 jours ; surélévation de la jambe ; suivi étroit pendant 48 heures ; traitement antifongique au niveau de la porte d'entrée !

💡 **Point clé** : il est indispensable de marquer le contour de la rougeur – cela permet d'évaluer l'évolution. Traiter la porte d'entrée (mycose !) prévient les récurrences.

Exemples de passages de texte

Aucun antibiotique indiqué : infection cliniquement virale, CRP X mg/l, aucun signal d'alerte, aucun signe de complication bactérienne. Aucun antibiotique indiqué. Traitement symptomatique et suivi discutés. Réexamen en cas d'aggravation.

Antibiotiques indiqués : indication d'antibiothérapie en raison de : [gravité / profil bactérien / score].

Prescription : X. Informations fournies sur la prise, les effets indésirables et le développement de résistances. Suivi dans X jours.

Ordonnance de secours : ordonnance d'antibiotiques remise avec la consigne suivante : à utiliser uniquement en cas d'aggravation ou d'absence d'amélioration après 48 h. Le patient en a été informé.

Mesures de sécurité en cas d'infection : consultation immédiate / appel d'urgence en cas de : détresse respiratoire, forte fièvre accompagnée de frissons, troubles de la conscience, propagation rapide d'une éruption cutanée, maux de gorge accompagnés de difficultés respiratoires.

Procédures opérationnelles standard (SOP)

SOP 1 – Décision relative aux antibiotiques – Liste de contrôle

Objectif : chaque prescription d'antibiotiques doit être fondée sur une indication et documentée.

Indication : toute consultation pour infection avec indication possible d'antibiotiques.

Étapes :

111. 1. Passer en revue la liste de contrôle des 5 R : indication / principe actif / posologie / durée / information du patient
112. 2. Distinguer l'origine virale de l'origine bactérienne (anamnèse + résultats cliniques + CRP)
113. 3. Appliquer un score : Mclsaac (amygdalite), CRB-65 (pneumonie), qSOFA (septicémie)
114. 4. Envisager une stratégie de secours en cas de risque modéré
115. 5. Consigner l'indication !

Escalade : qSOFA ≥ 2 , signes de septicémie → direction immédiate des urgences

Documentation : indication, principe actif, posologie, durée, informations fournies au patient, rendez-vous de suivi

Suivi : contrôle en cas d'absence de réponse après 48 à 72 h

Abréviations

Abréviation	Signification
AB	Antibiotique/antibiotiques
état général	État général
CRB-65	Score de gravité de la pneumonie
CRP	Protéine C-réactive
Mclsaac	Score clinique pour l'amygdalite bactérienne (0 à 5 points)
qSOFA	Évaluation rapide de la défaillance multiviscérale liée à la septicémie
SIRS	Syndrome de réponse inflammatoire systémique

Glossaire

Terme	Définition spécifique au chapitre
Les 5 R du traitement antibiotique	Une indication appropriée + un principe actif adapté + une posologie adéquate + une durée de traitement appropriée + une information adéquate : tel est le principe directeur d'une prescription rationnelle d'antibiotiques.
La résistance aux antibiotiques	Capacité des bactéries à rendre les antibiotiques inefficaces – résulte d'une prescription inutile ou inappropriée d'antibiotiques.
Stratégie de secours	Ordonnance d'antibiotiques accompagnée d'une consigne de ne la faire exécuter qu'en cas d'aggravation – réduit la consommation d'antibiotiques sans nuire aux résultats cliniques.
qSOFA	Dépistage de la septicémie au chevet du patient : AF $\geq$ 22 + altération de l'état de conscience + TA $\leq$ 100 $\rightarrow$ $\geq$ 2 points = suspicion de septicémie.
Antibiotique à spectre étroit	Antibiotique à spectre étroit (par ex. pénicilline V) – limite le développement de résistances, devrait constituer le traitement de première intention.
Viral vs bactérien	Infections virales : spontanément résolutives, pas d'antibiotiques Infections bactériennes : signes d'inflammation importante, score positif, évolution défavorable.

Bloc H – Transversal

H1 Gériatrie/Pharmacologie rationnelle · H2 Médecine d'urgence en cabinet de médecine générale

H1 Gériatrie / Pharmacologie rationnelle

Objectif du chapitre

Ce chapitre traite de la prise en charge de médecine générale des patients âgés présentant des pathologies multiples. Thèmes principaux : évaluation gériatrique de base, fragilité, prévention des chutes, polymédication et adaptation rationnelle du traitement médicamenteux chez les personnes âgées. Message clé : « Moins, c'est souvent mieux » – une revue structurée de la médication sauve des vies.

Mots-clés / Keywords

Symptômes principaux / motifs de consultation : chute / peur de tomber, instabilité à la marche, faiblesse / fragilité, perte de poids, confusion / suspicion de délire, troubles du sommeil, polymédication, erreurs de prise de médicaments, perte d'autonomie, besoin de soins, proches dépassés, visite à domicile

Syndromes gériatriques : fragilité, sarcopénie (perte musculaire), malnutrition, tendance aux chutes, incontinence, délire, troubles cognitifs, dépression chez les personnes âgées, isolement social

Diagnostics gériatriques de base : Timed Up and Go (TUG) – risque de chute : > 12 s = risque accru · Mini-Cog/test de l'horloge – fonctions cognitives · GDS-4 (questionnaire de dépistage de la dépression en 4 questions) · MNA (version abrégée) – état nutritionnel · Indice de Barthel – autonomie · Schéma FRAIL – fragilité

Polymédication + pharmacologie rationnelle : polymédication : ≥ 5 médicaments pris simultanément · Liste PRISCUS : médicaments considérés en Allemagne comme potentiellement inadaptés aux personnes âgées (par ex. benzodiazépines, antidépresseurs tricycliques, AINS à long terme) · Classification FORTA : A = recommandé / B = utile / C = discutable / D = à éviter · Critères START/STOP (internationaux) · Objectif : déprescription – réduire activement la prise de médicaments !

Médicaments potentiellement inappropriés (PIM) typiques chez les personnes âgées (PRISCUS) : benzodiazépines (risque de chute et de délire !), antidépresseurs tricycliques (anticholinergiques), antihistaminiques sédatifs (diphénhydramine !), sulfonylurées à action prolongée (hypoglycémie !), AINS à long terme (tube digestif/reins/cœur), digoxine > 0,125 mg/j, myorelaxants

Prévention des chutes : renforcement musculaire et exercices d'équilibre (fondés sur des données probantes !), élimination des dangers domestiques, traitement de l'orthostase, examen de la vue, adaptation de la chaussure, bilan médicamenteux (benzodiazépines, TA !), vitamine D 800–2 000 UI/j

Détection du délire : état aigu + fluctuant + attention perturbée + trouble de la conscience + problèmes d'orientation = délire → rechercher la cause ! Causes fréquentes : infection, médicaments, déshydratation, rétention urinaire, douleur, privation de sommeil

Tâches de l'assistant médical : réaliser le test « Timed-Up-and-Go », mettre à jour la liste des médicaments, noter l'indice de Barthel, consigner le poids et la consommation de liquide, documenter le niveau de dépendance, organiser une visite à domicile

Aide à la structuration didactique

PRISCUS – Règle empirique pour le PIM : benzodiazépines → chute · tricycliques → délire/effets anticholinergiques · sulfonylurée à action prolongée → hypoglycémie · AINS à long terme → troubles gastro-intestinaux/rénaux · diphénhydramine (somnifère en vente libre !) → délire/chute

Déprescription – Procédure : 1. Dresser la liste de tous les médicaments (y compris les médicaments en vente libre !) · 2. Vérifier l'indication de chaque médicament · 3. Identifier les médicaments PRISCUS/FORTA-D · 4. Les arrêter les uns après les autres tout en surveillant l'état du patient · 5. Documenter

Délire – THINK : T = Toxique (médicaments) · H = Hypoxie/insuffisance cardiaque · I = Infection · N = Neurologique · K = Potassium/électrolytes/déshydratation

Test TUG : le patient se lève (chaise sans accoudoirs), marche 3 m, fait demi-tour, revient, se rassied. > 12 secondes = risque accru de chute. L'assistant médical peut réaliser ce test !

● **SIGNES D'ALERTE** : Confusion aiguë/délire → rechercher la cause, ne pas sédaté ! · Chutes répétées → révision urgente de la médication · Perte de poids rapide chez les personnes âgées → exclure un cancer + malnutrition · Sédation inexpliquée → médicament PRISCUS ? · Manque de prise en charge à domicile + vie en solitaire → faire appel aux services sociaux

⚠ **À NE PAS FAIRE** : ne pas traiter le délire avec des benzodiazépines (cela aggrave le délire !) · Accepter les chutes chez les personnes âgées en se disant « ça a toujours été comme ça » sans revoir la médication · Recommander des somnifères en vente libre (diphénhydramine) aux personnes âgées · Laisser la polymédication se poursuivre sans réévaluation annuelle des indications

Exemples de cas cliniques

Cas n° 1 : bilan de la polymédication (patient de 79 ans)

Situation initiale : chute, prend actuellement 12 médicaments, fatigue, vertiges.

Anamnèse : médicaments PRISCUS : diazépam 5 mg le soir, amitriptyline 25 mg, diclofénac 50 mg 2 fois par jour.

Résultats : TUG 16 s (risque accru de chute) ; TA en position debout 95/60 ; fonction rénale altérée.

Évaluation : polymédication avec 3 médicaments PRISCUS + orthostase comme causes de la chute.

Prise en charge : sevrage progressif du diazépam (remplacement : mirtazapine 7,5 mg), remplacement de l'amitriptyline, arrêt du diclofénac (AINS + IRC !). Prévention des chutes (rééducation à l'équilibre, chaussures, adaptation du logement).

💡 **Point à retenir** : les médicaments provoquent des chutes – la désprescription sauve des vies. Toute chute chez une personne âgée = obligation de réévaluer la pharmacothérapie !

Cas n° 2 : délire aigu (patient de 84 ans)

Situation initiale : confusion aiguë depuis hier soir, agité, fille inquiète.

Anamnèse : auparavant, compensation cognitive ; aucun nouveau médicament ; a peu bu depuis 2 jours.

Constatations : déshydraté, IU (résultat d'urine positif) ; traitement par amlodipine + bisoprolol + diazépam + métoprolol (5 médicaments).

Évaluation : délire associé à une infection urinaire et à une déshydratation (THINK : I+K).

Prise en charge : réhydratation (par voie orale + s.c. si nécessaire), antibiotique, interruption du diazépam, environnement clair et calme, pas de sédation !

💡 **Point à retenir** : le délire a presque toujours une cause traitable. Traiter la cause = le délire disparaît. Les benzodiazépines aggravent la situation !

Exemples de passages de texte

Bilan de la polymédication : vérification de la médication pour X médicaments. Médicaments PRISCUS identifiés : X. Plan de désprescription : arrêter/remplacer X. Suivi dans 4 semaines.

Documentation du délire : confusion aiguë avec causes THINK : X. Pas de benzodiazépines. Traitement causal instauré. Mesures de sécurité discutées. Contrôle dans 24 h.

Prévention des chutes : analyse du risque de chute : TUG X s. Facteurs de risque : médicaments/orthostase/vision. Mesures : désprescription/entraînement à l'équilibre/adaptation du logement/chaussures. Kinésithérapie prescrite.

Filet de sécurité gériatrique : consultation immédiate en cas d'aggravation de la confusion, de chute, de douleurs, de fièvre, de refus de s'alimenter ou de s'hydrater.

Procédures opérationnelles standard (SOP)

SOP 1 – Bilan médicamenteux chez les personnes âgées

Objectif : réduire systématiquement la polymédication.

Indications : ≥ 5 médicaments, risque de chute, confusion, suspicion d'EI.

Étapes :

141. 1. Dresser la liste complète des médicaments (y compris les médicaments en vente libre et l'automédication)
142. 2. Identifier les médicaments PRISCUS/FORTA-D
143. 3. Vérifier l'indication de chaque médicament (toujours d'actualité ?)
144. 4. Sevrage progressif : un médicament après l'autre
145. 5. Suivi de l'évolution après 4 semaines

Aggravation : délire, orthostase sévère, hypoglycémie → immédiatement

Documentation : liste initiale, médicaments arrêtés/réduits, motif, plan de suivi

Suivi : contrôle dans 4 semaines ; bilan annuel de la pharmacothérapie

Abréviations

Abréviation	Signification
FORTA	Fit for The Aged – Évaluation des médicaments chez les personnes âgées A–D
GDS-4	Échelle de dépression gériatrique à 4 questions
MNA	Mini-évaluation nutritionnelle
PIM	Médication potentiellement inadéquate
PRISCUS	Liste des médicaments potentiellement inadaptés chez les patients âgés en Allemagne
TUG	Timed Up and Go – Test d'évaluation du risque de chute

Glossaire

Terme	Définition spécifique au chapitre
Délire	Trouble aigu et fluctuant de la conscience/de l'attention – toujours rechercher une cause organique, ne jamais administrer de sédatifs !
Désprescription	Arrêt systématique des médicaments qui ne sont plus indiqués ou qui sont nocifs chez les personnes âgées.
Fragilité	Syndrome de fragilité gériatrique associé à une vulnérabilité accrue face aux événements stressants – schéma FRAIL pour le dépistage.
polymédication	≥ 5 médicaments pris simultanément – augmente le risque d'interactions médicamenteuses, d'effets secondaires et de chutes.
Liste PRISCUS	Liste allemande des médicaments considérés comme potentiellement inadaptés chez les patients âgés (risque de chute, de délire, de troubles gastro-intestinaux).

K3 Numérisation / IA dans le cabinet de médecine générale

Objectif du chapitre

Ce chapitre montre comment la numérisation et l'IA peuvent être utilisées de manière pertinente, rapide et centrée sur le patient dans le cabinet de médecine générale. L'accent est mis sur les applications pertinentes pour la pratique – et non sur la technologie pour elle-même.

Mots-clés / Keywords

Outils numériques de base : PVS (système de gestion de cabinet), ordonnance électronique, ePA (dossier médical électronique), eMP (plan de médication électronique), lettre médicale électronique (KIM), télémedecine/consultation vidéo, système de rappel, transmission des résultats de laboratoire, information numérique destinée aux patients

Applications de l'IA au cabinet : documentation assistée par l'IA (dictée → texte structuré), modules de texte générés par l'IA, IA pour l'aide au diagnostic différentiel, vérification des interactions médicamenteuses par l'IA, aide au triage par l'IA, communication avec les patients par l'IA (chatbot), analyse des résultats de laboratoire par l'IA

Avantages + limites : Avantages : gain de temps, structuration, aide-mémoire, synthèse de l'information · Limites : hallucinations de l'IA !, protection des données (RGPD !), la responsabilité finale du médecin demeure !, biais dans les données d'entraînement, erreurs dans les cas rares

ePA – points importants : option de refus (à partir de 2025) : les patients disposent automatiquement de l'ePA → ils peuvent s'y opposer · Le médecin généraliste peut y enregistrer la liste des médicaments et les résultats d'examens · Avantages : disponibilité intersectorielle · Attention : protection des données + acceptation

Consultation vidéo : indications : entretiens de suivi, maladies mentales, surveillance, rendez-vous de suivi · Ne convient pas : premiers examens avec constatations physiques, urgences · Facturable : EBM GOP 01439

Tâches de l'assistant médical : délivrer des ordonnances électroniques (sur instruction du médecin), gestion du dossier médical électronique (PVS), système de rappel, prise de rendez-vous en ligne, information des patients sur l'ePA, invitations à des consultations de télémedecine

Guide didactique

Utilisation de l'IA – Règles de base : l'IA est un assistant, pas un médecin. Chaque résultat généré par l'IA doit faire l'objet d'une vérification par un professionnel. Des « hallucinations » sont possibles (informations erronées mais qui semblent plausibles). La responsabilité médicale finale ne peut être déléguée !

Processus de prescription électronique : le médecin signe numériquement → transmission via KIM ou code QR → le patient fait valoir la prescription en pharmacie. Plus besoin d'imprimante (mais impression possible sur demande).

⚠ **À NE PAS FAIRE :** adopter les propositions de diagnostic de l'IA sans les vérifier soi-même · saisir les données des patients dans des outils d'IA non conformes au RGPD · vérifier les résultats de l'ePA sans le consentement du patient

Exemples de blocs de texte

Documentation assistée par IA : consultation documentée avec l'aide de l'IA. Vérification et validation par le médecin du contenu généré par l'IA. La responsabilité finale incombe au médecin traitant.

Consultation vidéo : consultation vidéo avec le patient X. Diagnostic/résultats : X. Suite à donner : X. En cas de nouveaux symptômes : consultation en personne.

Abréviations

Abréviation	Signification
ePA	Dossier médical électronique
eMP	Plan de traitement électronique
KIM	Communication dans le secteur médical (service de messagerie électronique sécurisé)
PVS	Système de gestion de cabinet médical
RGPD	Règlement général sur la protection des données

Glossaire

Terme	Définition spécifique au chapitre
Hallucination IA	Les systèmes d'IA peuvent générer des informations qui semblent plausibles mais qui sont en réalité erronées – il faut toujours les vérifier !
ePA	Dossier médical électronique : depuis 2025, option de refus pour les assurés de l'assurance maladie publique ; disponibilité des données entre les différents secteurs.
Responsabilité médicale finale	Indépendamment de l'utilisation d'outils numériques ou d'IA, le médecin traitant assume l'entière responsabilité du diagnostic et du traitement.

Découvrez ClinicalOS dans son intégralité

Tome 10 · Compendium de mots-clés cliniques

Pour en savoir plus sur le tome complet et la collection ClinicalOS, consultez :

clinicalos.de

Les mentions originales relatives à l'utilisation et à la responsabilité s'appliquent également à cet extrait.