# LA MORGUE DES MNÉMOS

## Faux mnémo, vrai danger

*Série 14 — 5 décès par défaut d'individualisation*

**ÉPITAPHE DE LA SALVE**

*L'endoscope, la ponction lombaire et l'anticoagulant refusent désormais de travailler sans indication individualisée.*

**Retenir juste. Comprendre vite. Ne jamais confondre.**

# Pourquoi une morgue ?

Parce que certains moyens mnémotechniques sont simplement vieillissants. D'autres sont incomplets, trompeurs ou assez dangereux pour mériter un certificat de décès pédagogique.

## LA PROCÉDURE D'ADMISSION

- La pièce à conviction est reproduite telle qu'elle apparaît dans le document source.
- Le contenu est confronté à des sources actuelles et identifiables.
- L'autopsie distingue ce qui était juste, ce qui a vieilli et ce qui pouvait induire en erreur.
- Le verdict décide d'une conservation, d'une correction, d'un transfert au musée ou d'une inhumation définitive.

## LES CINQ NOUVEAUX PENSIONNAIRES

| | |
|---|---|
| **Omission vitale** | Le raccourci oublie un élément susceptible de modifier radicalement la décision : gravité, contre-indication, risque hémorragique, fonction d'organe ou signe clinique déterminant. |
| **Fausse exhaustivité** | Quelques situations, seuils ou diagnostics sont présentés comme s'ils couvraient tous les cas possibles. |
| **Raccourci diagnostique** | Un chiffre, une sérologie, une étiquette ou une association est utilisé comme s'il suffisait à établir la situation clinique ou à justifier l'examen suivant. |
| **Simplification thérapeutique** | Un traitement ou un geste invasif devient la conséquence automatique d'un diagnostic, sans indication individualisée, balance bénéfice-risque ni alternative. |
| **Obsolescence** | Des seuils, indications ou catégories anciennes persistent alors que les recommandations ont évolué vers une appréciation plus contextualisée. |
| **Biais cognitif** | La règle mémorisée prend la décision à la place du raisonnement : « condition présente = geste ou traitement ». |

**66. ARYTHMIE ET ANTICOAGULANTS : la fibrillation auriculaire avait perdu son score de risque**
**67. SPHINCTÉROTOMIE : le sphincter d'Oddi avait reçu une liste de courses endoscopique**
**68. PONCTION LOMBAIRE : la syphilis avait transformé le LCR en passage obligé**
**69. ABCDEFG : l'hyperthyroïdie avait mélangé ses causes et leurs traitements**
**70. HbA1c : le diabète avait reçu des notes « bien, moyen, mal »**

**PRINCIPE DIRECTEUR :** L'humour aide à retenir. Il ne sert jamais à ridiculiser une personne, une maladie ou une profession. La cible reste le mauvais outil pédagogique.

**LA MORGUE DES MNÉMOS** **FICHE 66**

# ARYTHMIE ET ANTICOAGULANTS : la fibrillation auriculaire avait perdu son score de risque

| Fibrillation auriculaire — prévention thromboembolique individualisée | ANTICOAGULATION AU DOIGT MOUILLÉ |
|---|---|

## PIÈCE À CONVICTION

**Base documentaire — Sources de référence sélectionnées, croisées et actualisées par JurisMedX :**
Anticoagulant si cardiopathie, prothèse valvulaire, insuffisance cardiaque, thyréotoxicose ou avant réduction de la fibrillation.

## CAUSE DU DÉCÈS

**Une décision à haut risque hémorragique est réduite à cinq situations, sans distinguer type d'arythmie, valve mécanique, cardioversion, risque d'AVC ni contre-indications.**

## RAPPORT D'AUTOPSIE

- Toutes les arythmies ne justifient pas une anticoagulation. Dans la fibrillation auriculaire, la décision de long terme repose sur une évaluation structurée du risque thromboembolique, réévaluée au cours du suivi.
- Le type de valve et la présence d'une sténose mitrale significative modifient le choix de l'anticoagulant. Les anticoagulants oraux directs ne remplacent pas les antivitamines K dans toutes les situations.
- La cardioversion obéit à des règles spécifiques liées à la durée de l'épisode, à l'imagerie et à la couverture anticoagulante. Le risque hémorragique sert à corriger les facteurs modifiables, pas à improviser.

## LE BON REPÈRE

- Nommer l'arythmie et la situation : prévention chronique, cardioversion ou valve.
- Calculer le risque d'AVC avec l'outil recommandé et le réévaluer.
- Choisir la molécule selon la valve, la fonction rénale, les interactions et le risque hémorragique.

## VERDICT DU LÉGISTE

| LE DOIGT MOUILLÉ EST RETIRÉ DU SCORE | *L'anticoagulation récupère ses nombres, son calendrier et son dossier pharmaceutique.* |
|---|---|

## CONTRÔLE D'IDENTITÉ

| QUESTION | Quel élément manque surtout à la liste du PDF ? |
|---|---|
| RÉPONSE | **Une stratification structurée du risque thromboembolique et la distinction entre situations valvulaires, cardioversion et prévention chronique.** |

## SOURCES DE L'AUTOPSIE


- European Society of Cardiology. Atrial Fibrillation guideline, 2024.


*Un mnémo aide à se souvenir. Il ne pose pas un diagnostic et ne prescrit pas un traitement.*

# SPHINCTÉROTOMIE : le sphincter d'Oddi avait reçu une liste de courses endoscopique

| ERCP — indication thérapeutique, bénéfices et risques | GESTE INVASIF RÉDUIT À QUATRE PUCES |
|---|---|

## PIÈCE À CONVICTION

**Base documentaire — Sources de référence sélectionnées, croisées et actualisées par JurisMedX :**
Angiocholite, pancréatite biliaire, calcul résiduel ou récidivant, calcul vésiculaire et cholédocien chez un sujet à haut risque.

## CAUSE DU DÉCÈS

**Un geste endoscopique invasif est présenté comme la conséquence automatique de quelques diagnostics, sans distinguer urgence, preuve d'obstruction, alternatives et risque de complications.**

## RAPPORT D'AUTOPSIE

- L'ERCP est principalement thérapeutique. Une angiocholite avec obstruction peut justifier un drainage urgent, tandis qu'une pancréatite biliaire sans cholangite ni obstruction persistante ne conduit pas automatiquement à une ERCP urgente.
- La sphinctérotomie facilite l'extraction de calculs et certaines interventions, mais expose notamment à pancréatite post-ERCP, hémorragie, perforation et infection.
- La taille et la difficulté des calculs, la coagulation, l'anatomie et les techniques disponibles déterminent la stratégie : sphinctérotomie limitée, dilatation, lithotripsie ou stent selon les cas.

## LE BON REPÈRE

- Confirmer l'indication de l'ERCP et l'objectif thérapeutique.
- Distinguer drainage urgent, extraction programmée et exploration non invasive.
- Présenter les risques et les alternatives avant de mémoriser le geste.

## VERDICT DU LÉGISTE

| LISTE ENDOSCOPIQUE RETIRÉE DU CHARIOT | *Le sphincter ne s'ouvre plus sur simple présentation d'un acronyme.* |
|---|---|

## CONTRÔLE D'IDENTITÉ

| QUESTION | Pourquoi une pancréatite biliaire ne signifie-t-elle pas automatiquement sphinctérotomie urgente ? |
|---|---|
| RÉPONSE | **Parce que l'urgence dépend notamment d'une cholangite ou d'une obstruction biliaire persistante, et que l'ERCP comporte ses propres risques.** |

## SOURCES DE L'AUTOPSIE


- European Society of Gastrointestinal Endoscopy. Endoscopic management of common bile duct stones.
- American College of Gastroenterology. Acute Pancreatitis guideline, 2024.


*Un mnémo aide à se souvenir. Il ne pose pas un diagnostic et ne prescrit pas un traitement.*

# PONCTION LOMBAIRE : la syphilis avait transformé le LCR en passage obligé

| Syphilis — indications de l'examen du liquide céphalorachidien | PL AUTOMATIQUE SANS SIGNE NEUROLOGIQUE |
|---|---|

## PIÈCE À CONVICTION

**Base documentaire — Sources de référence sélectionnées, croisées et actualisées par JurisMedX :**
PL si VDRL supérieur à 1/32, signes neurologiques, allergie à la pénicilline, syphilis tertiaire ou VIH positif.

## CAUSE DU DÉCÈS

**Un titre sérologique, une allergie ou une séropositivité VIH sont présentés comme des billets automatiques pour la ponction lombaire.**

## RAPPORT D'AUTOPSIE

- L'examen du LCR est recommandé lorsqu'il existe des signes ou symptômes neurologiques compatibles. Les situations oculaires et auditives ont des parcours spécifiques et nécessitent une évaluation spécialisée.
- Une infection par le VIH ou un titre sérologique élevé ne constitue pas, à lui seul, une indication universelle de ponction lombaire en l'absence de manifestation neurologique.
- L'allergie à la pénicilline modifie la stratégie thérapeutique éventuelle ; elle ne diagnostique pas une neurosyphilis et ne justifie pas mécaniquement une PL.

## LE BON REPÈRE

- Rechercher systématiquement symptômes neurologiques, visuels et auditifs.
- Décider la PL selon les manifestations et les recommandations actuelles.
- Séparer diagnostic de neurosyphilis, examen ophtalmologique et choix antibiotique.

## VERDICT DU LÉGISTE

| LE LCR N'EST PLUS UN PÉAGE AUTOMATIQUE | *La ponction lombaire ouvre uniquement lorsque la clinique sonne à la porte.* |
|---|---|

## CONTRÔLE D'IDENTITÉ

| QUESTION | Quel élément justifie principalement un examen du LCR dans la syphilis ? |
|---|---|
| RÉPONSE | **Des signes ou symptômes neurologiques compatibles, avec des nuances propres aux atteintes oculaires et auditives.** |

## SOURCES DE L'AUTOPSIE


- Centers for Disease Control and Prevention. Neurosyphilis, Ocular Syphilis and Otosyphilis, mise à jour 2024-2026.
- CDC Laboratory Recommendations for Syphilis Testing, 2024.


*Un mnémo aide à se souvenir. Il ne pose pas un diagnostic et ne prescrit pas un traitement.*

# ABCDEFG : l'hyperthyroïdie avait mélangé ses causes et leurs traitements

| Hyperthyroïdie — mécanismes, étiologie et bilan | ALPHABET EN HYPERFONCTION |
|---|---|

## PIÈCE À CONVICTION

**Base documentaire — Sources de référence sélectionnées, croisées et actualisées par JurisMedX :**
Adénome toxique, Basedow, surcharge iodée, De Quervain, forme factice et goitre multinodulaire, avec traitements insérés dans la liste.

## CAUSE DU DÉCÈS

**Une liste d'étiologies parfois utiles est contaminée par des conduites thérapeutiques, des noms de marque et un acronyme dont les lettres ne structurent aucun mécanisme.**

## RAPPORT D'AUTOPSIE

- Une hyperthyroïdie peut résulter d'une production accrue d'hormones, comme dans la maladie de Graves ou les nodules toxiques, d'une libération lors d'une thyroïdite, d'un apport exogène ou d'une exposition à l'iode.
- Le bilan commence par TSH et hormones thyroïdiennes, puis utilise anticorps et scintigraphie ou échographie selon la situation, la grossesse et les contre-indications.
- Le traitement dépend du mécanisme : un antithyroïdien ne traite pas une thyroïdite destructive de la même manière qu'une hyperproduction.

## LE BON REPÈRE

- Classer d'abord : hyperproduction, destruction, apport exogène ou iode.
- Associer le profil d'examens à chaque mécanisme.
- Placer le traitement dans une fiche séparée, jamais dans l'étiologie.

## VERDICT DU LÉGISTE

| ALPHABET MIS AU REPOS THYROÏDIEN | *ABCDEFG retrouve une TSH documentaire mesurable après retrait des prescriptions parasites.* |
|---|---|

## CONTRÔLE D'IDENTITÉ

| QUESTION | Pourquoi faut-il classer les causes d'hyperthyroïdie par mécanisme ? |
|---|---|
| RÉPONSE | **Parce que les examens et les traitements diffèrent selon qu'il existe une hyperproduction, une libération destructive ou un apport exogène.** |

## SOURCES DE L'AUTOPSIE


- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Graves' Disease and thyroid testing.
- American Thyroid Association. Hyperthyroidism resources and guidelines.


*Un mnémo aide à se souvenir. Il ne pose pas un diagnostic et ne prescrit pas un traitement.*

**LA MORGUE DES MNÉMOS** **FICHE 70**

# HbA1c : le diabète avait reçu des notes « bien, moyen, mal »

| Objectifs glycémiques — individualisation et limites de l'HbA1c | BULLETIN SCOLAIRE MÉTABOLIQUE |
|---|---|

## PIÈCE À CONVICTION

**Base documentaire — Sources de référence sélectionnées, croisées et actualisées par JurisMedX :**
« Bien équilibré » sous 6,5 %, « moyennement » entre 6,5 et 7,5 %, « mal équilibré » au-delà de 8 %.

## CAUSE DU DÉCÈS

**Trois seuils universels attribuent une appréciation morale à une valeur biologique, sans âge, grossesse, risque d'hypoglycémie, comorbidités ni espérance de vie.**

## RAPPORT D'AUTOPSIE

- Les objectifs d'HbA1c sont individualisés. Un objectif proche de 7 % convient à de nombreux adultes, mais peut être plus ou moins strict selon le risque d'hypoglycémie, les comorbidités, la durée du diabète, la fragilité et les préférences.
- L'HbA1c reflète une moyenne et peut masquer une variabilité importante. Certaines anémies, hémoglobinopathies, transfusions, maladies rénales ou situations physiologiques en modifient l'interprétation.
- Les données de capteur, les glycémies et surtout les hypoglycémies complètent l'évaluation. Une personne n'est jamais « mauvaise » parce qu'un chiffre dépasse une cible.

## LE BON REPÈRE

- Écrire « cible individualisée » et documenter la raison du choix.
- Associer HbA1c, hypoglycémies, temps dans la cible et contexte clinique.
- Remplacer les jugements par un plan d'adaptation partagé.

## VERDICT DU LÉGISTE

| LE BULLETIN EST ANNULÉ | *Le pancréas ne redouble pas. L'objectif se discute, se surveille et se réévalue.* |
|---|---|

## CONTRÔLE D'IDENTITÉ

| QUESTION | Pourquoi le classement « bien, moyen, mal » est-il inadapté ? |
|---|---|
| RÉPONSE | **Parce que la cible d'HbA1c dépend de la personne et que la valeur peut être influencée par plusieurs situations biologiques.** |

## SOURCES DE L'AUTOPSIE

• American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes — Glycemic Goals, 2026.

*Un mnémo aide à se souvenir. Il ne pose pas un diagnostic et ne prescrit pas un traitement.*