

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 16 janvier 2004)**

Présentée et soutenue publiquement
le 13 Mars 2014 à Poitiers
par Monsieur Jean Marie NG CHEONG VEE

Analyse des raisons de la mauvaise diffusion du
Dictionnaire des Résultats de consultation®
chez les médecins généralistes et propositions pour l'améliorer.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel MORICHAU-BEAUCHANT

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE
Madame le Professeur Françoise DEBIAIS
Monsieur le Docteur Olivier KANDEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Damien JOUTEAU



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (**surnombre**)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre**)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUT Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(**de septembre à décembre**)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**surnombre**)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

à Monsieur le Professeur Morichau-Beauchant

Vous qui avez tant contribué à la qualité de l'enseignement de la médecine à Poitiers, me faites l'honneur de présider cette thèse. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma profonde reconnaissance.

à Monsieur le Professeur Meurice, à Madame le Professeur Debiais

Je tiens à vous exprimer mes sentiments de gratitude car m'avez accueilli dans vos services et avez fait preuve de patience et de gentillesse dans la transmission de votre savoir. Vous avez participé à la construction de ma pratique médicale et me faites aujourd'hui l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments de respect et d'amitié.

à Damien Jouteau

Damien, que ce travail soit aussi porteur de mes chaleureux remerciements, d'une part pour m'avoir fait confiance en me confiant tes patients et ton cabinet lors de mes remplacements, mais aussi pour avoir su me transmettre ton intérêt pour le Dictionnaire des Résultats de Consultations®. Merci de ton soutien dans la direction de ce travail. Je profite de l'occasion pour te témoigner mon amitié fidèle.

à Olivier Kandel

Olivier, vous m'avez fait un grand honneur en participant à ce travail. Votre avis en tant que chercheur et enseignant émérite ont fait de vos remarques un atout précieux pour ce travail. Vous avez fait preuve de patience et de disponibilité malgré vos nombreuses obligations, je vous en suis profondément reconnaissant.

à Julie Chouilly, Pierre Ferru, Gilles Gabillard, Yann Thomas-Desessarts

Pour votre accueil sur le stand de la Société Française de Médecine Générale, pour votre contribution à ce travail, pour votre gentillesse, soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

à Jean Yves

Mon cher Jean Yves, tu me fais l'honneur de ta confiance pour la succession de ton cabinet médical. Je te tiens en haute estime pour l'homme que tu es et pour ta carrière exceptionnelle. Je tiens à te renouveler mes remerciements pour le temps que tu as pris afin de me passer le flambeau.

à Éric, Isabelle et Delphine

J'ai été heureux de rencontrer des confrères de votre qualité, travailler à vos côtés sera un réel plaisir.

à Jacky Liagre et Bénédicte Charles-Rembeau

Merci d'avoir participé à l'achèvement de la partie pratique de mon enseignement, j'espère faire honneur à votre enseignement. Vous avez été de véritables mentors, vos conseils et votre soutien m'ont été très précieux.

à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail

Aux praticiens qui ont répondu à mes questionnaires et m'ont accordé du temps pour les entretiens. A tous mes relecteurs et correcteurs qui se reconnaîtront.

à mes parents

Vous m'avez donné la vie, vous m'avez donné de l'amour, vous m'avez aidé à développer ce qu'il y a de meilleur en moi. Si mon rêve devient réalité, tout cela c'est grâce à vous.

à ma Grand-Mère, A Aco, A Malou, A Suzette

Votre souvenir sera toujours chaleureux et vos conseils précieux dans ma vie.

à Marie Hélène et à Piotr

Pour votre soutien et avoir toujours été à mes côtés. Ma sœur, pour être ma grande complice sur tant et tant de choses, j'ai tellement de chance de t'avoir.

à mes frères

Merci d'avoir été là pour grandir avec moi.

à Mustafa, Sarha, Benji, Nathalie, Tarik, Véronique, Franck, tous mes co-internes

Pour votre amitié et les bons moments que nous partageons,

à Bekhaled et Khédidja

Vous m'avez offert la main de votre fille, et la clef de vos cœurs.

et à Leila, mon épouse

Tu es ma moitié, mon inspiration, ma motivation. Les mots ne suffisent pas pour te remercier de ce que tu m'apportes chaque jour. Merci aussi pour ton aide et tes encouragements durant ce travail.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	2
1. Histoire de l'évolution des classifications en soins primaires	2
2. La CIM 10	3
3. La CISP	4
4. Le Dictionnaire de Résultats de Consultation	4
4.1 Quatre positions diagnostiques	6
4.2 Des définitions précises	7
4.3 Une correspondance CIM10	8
4.5 L'incertitude du diagnostic	9
4.6 Le Diagnostic Critique	10
4.7 Les limites du DRC	11
5. Comparaison des trois outils en pratique clinique	11
6. La question de recherche	13
MATERIEL & METHODE	15
1. Les objectifs	15
2. Description de l'étude	15
2.1 Type d'étude	15
2.2 Population étudiée	15
2.3 Critères d'inclusion	15
2.4 Critères d'exclusion	16
2.5 Période de l'étude	16
3. Déroulé de l'étude	16
3.1 Constitution de l'échantillon	16
3.2 Contact des médecins	16
3.3 Contenu des entretiens	17
3.4 Recueil de données	18
3.5 Gestion et exploitation des résultats	18
RESULTATS	21
1. Description de la population étudiée	21
1.1 Ancienneté d'exercice et genre	21
1.2 Connaissance du DRC	21

1.3 Nomenclature utilisée pour la documentation du dossier médical	22
2. Résultats du groupe ne connaissant pas le DRC	22
2.1 Utilisation et connaissance des différentes nomenclatures en médecine générale ..	22
2.2 Les freins à la diffusion du DRC.....	23
2.3 Des propositions pour améliorer la diffusion du DRC	26
2.4 Intérêt éventuel pour le DRC.....	27
3. Résultats du groupe connaissant le DRC mais ne l'utilisant pas	29
3.1 Utilisation et connaissance des différentes nomenclatures en médecine générale ..	29
3.2 Les freins à l'utilisation du DRC	30
3.3 Des propositions pour améliorer la diffusion du DRC	33
3.4 Intérêt potentiel de l'utilisation du DRC	34
4. Résultats du groupe utilisant le DRC de façon régulière	35
4.1 Utilisation et connaissance des différentes nomenclatures en médecine générale ..	35
4.2 Les freins à la diffusion du DRC.....	36
4.3 Des propositions pour améliorer la diffusion du DRC	37
4.4 Intérêt potentiel que peut présenter l'utilisation du DRC	39
5. Synthèse des résultats	41
5.1 Intérêt dans l'utilisation du DRC	41
5.2 Les freins à la diffusion du DRC	43
5.3 Des propositions pour améliorer la diffusion du DRC.....	44
DISCUSSION	48
1. Limites de l'étude	48
2. Principaux freins à la diffusion du DRC.....	49
2.1 Comparaison avec les données de littérature	49
2.2 L'utilisation du texte libre	49
2.3 L'inertie au changement d'habitudes	50
2.4 La version papier, un frein à la diffusion du DRC	50
2.5 Le DRC, un outil complexe à maîtriser	51
2.6 Le DRC absent de la plupart des logiciels métiers	51
2.7 L'image d'une société savante	52
2.8 Le DRC absent de la formation initiale	52
3. Quelques propositions	53
3.1 Mettre en place une communication adaptée au médecin	53
3.2 Intégrer le DRC dans les logiciels métiers	54
3.3 Améliorer l'eDRC	55
3.4 Une formation précoce au DRC	55

3.5. Avoir une stratégie mercatique	57
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXES	68
RESUME	83
SERMENT D'HIPPOCRATE	84

INTRODUCTION

INTRODUCTION

1. Histoire de l'évolution des classifications en soins primaires

L'homme a toujours eu besoin de nommer les choses. Nommer, permet entre autre de faire exister et pouvoir caractériser un fait (1).

La maladie est une construction intellectuelle qui varie selon les cultures afin de nommer une réalité (2). En désignant cette réalité, le médecin peut décrire, appréhender et prendre en charge la plainte du patient. Dans le monde occidental, le concept de maladie repose essentiellement sur des notions de physiopathologie. Cette vision de la maladie a permis aux médecins de pouvoir communiquer en se fondant sur une observation commune (3).

Le fait de nommer entraîne la nécessité de classer, pour faciliter l'utilisation de la nomenclature. Ce besoin de classification est ancien et est même devenu une science, initialement issue de la biologie : la taxinomie (4). On évoque aussi la systématique. La nuance entre ces deux sciences est ténue. La taxinomie s'attache à nommer, décrire les objets alors que la systématique les classe, les ordonne, les hiérarchise.

En médecine, cette préoccupation n'est pas si ancienne. William Farr, médecin anglais qui contribua à l'éveil de l'épidémiologie et s'intéressa à la nosologie, écrivait en 1839(5) :

"Les avantages d'une nomenclature statistique uniforme, même imparfaite, sont si évidents qu'il est surprenant qu'aucune attention n'ait été accordée à sa mise en vigueur dans les tables mortuaires. En de nombreuses circonstances, chaque maladie a été désignée par trois ou quatre termes, et chaque terme a été appliqué à de nombreuses maladies différentes : des noms vagues et impropres ont été employés, ou bien des complications ont été enregistrées à la place des maladies primitives. Dans ce domaine de la recherche, la nomenclature est d'une importance aussi grande que les poids et mesures dans les sciences physiques, et elle doit être établie sans délai."

En médecine, différentes méthodes de classifications existent souvent mues par la spécialité médicale. L'importance et la nécessité des classifications classiques croissent avec l'augmentation de la connaissance médicale, la spécialisation de plus en plus grande et les innovations technologiques (6).

Le médecin, tout particulièrement le praticien généraliste, a donc besoin, pour faire face à ces vastes lexiques, de choisir une nomenclature adaptée à sa pratique. Le champ de la médecine générale est en effet bien spécifique : prise en charge des soins de premier

recours et de proximité, conduisant à gérer des troubles de santé peu différenciés et à des stades évolutifs précoces, contacts courts avec les patients, moyens techniques de diagnostic limités. Ces particularités font que nombre de décisions sont prises en situation de relative incertitude étiologique (7-10).

En soins primaires il existe trois principales classifications réellement utilisées :

2. La CIM 10

La CIM 10(11) ou Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Associés, malgré son origine liée aux causes de décès, est aujourd'hui la classification médicale internationale de référence. Tous les travaux de recherche de valeur internationale l'utilisent.

Elle répond à une démarche plus systématique que taxinomique. Elle repose sur les travaux de groupes de spécialistes qui prennent en compte des critères diagnostiques spécifiques, les nouveaux agents pathogènes et l'évolution des recensements pathologiques.

Les premiers travaux à son sujet remontent à 1893. La prochaine version de la CIM, la CIM-11 doit être soumise à l'Assemblée mondiale de la santé pour une publication publique prévue en 2015.

La CIM-10, recense près de 30 000 pathologies, comporte 21 chapitres, 10 000 rubriques, 3 volumes avec une structure de code à 1 lettre et 3 chiffres avec deux niveaux de classification et présente un double classement : étiologique et de localisation (tableau n°1).

Certain pays, comme le Canada ont fait une adaptation de la CIM. Il existe une version sur Internet pour rechercher un code en ligne (12).

Tableau I : Exemple d'une maladie classée dans la CIM-10

J00-J06 Affections aiguës des voies respiratoires supérieures
J00 Rhinopharyngite aiguë [rhume banal]
Rhinopharyngites aiguës [rhumes banaux] Coryza (aigu)
– Rhinite aiguë
– Rhinite infectieuse
– Rhinopharyngite SAI
– Rhinopharyngite infectieuse SAI
– Rhinorrhée aiguë
– Catarrhe (de(s)) nasal (chronique) aigu
– Catarrhe (de(s)) rhinopharyngé (chronique) aigu
– Coryza (aigu) (chronique)
– Infection (à) (de) rhinopharyngée (aiguë)
– Rhinite (catarrhale) aiguë
– Rhinite (catarrhale) infectieuse
– Rhinopharyngite (aiguë) (catarrhale) (congestive) (infectieuse) (purulente) (subaiguë)
– Rhume (banal)

3. La CISP

La Classification Internationale des Soins Primaires (CISP) (13,3) est la version française de l'International Classification of Primary Care (ICPC), développée par l'Organisation internationale des médecins généralistes (WONCA).

Elle appartient à la famille des classifications de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme classification associée à la CIM. Les définitions de la CISP sont construites à partir des axes de la Classification Internationale des Maladies (localisation et étiologie). La CISP-2, version la plus récente, comporte 687 rubriques sans les procédures, selon une classification bi-axiale.

Le premier axe est composé de 17 chapitres désignant chacun un appareil corporel (incluant les chapitres psychologique et social) et le second axe de sept composants (symptômes et plaintes, procédures diagnostiques et préventives, procédures thérapeutiques, résultats d'examens complémentaires, procédures administratives, références et autres motifs de contact, diagnostics et maladies).

4. Le Dictionnaire de Résultats de Consultation

Le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC) (14) a été développé par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) à partir des travaux de R.N. Braun, médecin généraliste autrichien(15,16). Celui-ci a observé et analysé sa pratique pendant plusieurs

années. Il a ainsi pu développer une théorie professionnelle dans laquelle il introduit, dans les années 70, la notion de risque dans la gestion de l'incertitude en médecine générale(18).

A partir des concepts novateurs de Braun (15-17), la SFMG prolongea de ce courant de pensée, en développant à partir de 1983, le DRC, dans le but de décrire la pratique des soins primaires. (19,20)

La SFMG est une société savante non syndicale, indépendante, œuvrant pour la promotion scientifique de la Médecine Générale. Elle est constituée de médecins généralistes et représente, avec le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), la France à la WONCA.

Le DRC répond à une démarche plus taxinomique que systématique, contrairement à la CIM. Il n'est pas à proprement parlé une classification, mais plutôt une nomenclature, correspondant à une liste de termes présentés par ordre alphabétique, qui correspondent aux situations cliniques les plus fréquentes en médecine de premier recours (21). Ces entités cliniques, appelées Résultat de Consultation (RC) (17), ne sont pas des motifs de consultation. Ils correspondent à la synthèse clinique de la démarche diagnostique du médecin généraliste, s'appuyant sur la certitude clinique. Le dictionnaire contient dans sa version 2010, 278 résultats de consultations recouvrant 95% de l'activité d'un médecin généraliste. Les trente RC les plus fréquemment relevés correspondent à 50% de la pratique usuelle (Figure n°1).

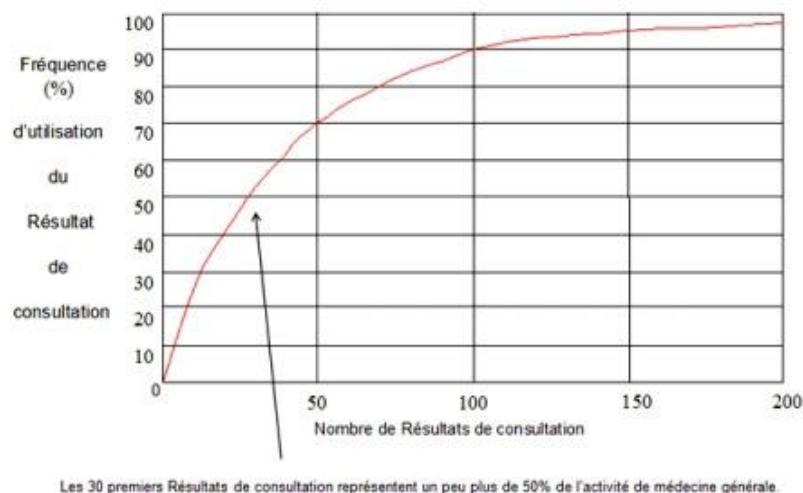


Figure n° 1 : Fréquence des RC dans la pratique du médecin généraliste

4.1 Quatre positions diagnostiques

Les RC sont classés en quatre catégories. En effet le médecin est confronté à 4 sortes de situations cliniques : symptôme (A), syndrome (B), tableau de maladie (C) et maladie confirmée (D). Cette classification en 4 niveaux est appelée : **position diagnostique** (Figure n°2). Devant une maladie confirmée, la situation clinique est fermée : le diagnostic est posé. En revanche, devant un symptôme ou un syndrome, la situation clinique est ouverte à plusieurs diagnostics possibles ou évolutions. La position diagnostique permet au médecin de garder l'esprit en éveil et de surveiller l'évolution. Cette notion d'ouverture vers une évolution éventuelle est primordiale. Elle évite au médecin de s'enfermer dans des conclusions erronées.

A : Symptôme Cardinal : par exemple une céphalée dont l'étiologie reste incertaine ou inconnue au bout de la démarche médicale.

B : Syndrome ou Groupe de Symptômes : par exemple un « état fébrile » qui compte parmi les RC les plus fréquents peut être une fièvre isolée comme un syndrome fébrile dont les symptômes associés ne pourront être attribués à aucune autre maladie proprement dite. Dans le cas d'une fièvre isolée, la position diagnostique se fera en A et dans le cas d'une association de symptômes celui-ci se fera en B.

C : Classification comme Tableau de Maladie avec une association de symptômes suffisants pour évoquer une entité morbide correspondant à une maladie dans la nosologie médicale mais pour laquelle il manque encore la confirmation étiologique comme par exemple une grossesse non confirmée par échographie ou dosage de BHCG.

D. : Cette position diagnostique correspond au diagnostic étiologique pour lequel les éléments cliniques et/ou complémentaires le rendent indiscutable.

Les différentes positions diagnostiques peuvent évoluer dans le sens $A > B > C > D$ mais pas dans le sens inverse.

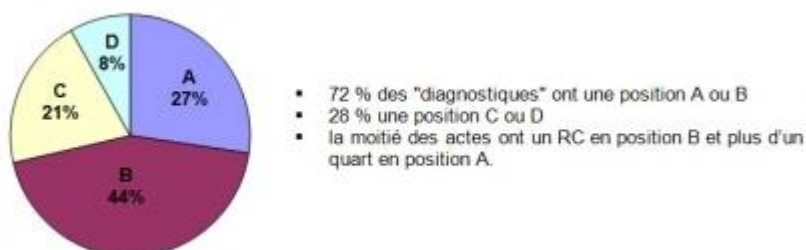


Figure n°2 : Répartition des 4 positions diagnostiques de l'ensemble des RC de 1993 à 2000

4.2 Des définitions précises

Chaque Résultat de consultation est individualisé par un titre et des **critères d'inclusion**, les rendant discriminant entre eux. Ceux-ci sont indispensables et vont suffire à eux seuls à valider le choix d'un RC. Les critères d'inclusion vont donc permettre de discriminer les différents RC (Figure n°3).

Afin de mieux décrire son observation, le praticien généraliste va utiliser des **compléments sémiologiques**, non indispensables dans le choix du RC, mais qui lui permettront, s'il le juge nécessaire, de préciser la clinique.

Le RC va aussi, grâce au **code suivi**, intégrer la notion du déroulement de l'histoire de la maladie (épisode de soin). Le médecin doit en effet préciser si le cas est nouveau (Code N) ou persistant (Code P). Enfin, le code R sera utilisé si le praticien trouve une nécessité à réviser la situation secondairement par un autre RC (22).

CYSTITES - CYSTALGIES	
DÉFINITION ++++ PLAINTES CONCERNANT LA MICTION ++2 BRULURES ou GÊNE à la MICTION ++2 PESANTEUR PELVIENNE ++1 majorée(s) en fin de miction ++1 permanente(s) ++2 POLLAKIURIE ++++ ABSENCE de DOULEUR LOMBAIRE PROVOQUÉE par la PALPATION ++++ TEMPÉRATURE INFÉRIEURE à 38° ou ABSENCE de SIGNE de FIÈVRE + - impériosités + - urines troubles + - hématurie macroscopique + - pyurie à l'examen cytotobactériologique des urines ou à la bandelette + - germes à l'examen cytotobactériologique des urines ou à la bandelette + - antécédents urinaires + - antécédents radicaux pelviens + - prise antérieure de médicaments cyto-toxiques + - récurrence RISQUE(S) CRITIQUE(S) ÉVITABLE(S) (RCE) CANCER LITHIASÉ URINAIRE MALFORMATION DES VOIES URINAIRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES PROSTATITE PYÉLONÉPHRITE AIGUË TUBERCULOSE URINAIRE POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S) C, D VOIR AUSSI ALGIE PELVIENNE BACTÉRIURIE – PYURIE DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE DYSURIE ÉTAT FEBRILE ÉTAT MORBIDE AFEBRILE HÉMATURIE LITHIASÉ URINAIRE POLLAKIURIE PROSTATE (HYPERTROPHIE) PYÉLONÉPHRITE AIGUË URÉTRITE VULVITE-VAGINITE	ARGUMENTAIRE Dénomination Le titre montre que la définition ne se limite pas à la pathologie infectieuse et qu'elle permet aussi de relever les cystalgies à urines claires. Critères d'inclusion La définition est organisée autour d'une plainte concernant la miction regroupant au moins deux des critères à choix multiples (BRULURES, PESANTEUR et POLLAKIURIE). Leurs différentes combinaisons permettent la discrimination entre ce résultat de consultation et les plus voisins, par exemple : ALGIE PELVIENNE, POLLAKIURIE, DYSURIE, URÉTRITE. Il est convenu de ne pas considérer comme FIÈVRE, une température inférieure ou égale à 38°. En revanche une température plus élevée fera discuter d'autres résultats de consultation : PYÉLONÉPHRITE, ÉTAT FEBRILE en particulier. Le critère ABSENCE DE DOULEUR LOMBAIRE permet la discrimination avec PYÉLONÉPHRITE. La notion de <u>provoquée par la palpation</u> a été ajoutée, car il peut exister une légère douleur spontanée à l'interrogatoire non retrouvée à l'examen clinique. Compléments sémiologiques L'hématurie macroscopique terminale est utile car fréquente. En revanche, l'hématurie microscopique éventuelle n'apporte rien à la définition. La pyurie et la bactériurie peuvent être découvertes à l'examen cytotobactériologique des urines mais aussi à la bandelette. Il est possible de signaler d'éventuelles causes iatrogènes (irradiation ou prise de médicaments). Voir aussi Certains résultats de consultation ne présentent qu'un seul signe cardinal comme POLLAKIURIE, DYSURIE, d'autres sont asymptomatiques comme BACTÉRIURIE - PYURIE, HÉMATURIE. En cas de leucorrhée ou vulvo-vaginite associées il faut les relever parallèlement par un résultat de consultation séparé : LEUCORRÉE ou VULVITE - VAGINITE. Position(s) diagnostique(s) C : Pour le tableau clinique. D : Si identification du germe. CORRESPONDANCE CIM – 10 N30.9 : Cystite, sans précision (code par défaut) N30.0 : Cystite aiguë N30.4 : Cystite due à une irradiation

Figure n°3 : Un exemple de RC

4.3 Une correspondance CIM10

Le DRC, afin de répondre à l'exigence de la communication entre médecins au niveau international a été apparié à la CIM-10. Le DRC a donc une **correspondance avec la CIM**. Ainsi chaque RC présente un ou plusieurs codes CIM-10 en fonction des critères retenus dans la définition (tableau n°2).

Ce travail a été réalisé en collaboration avec l'Association des utilisateurs des nomenclatures nationales et internationales de santé (Aunis). Jean-Pierre BODIN, qui a coordonné ce travail pour l'Aunis, précisait en préface de l'édition 2010 : (14)

« Vouloir décrire l'activité des médecins généralistes peut sembler une gageure... les motifs de contact ne permettent pas toujours d'aboutir à un diagnostic de certitude... La Société française de médecine générale (SFMG) est parvenue à dresser le panorama des Résultats de Consultations en constituant un catalogue de fiches... Exploiter les informations ainsi recueillies au cours de chaque consultation nécessite immanquablement (un) encodage. Il faut féliciter la SFMG du choix de la Cim-10 de l'OMS pour ce faire. Si elle est le standard international... la Cim-10 n'est cependant pas toujours très bien adaptée à l'exercice de la médecine générale. Les experts de la SFMG ... ont pourtant montré une maîtrise de cet outil que l'on souhaiterait plus répandue. Pour valider l'encodage de son catalogue, la SFMG a fait appel à l'Association des utilisateurs des nomenclatures nationales et internationales de santé (Aunis). Le travail a été effectué par cinq experts, coordonnés par un expert qui a assuré la cohérence des propositions de correction et la validation du document final. »

Tableau II : Correspondance CIM-10 pour le RC CYSTITE-CYSTALGIE

N30.9 Cystite, sans précision (code par défaut)

N30.4 Cystite due à une irradiation

N30.9 Cystite, sans précision

R39.8 Symptômes et signes relatifs à l'appareil urinaire, autres et non précisés

4.4 L'incertitude du diagnostic

Le médecin généraliste est confronté dans son exercice quotidien à plusieurs contraintes :

- il est face à des troubles de santé au stade précoce de leur évolution, qui correspondent rarement un tableau complet d'une maladie.
- il a des moyens diagnostiques limités, sans plateau technique.
- il est amené à prendre des décisions dans un temps court (18 minutes en moyenne).

Le médecin généraliste se trouve bien souvent, à l'issue de la consultation, dans l'incapacité d'avoir une certitude sur l'étiologie de la situation et/ou de son évolution vers une maladie.

En effet, 70% des consultations sont des situations non caractéristiques d'une maladie (21, 23-25). Ceci est appelé : l'incertitude du diagnostic.

Le praticien face à cette incertitude du diagnostic, s'expose alors à deux écueils : réduire le diagnostic au seul motif de consultation ou poser un diagnostic sans preuve.

Pour éviter ces deux écueils et afin de prendre des décisions adaptées, le médecin doit nommer précisément chaque tableau clinique qu'il prend en charge et évaluer le risque inhérent à chacune des situations cliniques. C'est la fonction du Résultat de consultation.

Bernard Grenier, Professeur émérite à la Faculté de Médecine de Tours, soulignait en préface de l'édition 1996 du dictionnaire : (14)

« ... La diversité et l'imprécision des informations disponibles ou raisonnablement accessibles que le médecin praticien est tenu d'exploiter pour établir la décision qu'il croit devoir prendre au sujet d'un patient déterminé, n'entrent pas, pour la majorité des cas, dans un cadre nosologique défini par la science contemporaine. Et cependant, dans notre société qui se veut juste et transparente, c'est sur de telles informations, incomplètes et incertaines, que le praticien doit pouvoir justifier, à la fois devant chaque patient et devant la collectivité, les risques et les avantages prévisibles et les ressources mises en jeu par sa décision d'action ou de non action. La triple exigence de rationalité, de transparence et de justification, exprime la nécessité d'une nouvelle modélisation à la fois celle des « situations diagnostiques » concrètes telles qu'elles sont rencontrées dans sa pratique professionnelle de la médecine de terrain, la médecine du « vrai monde », et celle des processus de décision... C'est précisément à (cette) tâche, que s'attache la Société Française de Médecine Générale. »

4.5 Le Diagnostic Critique

L'un des piliers de l'utilisation du DRC réside dans la gestion du risque en soins primaires. Le Diagnostic Critique (DiC) qui découle de la notion « d'évolution critique évitable » de Braun (15) permet d'évaluer le risque inhérent à chaque situation clinique. Dans sa démarche diagnostique, le médecin de premier recours est tenu de garder à l'esprit l'éventualité, souvent faible mais non nulle, d'une étiologie grave. Le danger est que le praticien n'évoque pas, devant le RC choisi, des maladies aux conséquences graves pouvant altérer l'état du patient. C'est le rôle de ces diagnostics critiques propres à chaque RC. La criticité, c'est-à-dire l'importance de chaque diagnostic critique, est calculée à partir des facteurs de gravité, d'urgence, de curabilité et de vulnérabilité. Le DiC sert au praticien à cibler sa démarche diagnostique afin de déceler « à temps » une maladie potentiellement déjà présente. Il aide le praticien à protéger son patient des conséquences dommageables de la maladie. C'est alors un outil de prévention de l'évolution d'une maladie non décelée et potentiellement grave qui pourrait être évitée par une intervention médicale adaptée (18).

Tableau III : La liste des Diagnostiques Critiques pour le RC CYSTITE-CYSTALGIE

DiC	Gravité	Urgence	Curabilité	Vulnérabilité	Criticité	Groupe
Cancer	100	1	3	1	300	**
Lithiase urinaire	30	1	3	1	90	*
Tumeur bénigne	30	1	3	1	90	*
Tuberculose	30	1	3	1	90	*
Infection parasitaire	30	1	3	1	90	*
Prolapsus urogénital	1	1	3	1	3	*
Psychogène	1	1	2	1	2	*

4.6 Les limites du DRC

Le DRC a aussi ses limites. Il est une exception française, et même dans ce pays il est encore très peu connu et utilisé ce qui nuit à sa reconnaissance internationale, contrairement à la CIM 10 et dans une moindre mesure, à la CISP, exploitée dans d'autres pays (Suisse, Italie, Allemagne, Brésil).

Le DRC ne doit pas enlever à l'esprit du praticien que le risque « zéro » n'existe pas. La fiabilité d'un outil ne doit pas entraîner chez le praticien un sentiment de diminution du risque. De même qu'il n'a pas pour objectif d'automatiser la pratique du médecin, celui-ci devant conserver sa capacité de discernement dans sa démarche réflexive.

5. Comparaison des trois outils en pratique clinique

Il est indiscutable que la CIM est, et restera, la classification de référence. Mais en pratique courante pour le praticien en consultation, la CIM reste un outil inadapté aux soins primaires et son utilisation en direct est complexe. La CIM, avec ses plus de 30000 "entrées", malgré les améliorations techniques d'accès sur Internet ou certains logiciels métiers, reste difficile à utiliser par le médecin de premier recours, face au patient, dans le temps de la consultation. Il serait, en effet, illusoire de penser que le médecin de premier recours puisse

relever dans le temps de la consultation, la définition la plus adaptée à la situation clinique parmi ces 30 000 définitions (26).

La CISP, est sans aucun doute bien plus adaptée que la CIM à l'exercice du généraliste. Elle est plus complète dans le relevé de l'activité que le DRC en intégrant des dimensions environnementales. En revanche elle est plus complexe à manier avec ses deux axes et son total de 678 "items". Bien que plus connue, en particulier au niveau international, la CISP est-elle plus connue des généralistes français ou plus fréquemment utilisée pendant le temps de consultation ?

On connaît les limites du DRC qui a une visibilité internationale limitée à la France voire à certains pays germanophones (Allemagne et Autriche). En revanche, son avantage majeur réside dans sa facilité d'utilisation en pratique quotidienne, grâce un nombre limité de définitions, spécifiques de la médecine de premier recours. Ce concept est bien adapté à la démarche diagnostique du praticien généraliste. Elle lui permet aussi la tenue aisée d'un dossier médical de qualité (figure n°4).

Paroles d'internes

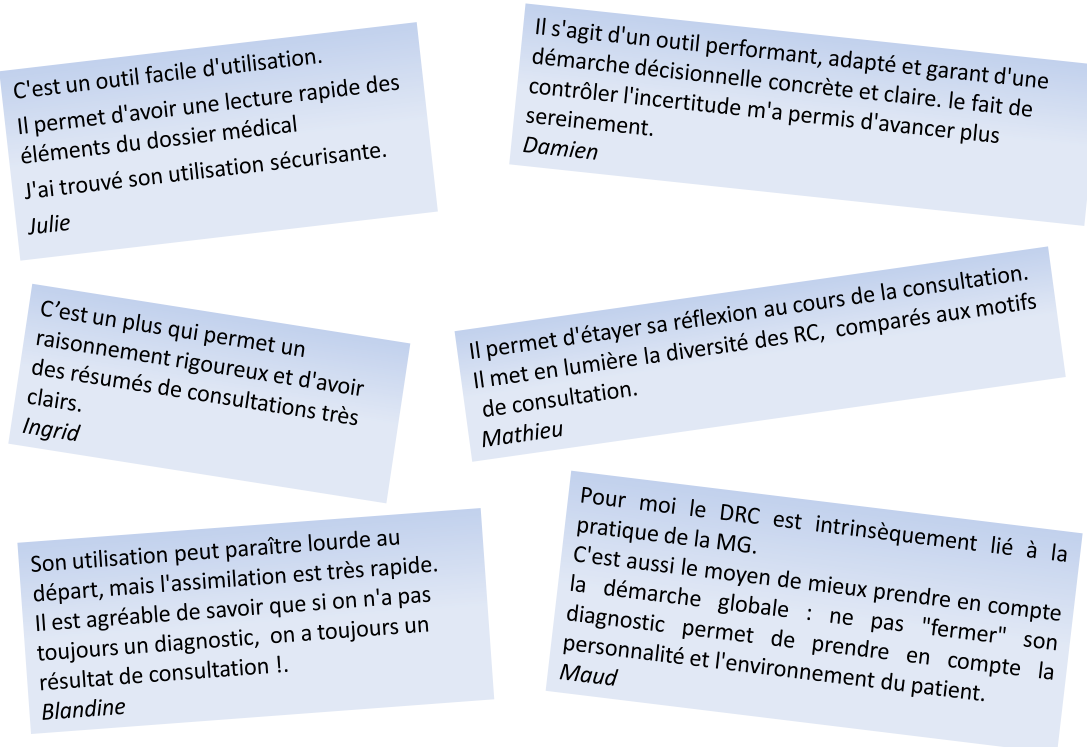


Figure n°4 : Quelques impressions d'internes ayant utilisés le DRC

6. La question de recherche

Notre étude s'intéressait donc à un paradoxe. Le DRC, outil conçu par une société savante française, membre de la WONCA, dans le souci d'accéder facilement à une nosologie adaptée à la pratique effective du praticien généraliste, est pourtant peu connu et peu utilisé en France.

Le but de ce travail était d'identifier les raisons de cette méconnaissance ou mauvaise diffusion et de tenter d'avancer des propositions d'amélioration.

Nous nous sommes donc posé la question de savoir s'il serait possible d'identifier les principales raisons de la sous utilisation du DRC et d'émettre des pistes concrètes d'amélioration.

MATERIEL ET METHODE

MATERIEL ET METHODE

1. Les objectifs

L'objectif principal de notre étude était d'identifier et d'analyser les oppositions et freins à la diffusion du DRC.

L'objectif secondaire était d'envisager des solutions d'amélioration de diffusion du DRC.

2. Description de l'étude

2.1 Type d'étude

Nous avons effectué une étude de type qualitative transversale, par entretiens individuels semi-dirigés, auprès de médecins généralistes volontaires (27). Nous avons opéré une triangulation des données qui a consisté à faire évoluer en partie le questionnaire en fonction des réponses successives, à constituer plusieurs groupes de médecins ayant un regard différent vis-à-vis du DRC et à faire un retour, à ces participants, des résultats de notre synthèse, avant de les confronter aux éventuelles données de littérature.

2.2 Population étudiée

Afin d'optimiser le recueil des freins et oppositions nous avons cherché à rencontrer des confrères ayant une connaissance du DRC la plus éparse. La population de notre étude comprenait donc des médecins généralistes classés en trois groupes :

1. Des praticiens qui ne connaissent pas du tout le DRC.
2. Des praticiens qui connaissent le DRC mais ne l'utilisent pas.
3. Des praticiens qui utilisent le DRC dans leur pratique quotidienne.

Nous avons veillé à inclure des confrères d'âges différents, d'internes en formation jusqu'à des médecins ayant une longue expérience.

Afin de compléter le recueil d'informations, nous avons aussi cherché à rencontrer plusieurs éditeurs de logiciels métier, ainsi que des départements de médecine générale dans les facultés de médecine.

2.3 Critères d'inclusion

Etait inclus tout médecin généraliste en activité ou en formation (internes) identifié au préalable, sur base du volontariat, après acceptation de participation à l'étude.

2.4 Critères d'exclusion

Nous avons exclu de notre population tout médecin ne donnant pas suite à la demande de participation après 3 tentatives de contact.

2.5 Période de l'étude

Ont été inclus dans notre étude tous les médecins voulant bien participer à notre enquête durant la période de juillet 2013 à novembre 2013.

3. Déroulé de l'étude

Notre étude s'est déroulée en étapes successives.

3.1 Constitution de l'échantillon

Le recrutement des médecins s'est opéré avec l'aide de la Société Française de Médecine Générale qui était en mesure d'identifier des confrères pour chaque groupe. Plusieurs médecins ont été sollicités dans les allées des Journées Nationales de la Médecine Générale, organisées chaque année à Paris par la Revue du Praticien, les 16 et 17 octobre 2013.

Les personnes interrogées ont été identifiées en fonction de leur groupe vis-à-vis du DRC. L'identification s'est faite soit par les enquêteurs qui connaissaient la position des participants éventuels préalablement ou à l'occasion d'un contact préliminaire avec un praticien (Appel téléphonique, Rencontre FMC, Groupe de Pairs).

3.2 Contact des médecins

Certains médecins ont été contactés directement, d'autres par mail :

Message adressé par mail

Docteur, je travaille, dans la cadre de ma thèse, en coopération avec le Docteur Jouteau sur les freins et oppositions à l'utilisation du Dictionnaire de Résultats de consultations dans la pratique quotidienne. Je souhaiterais connaître vos impressions quelle que soit votre connaissance ou votre avis vis-à-vis de cet outil. Les entretiens seront bien entendu anonymes. Merci de me donner votre accord par mail. Dans l'attente, je vous remercie.

3.3 Contenu des entretiens

Les entretiens ont été menés à l'aide d'une grille d'entretien dans une ligne semi directive qui veillait à laisser le débat ouvert. Les questions différaient légèrement en fonction de la connaissance ou non du DRC.

Groupe des praticiens qui connaissent le DRC, mais ne l'utilisent pas

- Comment documentez-vous votre dossier médical ? Utilisation une classification médicale autre que le DRC (CIM10, CISP...)
- En quoi pensez-vous que celui-ci ait une utilité supérieure en soins primaires ?
- Quels sont à vos yeux les défauts et limites du DRC qui font que vous ne l'utilisez pas ?
- Quelles sont les améliorations du DRC, s'ils existent qui vous feraient changer votre position sur celui-ci ?

Si besoin :

- Utiliseriez-vous le DRC si votre logiciel médical le rendait plus facile d'utilisation ?
- Changeriez-vous de logiciel médical pour vous en faciliter la pratique ?
- Accepteriez-vous de participer à une formation sur le DRC ?
- Avez-vous déjà entendu parler de la SFMG ? Avez-vous déjà visité leur site Web ?

Groupe des Praticiens qui ne connaissent pas du tout le DRC

- Comment documentez-vous votre dossier médical ? Utilisation une classification médicale autre que le DRC (CIM10, CISP...)
- Pour quelles raisons, selon vous, ne connaissez-vous pas le DRC ?
- Pensez-vous que l'utilisation d'un tel outil serait d'intérêt dans votre pratique ?
- Quelles sont vos craintes ?
- Comment rendre le DRC accessible aux Médecins Généralistes ?

Si besoin :

- Pensez-vous qu'une formation sur le DRC serait utile ?
- Quel type de formation serait selon vous la plus adaptée concernant le DRC ?
- Avez-vous déjà entendu parler de la SFMG ? Avez-vous déjà visité leur site Web ?

Groupe des Praticiens qui utilisent le DRC dans leur pratique quotidienne

- Pourquoi avez-vous choisi le DRC, dans votre pratique quotidienne ?
- Comment documentez-vous votre dossier médical ? Utilisation une classification médicale autre que le DRC (CIM10, CISP...)
- Que vous apporte cette utilisation et que peut-elle apporter en pratique quotidienne ?
- Quelles améliorations aimeriez-vous y apporter ?

- Comment expliquez-vous que peu de MG l'utilisent ?
- Quel est le pourcentage de temps consacré à l'utilisation du DRC, en moyenne, lors d'une consultation en Cabinet ?
- Comment expliquez-vous que plus de MG ne l'utilisent pas ?
- Comment rendre le DRC accessible à plus de aux Médecins Généralistes ?
- Quels sont, selon vous, les freins à son utilisation ? à sa diffusion ?
- Avez-vous discuté de l'intégration du DRC auprès des éditeurs de Logiciels médicaux ?
- Quel type de formation est selon vous la plus adaptée concernant le DRC ?

A l'issu du recueil d'une première analyse des résultats, nous avons adressé une synthèse aux participants leur demandant s'ils avaient des remarques à ajouter.

Message adressé par mail

Docteur, suite à notre entretien au sujet de l'utilisation du Dictionnaire des Résultats de consultation, je vous adresse une synthèse des principaux éléments relevés. Nous aimerions savoir si vous auriez des commentaires à ajouter ou des points à préciser ? Je vous en remercie.

3.4 Recueil de données

Notre étude consistait en des entretiens semi directionnels auprès des médecins inclus et se sont déroulés avec le support d'un questionnaire ouvert, soit par contact téléphonique, soit par courrier électronique, soit au cours d'une rencontre individuelle directe. Les entretiens étaient intégralement enregistrés à l'aide d'un magnétophone avec l'accord des médecins interviewés afin de minimiser la perte d'information occasionnée par la sténodactylographie. Etaient notés par écrit en parallèle, tout autre élément non verbal au cours de l'entretien. Les enregistrements ainsi obtenus ont ensuite été retranscrits par écrit sur ordinateur à l'aide du traitement de texte Microsoft Word® de la façon la plus fidèle et objective possible à l'enregistrement, en écoutant l'entretien.

Dans le cadre de la triangulation, nous avons dans un deuxième temps demandé aux participants de nous confirmer ou de préciser leurs idées par mail en leur envoyant la retranscription écrite de la synthèse de leur audition et la retranscription des verbatims relevés lors leur entretien afin d'écarter le biais d'interprétation.

3.5 Gestion et exploitation des résultats

Après le recueil de la synthèse des entretiens, nous avons ensuite utilisé pour l'analyse des

données le logiciel Microsoft Excel® afin d'identifier et de relever des idées émergentes à partir des tableaux de synthèse des entretiens et ainsi créer un système de codage, mettant en avant des thèmes saillants.

Les codes ainsi obtenus étaient regroupés en thèmes principaux et réorganisés, amenant parfois à faire émerger de nouvelles idées et à relire les verbatims afin d'opérer ainsi un regroupement thématique avec certains extraits choisis comme les plus significatifs ou pertinents, présentés dans la partie « Résultats » de ce travail.

RESULTATS

RESULTATS

1. Description de la population étudiée

Les 33 médecins interrogés étaient tous des médecins généralistes exerçant en France. Toutes les demandes d'entretien ont été acceptées. Lors de la triangulation, 2 participants ont modifié notre retranscription de l'entretien.

1.1 Ancienneté d'exercice et genre

On dénombrait 10 femmes et 23 hommes. En ce qui concerne l'ancienneté d'exercice on retrouvait 5 internes, 10 médecins installés en médecine générale depuis moins de 10 ans et 18 médecins depuis plus de 10 ans.

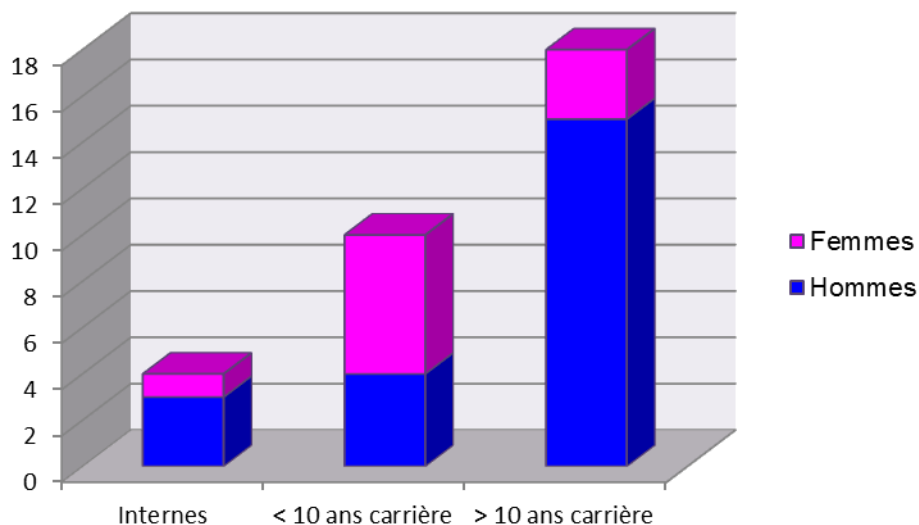


Figure n°5 : Description de l'échantillon selon le genre et l'ancienneté d'installation

1.2 Connaissance du DRC

Au sein de l'échantillon, 14 médecins ne connaissaient pas le DRC, 10 le connaissaient mais ne l'utilisaient pas actuellement et 9 l'utilisaient dans leur activité quotidienne.

Plus les médecins avaient d'expérience de la médecine générale, plus ils connaissaient le DRC. Les internes n'en avaient pour la plupart jamais entendu parler. (Tableau n°IV).

Tableau IV : Connaissance et utilisation du DRC en fonction de l'ancienneté de pratique				
Groupe	Total	Internes	< 10 ans	> 10 ans
Connaissent et utilisent	9	1	2	6
Connaissent et n'utilisent pas	10	0	3	7
Ne connaissent pas	14	4	5	5

La majorité de femmes interrogées ne connaissaient pas le DRC (Tableau n°V).

Tableau n° V : Connaissance et utilisation du DRC en fonction du genre			
Groupe	Total	Femmes	Hommes
Connaissent et utilisent	9	1	8
Connaissent sans utiliser	10	3	7
Ne connaissent pas/découvrent	14	6	8

1.3 Nomenclature utilisée pour la documentation du dossier médical

Sur un total de 33 médecins interrogés dans ce groupe, les 2/3 des médecins (21) documentaient le dossier médical uniquement en texte libre avec leur propre vocabulaire. Neuf médecins utilisaient le DRC, 1 la CIM10 et 2 la CISP.

Nous présentons ci-dessous une analyse des résultats en fonction des trois groupes de médecins, puis nous ferons une synthèse.

2. Résultats du groupe ne connaissant pas le DRC

2.1 Utilisation et connaissance des différentes nomenclatures

Dans ce groupe, 12 médecins sur 14 documentaient leur dossier médical en texte libre avec leurs propres mots. Seulement 1 médecin utilisait la CIM10 et 1 autre la CISP (Figure n°6).

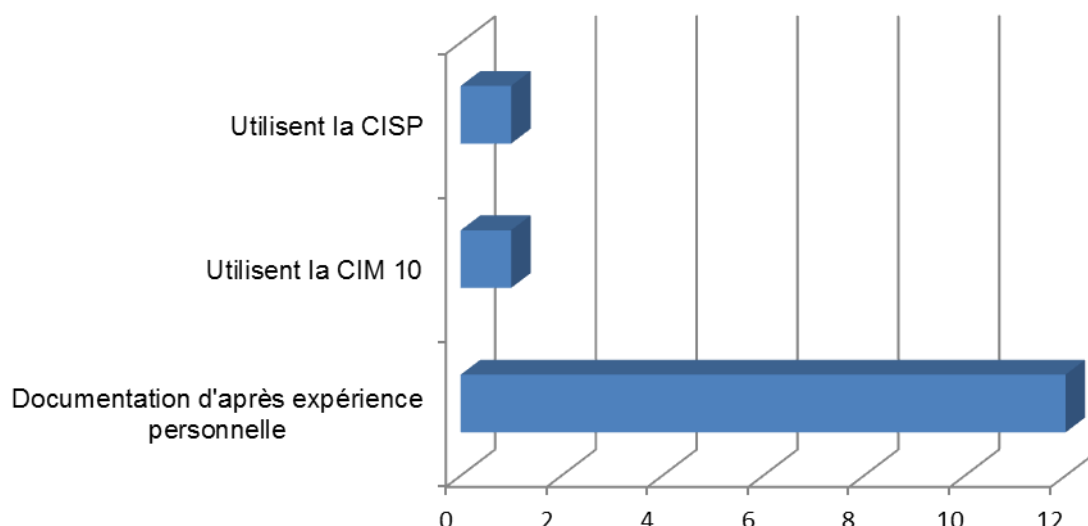


Figure 6 : Nomenclature utilisée par les médecins ne connaissant pas le DRC

Dans ce groupe, 4 praticiens ne connaissaient pas la CIM10, 9 la connaissaient mais ne l'utilisaient pas, trouvant cette classification trop complexe pour un usage en médecine générale. Un des praticiens utilisait la CIM10 et le DSMIV de façon régulière lors de ses consultations. Il s'agissait d'un médecin salarié, effectuant quelques remplacements en médecine générale.

Concernant la CISP seulement un des praticiens connaissait et utilisait cette nomenclature. Aucun des autres médecins de ce groupe ne la connaissait.

2.2 Les freins à la diffusion du DRC

Un total de 16 freins à la diffusion du DRC a été collecté dans ce groupe.

Le manque d'information des médecins généralistes sur le DRC a été cité à 11 reprises. Ce frein était souvent évoqué en premier. Les médecins avançaient l'argument d'une promotion insuffisante du DRC. Un praticien disait cela : « on travaille chacun de notre côté. Si on ne nous le propose pas, ce n'est pas nous qui irons le chercher » L'outil présenté lors des entretiens éveillaient leur curiosité.

La chronophagie de l'utilisation du DRC en consultation est citée à 5 reprises. Les praticiens semblaient craindre que l'utilisation du DRC rallonge le temps de la consultation qu'ils estiment limité.

L'effort nécessaire pour la formation au DRC est aussi évoqué 5 fois. Les praticiens avouaient que pour s'intéresser à un nouvel outil, il fallait y consacrer du temps. Cet effort de

changement pouvait constituer un frein. Cette idée est renforcée, à 4 reprises, par des praticiens qui soulignaient le mal qu'ils ont à concéder du temps à la formation.

Les médecins insistaient aussi sur les moyens d'utiliser le DRC, avec notamment la nécessité d'avoir un logiciel l'intégrant. Cette idée était évoquée 5 fois lors des entretiens. Un des médecins, installé depuis plus de 10 ans, déclarait : « Je n'ai pas envie de compliquer mon mode de fonctionnement, si le DRC est intégré dans le logiciel métier alors ça ne me pose pas de problème. »

Dans ce groupe, les praticiens avançaient aussi à 4 reprises le 1^{er} abord complexe de l'utilisation du DRC. Un des médecins déclarait être « repoussé par l'aspect compliqué du DRC ».

L'absence de l'enseignement du DRC à la faculté arrivait en quatrième position dans les raisons de sa méconnaissance. Les praticiens déclaraient que le DRC serait probablement mieux diffusé si les jeunes médecins en connaissaient l'existence dès leur formation initiale. Une interne, membre d'un syndicat représentant les internes en médecine générale disait : « Il faut le présenter aux internes aux congrès. »

Il était aussi allégué que les praticiens ne percevaient pas l'intérêt de la démarche et de l'utilisation du DRC. Un des praticiens disait : « Si c'est juste cocher des cases cela n'a aucun intérêt ». Un autre n'avait « pas compris l'intérêt de s'en servir et comment ».

Certains praticiens n'appréciaient pas l'aspect binaire du choix des critères proposés par le DRC et craignaient que cet aspect très technique des choses soit un danger pour leur pratique.

En dehors du problème de motivation à la formation au DRC, 2 praticiens disaient être freinés par le changement induit dans leurs habitudes car cet outil imposait une démarche et une nomenclature qui leur était étrangère.

La figure n°7, ci-dessous, regroupe tous les freins évoqués par ce groupe de médecins.

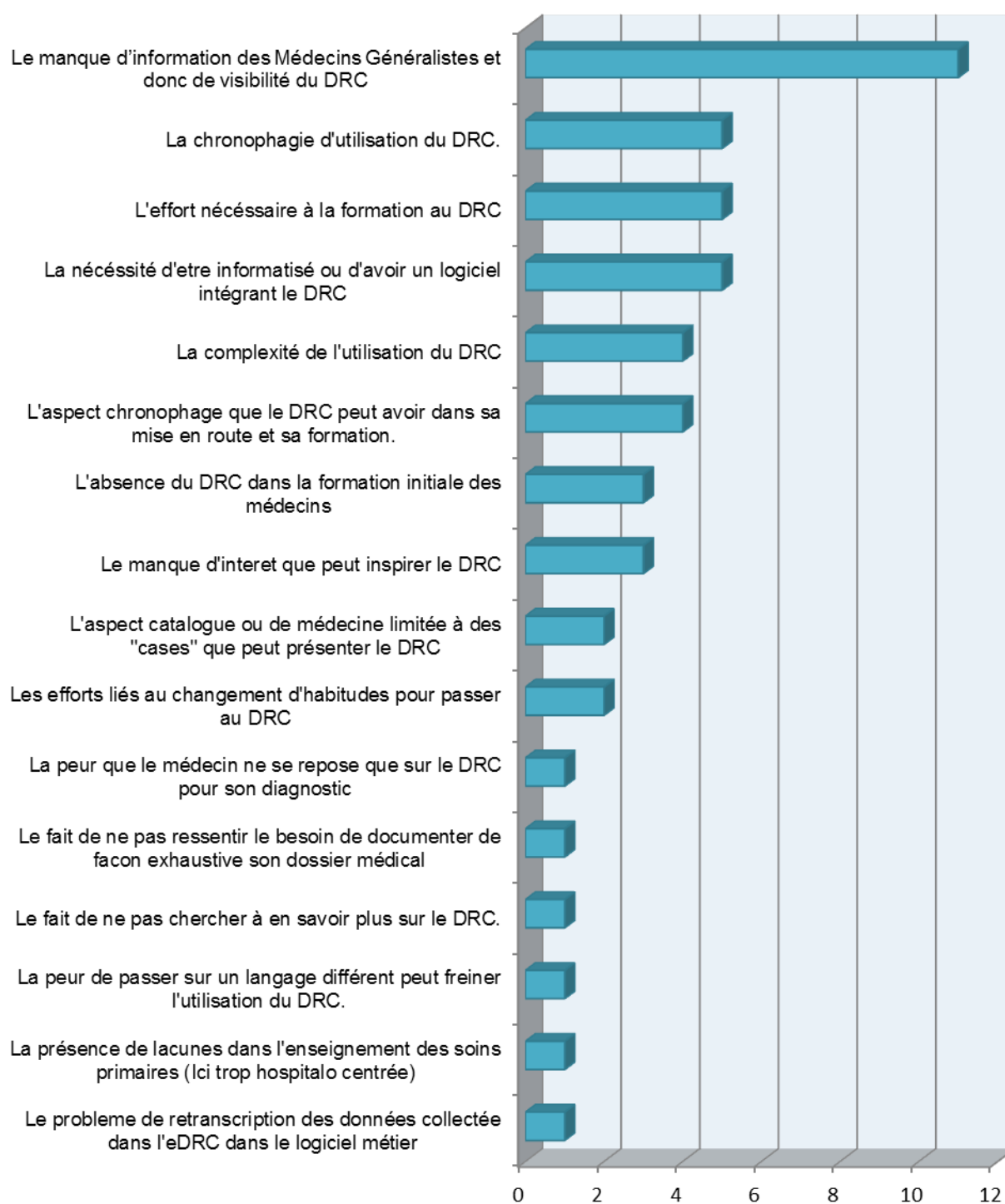


Figure 7 : Freins à l'utilisation du DRC dans le groupe des praticiens ne le connaissant pas

2.3 Des propositions pour améliorer la diffusion du DRC

La solution la plus fréquemment avancée était la mise en place de campagnes d'information et de formation du public médical au DRC (Tableau n°VI).

Tableau VI : Moyens de campagne d'information et de formation	
Par la participation de la SFMG aux congrès ou conférences avec présentation du DRC	4
Il faut utiliser des moyens modernes et rapides comme l'email ou l'internet, proposer des aides en lignes ou forums.	3
Il faut sensibiliser de façon globale, médecins installés, remplaçants et internes pour accroître la popularité du DRC	2
Il faut aller à la rencontre des Médecins Généralistes plutôt à leur cabinet « Si on ne nous le propose pas ce n'est pas nous qui irons le chercher »	2
Il faut utiliser un discours percutant pour accrocher les médecins car s'il y a trop de texte cela va à la poubelle	1

Les médecins de ce groupe ne précisaient cependant pas les modalités de formation qui seraient les plus efficaces à l'exception d'une interne membre d'un syndicat d'internes de médecine générale qui disait : « Il faut le présenter aux internes aux congrès. »

Nous avons donc tenté de préciser le moment le plus opportun pour la formation au DRC. Il semblerait que pour les praticiens ne connaissant pas le DRC, conformément aux freins qu'ils avançaient, la formation au DRC devrait intervenir préférentiellement lors de l'internat (Figure n°8).

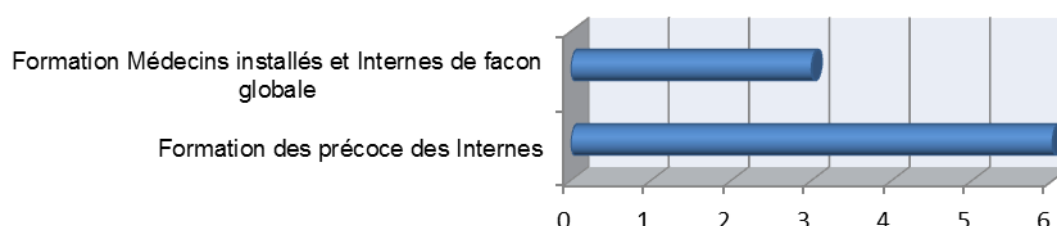


Figure 8 : Moment opportun pour la formation au DRC

Une autre solution était proposée 2 fois dans ce groupe : l'intégration du DRC dans leur logiciel métier, rassurante quant à la chronophagie du DRC évoquée. Un des médecins disait : « C'est quelque chose d'un peu chronophage. Il est évident que si le DRC était intégré dans mon logiciel métier ça m'intéresserait ».

Un des participants affirmait la nécessité de la SFMG de travailler sur cette lacune : « Faut trouver vous-même les moyens de le promouvoir ». Enfin un autre disait qu'il serait intéressant de le proposer aux médecins généralistes qui changeaient de logiciel métier.

On notait un faible nombre de solutions proposées dans ce groupe par rapport aux freins à la diffusion du DRC évoqués.

Nous avons pu regrouper les idées avancées par les médecins de ce groupe pour améliorer la diffusion du DRC, en 4 grands types de solutions (Figure n°9).

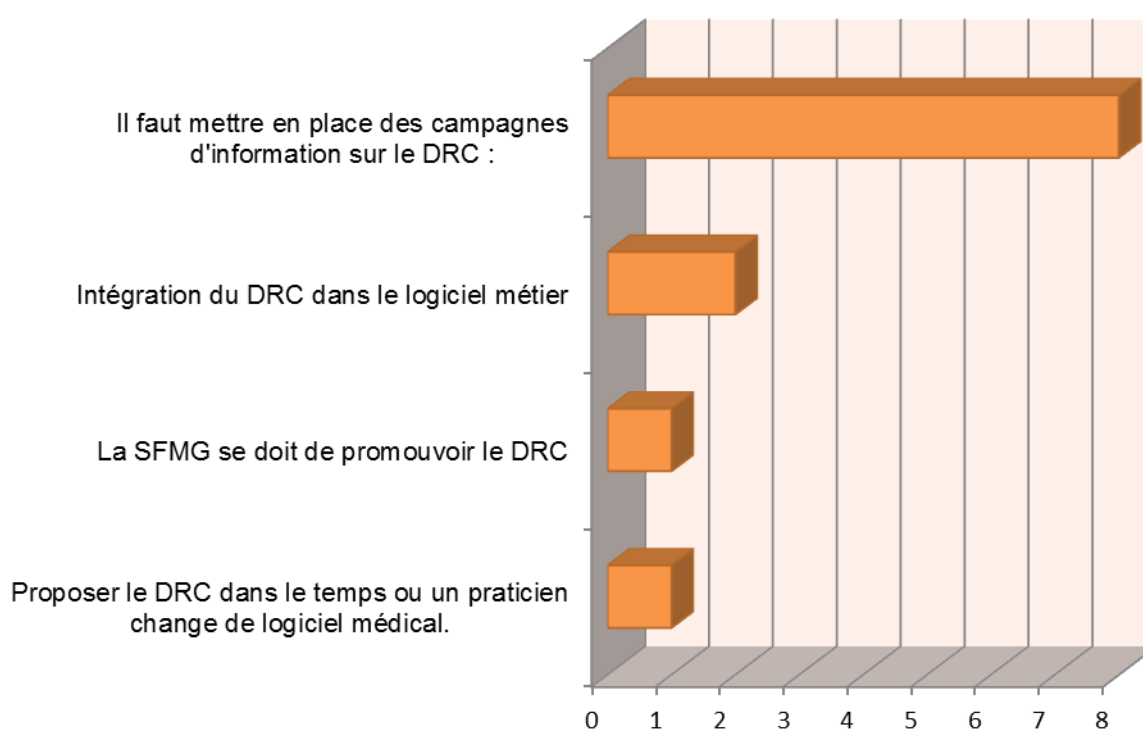


Figure 9 : Les améliorations de diffusion du DRC proposées par les non connaisseurs

2.4 Intérêt éventuel pour le DRC

Sur les 14 médecins de ce groupe, 4 disaient qu'ils ne trouvaient pas un intérêt suffisant au DRC pour s'engager dans son utilisation, 3 autres que le DRC pourrait leur permettre d'améliorer la documentation de leur dossier médical et 3 évoquaient son intérêt dans la recherche en médecine générale. Trois participants trouvaient que le DRC permettait de rassembler les médecins autour d'une identité en médecine générale, à travers un langage ou une démarche commune dans une profession où « on travaille chacun de notre côté ». Deux médecins estimaient pouvoir gagner du temps dans la documentation de leur dossier

grâce au module informatique du DRC et 2 trouvaient que cela leur faciliterait la saisie du dossier médical. Deux praticiens précisaient que grâce à la correspondance automatique CIM10, le DRC peut apporter un langage « pont » entre la médecine générale et les spécialités médicales et chirurgicales.

Neuf autres arguments soulignant l'intérêt du DRC ont été recensés, évoqués chacun à une reprise. L'ensemble de ces arguments est détaillé en figure n°10.

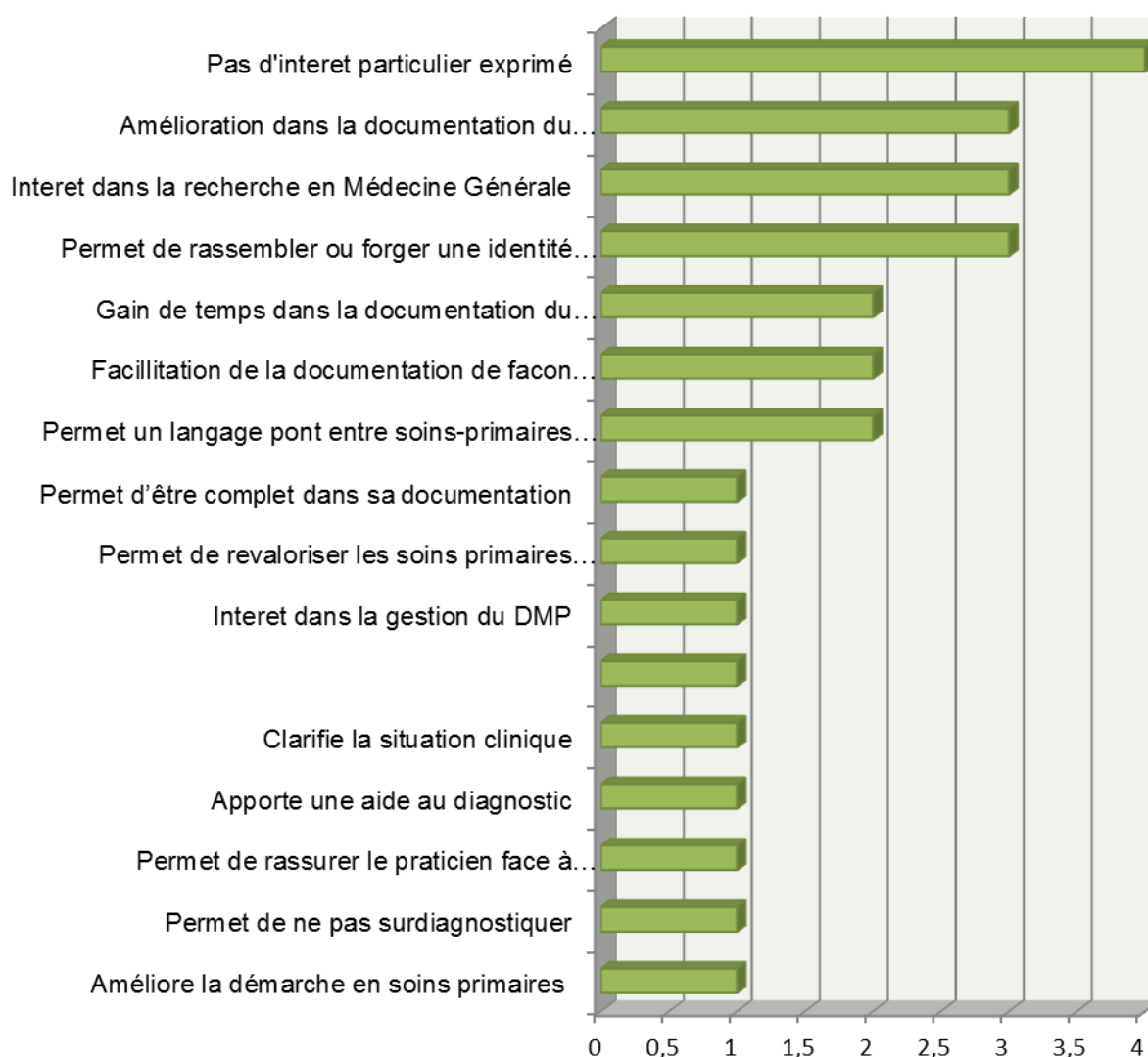


Figure 10 : Intérêts pour le DRC dans le groupe des praticiens ne le connaissant pas

3. Résultats du groupe connaissant le DRC mais ne l'utilisant pas

3.1 Utilisation et connaissance des différentes nomenclatures

Les 10 médecins de ce groupe connaissaient le DRC et l'avaient déjà utilisé sans l'intégrer dans leur pratique quotidienne.

Dans ce groupe, 9 des 10 médecins documentaient le dossier médical par du texte libre, selon leur expérience personnelle. Seulement 1 médecin utilisait la CISP et aucun des praticiens n'utilisait la CIM10. Enfin 2 médecins utilisaient très occasionnellement une nomenclature fournie dans leur logiciel métier car soumis à l'exploitation de leurs données par un contrat avec l'éditeur de leur logiciel.

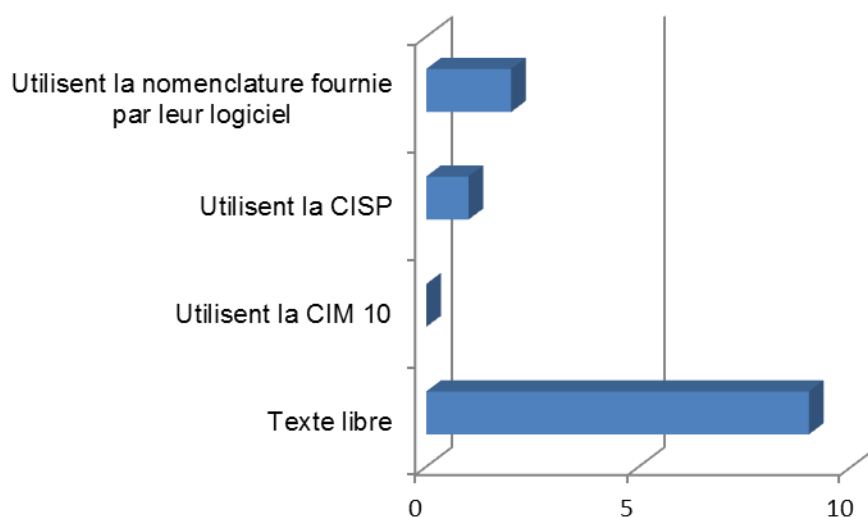


Figure 11 : Nomenclature utilisée chez les médecins connaissant le DRC mais ne l'utilisant pas

Dans ce groupe 6 praticiens connaissaient l'existence de la CIM10 mais ne l'utilisaient pas car la trouvaient trop complexe. Deux praticiens connaissaient la classification CISP mais seulement l'un d'eux l'utilisait de façon régulière, essentiellement dans un but pédagogique (formation des internes en stage).

3.2 Les freins à l'utilisation du DRC

Un total de 17 freins à la diffusion du DRC a été recueilli dans ce groupe. Le manque d'information ou de formation au DRC était mis en avant par 6 médecins. L'absence d'intégration du DRC dans le logiciel métier était un frein à sa diffusion pour 6 d'entre eux. Un des praticiens a dit : « Le jour où l'on me dit qu'il est intégré ou intégrable à mon logiciel métier, je l'installe et je le teste. Clairement ».

La réticence aux changements d'habitude et de pratiques était évoquée à 6 reprises. Un jeune praticien a dit : « On a tellement l'habitude du texte libre » et un autre : « J'ai 30 ans de carrière, je ne vais pas changer maintenant ».

Ils étaient aussi 6 à penser que le manque d'intérêt pour le DRC pouvait expliquer les raisons de sa mauvaise diffusion.

Le même nombre évoquait l'idée que le DRC était chronophage ou non intuitif dans son utilisation. Un des praticiens déclarait que « Les A, les C, les N, c'est pas très intuitif ». Un autre qualifiait le DRC de « Compliqué à utiliser avec la nécessité de s'habituer à l'outil ».

Un peu moins, 5, craignaient que la formation au DRC ne soit chronophage. Un jeune installé mettait la limite de temps de formation à une journée : « Si l'on me dit que c'est une journée de formation alors je réponds que je n'ai pas le temps ». Un praticien expérimenté répondait qu'il pourrait être intéressé par l'utilisation du DRC mais que : « La seule chose qui peut m'arrêter sur l'utilisation c'est le temps ».

Ils étaient 4 à souligner l'aspect répulsif de la version papier du DRC. Un praticien a affirmé que l'utilisation du DRC version papier : « C'était hors de question ». Certains (4) précisaient que la documentation en texte libre était plus adaptée à leur exercice.

La crainte que le DRC ne réduise la médecine à des cases ou que le praticien se limite à de la « technicité » a été citée à 3 reprises. Un médecin enseignant ajoutait que le DRC n'intégrait pas la dimension globale de la personne, ni la dimension de l'environnement du patient car il était surtout biomédical. Le Résultat de consultation ne peut donc pas se substituer au « diagnostic de situation ».

Ils étaient 3 praticiens à suggérer que le DRC souffrait des a priori sur la SFMG. La SFMG aurait l'image d'une société savante renfermée, élitiste et appartenant à un syndicat de médecine orienté politiquement : « La SFMG c'est bien, cependant il ne faut pas développer des corporations car la médecine souffre beaucoup des corporations ». Un autre disait que « La SFMG évoque MG France ». Un jeune installé déclarait : « Ils se considèrent d'un

autre monde en tant que Médecins Généralistes d'élite ». Une femme disait aussi : « Le site de la SFMG tel qu'il est donne l'impression d'un groupe d'intellectuels élitistes dans lequel le praticien ne se reconnaît pas ». Cette dernière ajoutait : « Depuis que ça existe il n'y a pas tellement de membres inclus, pourquoi ? ».

Trois médecins reconnaissaient que s'ils avaient eu connaissance de l'existence de la version électronique du DRC (eDRC), leur intérêt aurait été plus important : « Ça aurait été mieux la première fois qu'on m'a parlé du DRC de me présenter le module informatique au lieu de me dire : Tenez, prenez un bouquin ».

Enfin 2 praticiens évoquaient des freins d'ordre administratifs. Travaillant en association ou salariés, ils n'avaient le choix de leur logiciel métier et ne pouvaient imposer à leurs associés la documentation par le codage DRC surtout si les critères de sélection du RC n'apparaissent pas dans leur documentation.

Quelques autres freins étaient avancés à une seule reprise : Le DRC serait incomplet et imprécis, notamment sur la latéralité et le degré d'urgence, le DRC serait un outil se limitant à la France et il ne serait pas intégrable à la classification CISP.

L'absence du DRC dans l'enseignement universitaire est évoquée comme un frein à sa diffusion. Un praticien enseignant disait que : « L'esprit gaulois c'est bien dans Astérix, mais que l'université c'est l'universalité » et que « Le DRC est une vérité qui se limite à la France, mais il y a d'autres mondes et la médecine générale se veut universitaire ».

L'ensemble des arguments évoqués comme des freins à l'utilisation du DRC par les médecins connaissant le DRC mais ne l'utilisant pas sont regroupés dans la figure n°12.

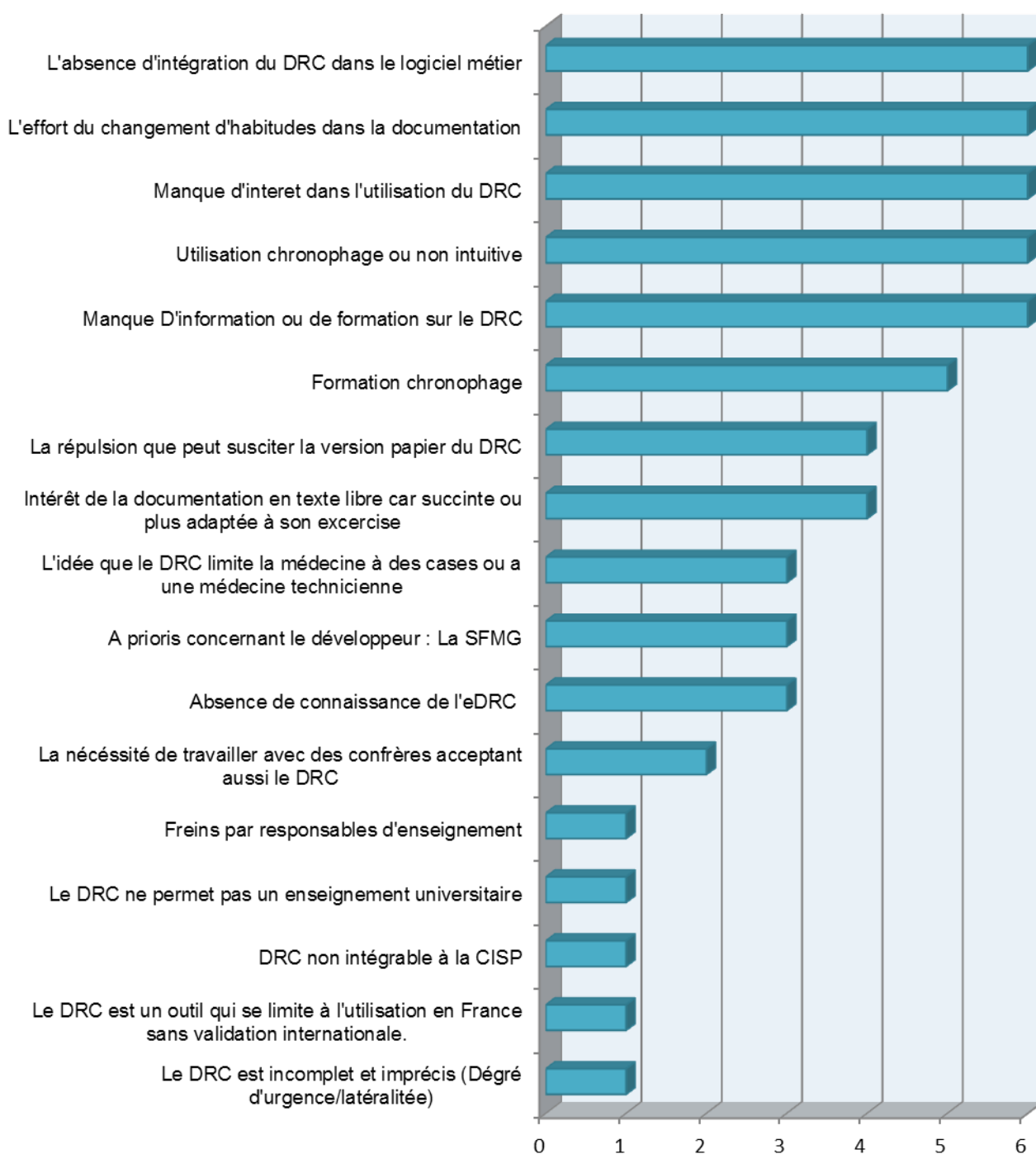


Figure 12 : Freins à l'utilisation du DRC chez les praticiens le connaissant mais n'utilisant pas

3.3 Des propositions pour améliorer la diffusion du DRC

Nous avons recueilli un total de 7 propositions d'amélioration de la diffusion du DRC dans ce groupe.

Cinq praticiens avançaient l'idée que l'amélioration de la diffusion du DRC devait passer par l'amélioration du DRC lui-même. Le tableau n° VII ci-dessous reprend les propositions d'amélioration du DRC suggérées par ces praticiens.

Tableau n° VII : Moyens de campagne d'information et de formation	
Faciliter la recherche du DRC/rendre l'eDRC plus intuitif	2
Intégrer le RC : Renouvellement d'Ordonnance	1
Intégrer certains scores (Wells, Epworth)	2
Intégrer des schémas (articulations douloureuses et synovites)	1
Intégrer certaines précisions (latéralité)	1

Cinq praticiens disaient que l'intégration du DRC dans le logiciel métier aiderait à promouvoir sa diffusion auprès des médecins généralistes.

Ils étaient 3 à évoquer qu'une formation précoce serait plus efficace pour améliorer la diffusion du DRC « La formation serait intéressante auprès des jeunes médecins ». Un participant précisait : « La formation universitaire si on veut l'appliquer ».

Deux déclaraient que c'est à la SFMG de travailler sur cette diffusion. Un des participants a dit : « Je ne me préoccupe pas de cela. »

A deux reprises était évoquée la nécessité de faire des campagnes d'information en allant à la rencontre du médecin généraliste à son cabinet.

Ils étaient 2 à souligner l'obligation d'acquérir une reconnaissance internationale en prouvant le bénéfice de son utilisation : « Si l'on veut promouvoir le DRC, il faut aller se confronter à des chercheurs internationaux. S'ouvrir par la recherche ». Il ajoutait : « Si la médecine générale, qui se veut universitaire, veut émerger, il ne faut pas qu'elle s'enferme dans quelque chose de locorégional ».

Enfin 2 praticiens disaient que l'avenir du DRC se trouvait dans un investissement plus important dans le module informatique du DRC.

Les propositions avancées, pour améliorer la diffusion du DRC, par les médecins connaissant le DRC mais ne l'utilisant pas, sont regroupées dans la figure n°13.

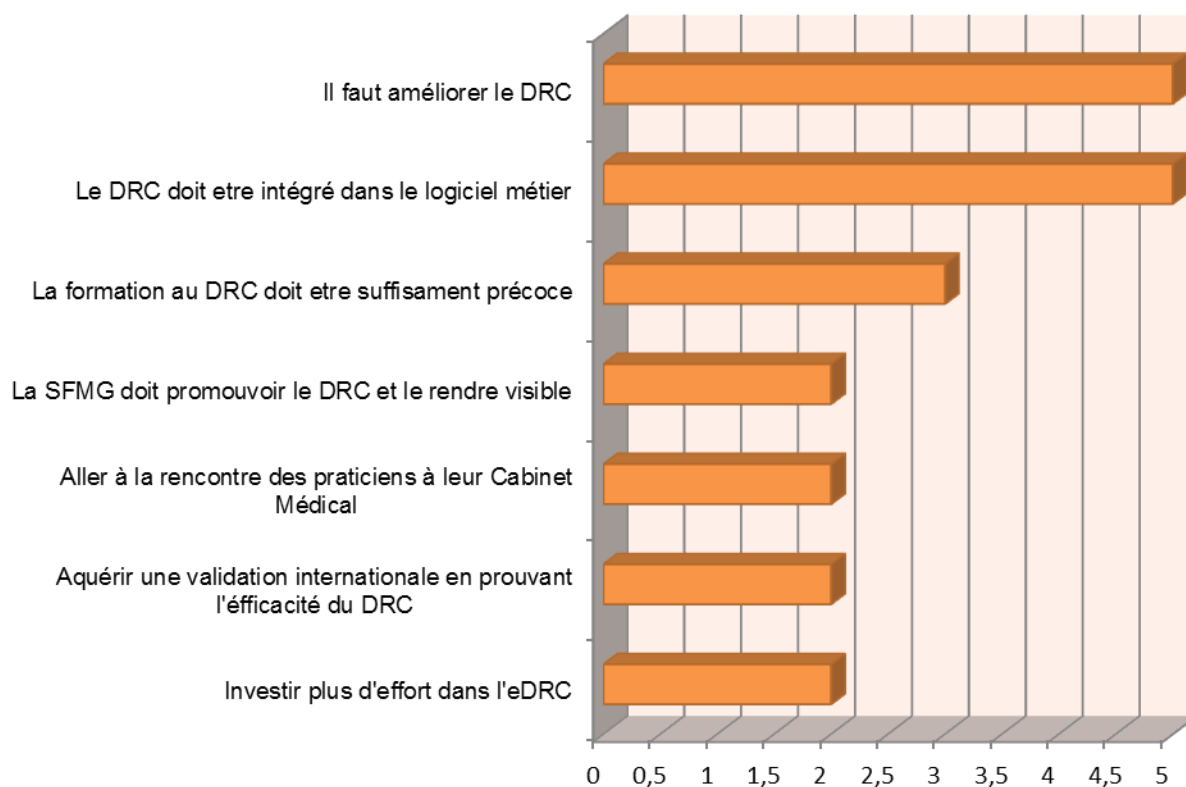


Figure 13 : Améliorations proposées dans le groupe connaissant le DRC sans l'utiliser

3.4 Intérêt potentiel de l'utilisation du DRC

Deux idées étaient particulièrement soulignées dans ce groupe : 6 praticiens disaient que le DRC pouvait leur permettre d'améliorer leur documentation médicale et 5 qu'il apportait un gain de temps dans cette documentation. L'un d'entre eux précisait : « Pour le suivi des patients chroniques le DRC peut permettre d'éviter d'oublier quelques symptômes ou d'omettre de les noter ». Un autre avançait l'idée que le DRC permettait une meilleure documentation grâce au langage commun entre les intervenants : « On a chacun sa mémoire, mais quand il y a quelqu'un qui passe derrière nous, l'information peut être limitée ou mal interprétée ». Côté pratique, un jeune interne disait : « Cocher des cases, ça va vite, plutôt que s'ennuyer à tout taper ».

Trois participants trouvaient que le DRC pouvait permettre de préciser l'identité des soins primaires en documentant la démarche médicale. Un médecin précisait : « le principe de la

démarche en soins primaires est différent de la formation qui est, elle, très hospitalo-centrée ».

Six autres intérêts dans l'usage du DRC étaient énoncés par les médecins interrogés. Ils étaient chacun retrouvés 1 fois dans le panel comme le montre la figure 14, ci-dessous.

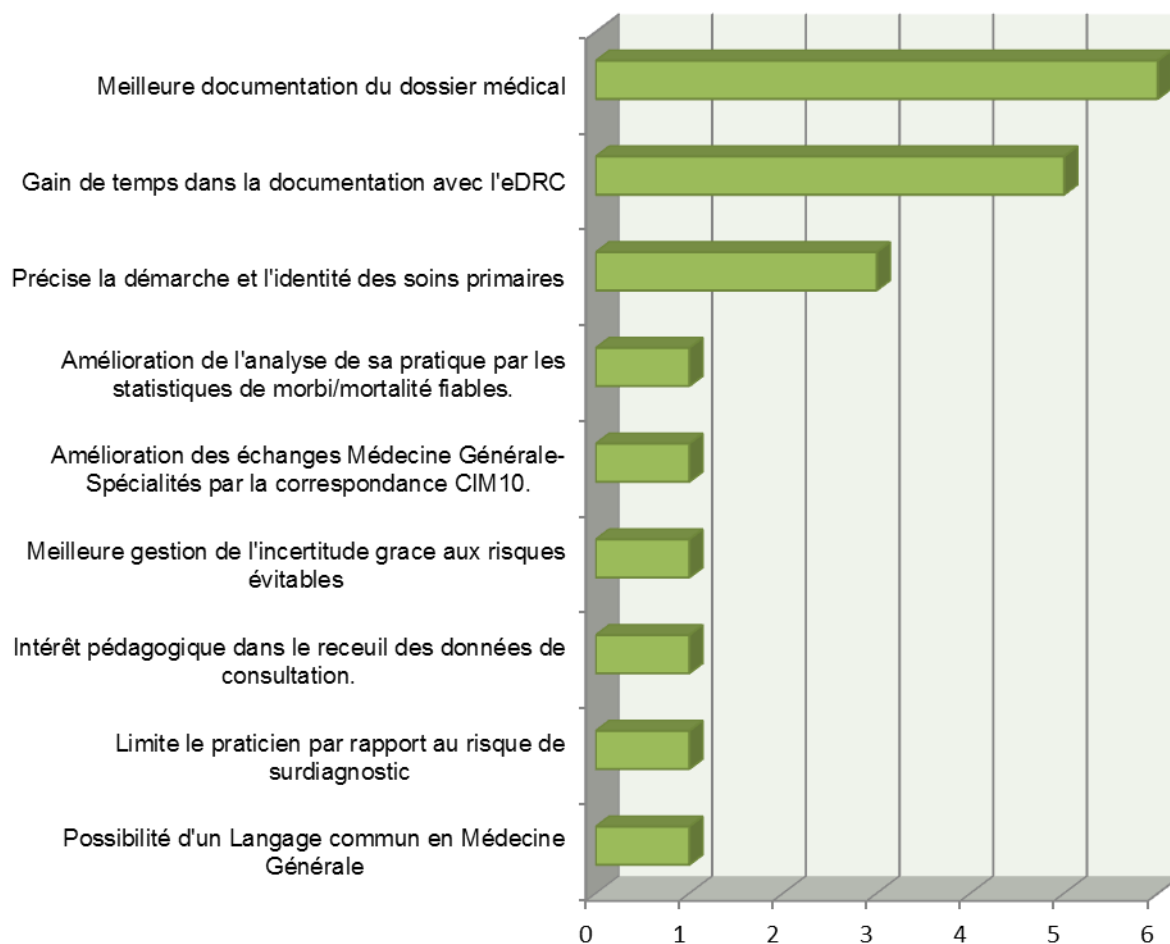


Figure 14 : Intérêt du DRC pour les praticiens connaissant le DRC mais ne l'utilisant pas

4. Résultats du groupe utilisant le DRC de façon régulière

4.1 Utilisation et connaissance des différentes nomenclatures

Les 9 médecins de ce groupe utilisaient le DRC de façon régulière dans leur pratique médicale.

Le DRC était surtout connu et utilisé par les praticiens membres de la SFMG, 8 des 9 praticiens de ce groupe sont adhérents à la SFMG. Le seul non adhérent de la SFMG précisait : « je fais 150 actes par semaine et j'utilise le DRC pour toutes mes consultations ».

Les 9 médecins du groupe connaissaient la CIM10 et 8 des 9 médecins connaissaient la CISP. Ils déclaraient utiliser quasi exclusivement le DRC. La CIM10 se retrouvait, dans la documentation des médecins par la correspondance automatique entre le DRC et la CIM10.

4.2 Les freins à la diffusion du DRC

Nous avons enregistré un total de 16 freins à la diffusion du DRC dans ce groupe, mais 4 étaient plus particulièrement marqués. Le défaut d'intégration du DRC dans les principaux logiciels métiers freinait sa diffusion selon 7 médecins. Six pensaient que l'absence de promotion du DRC par la SFMG était un frein à sa diffusion. Un des adhérents à la SFMG disait : « On ne prend pas assez le temps pour expliquer l'intérêt du DRC ». Six pensaient qu'il existait des lacunes dans la formation à la démarche en soins primaires, et que, les praticiens accordaient moins d'importance à la documentation par le DRC. Divers lobbys et « querelles de chapelle » entre la SFMG et d'autres organisations régissant le monde de la médecine générale représentaient des obstacles à la diffusion du DRC pour 7 d'entre eux. Un des participants précisait que pour lui les oppositions sont « probablement politiques avec une opposition systématique des utilisateurs de la CISP ».

Trois freins à la diffusion du DRC étaient cités à 3 reprises durant les entretiens. Le premier était que le manque d'intuitivité du DRC impliquait une formation obligatoire avant son utilisation. Le second était la peur du changement des médecins. Le troisième était que les médecins ne percevaient probablement pas l'intérêt de l'utilisation du DRC. Le verbatim recueilli durant cette enquête illustre ces idées avec notamment un praticien qui disait : « Si ce n'est pas intuitif dans son utilisation, c'est une plaie pour le praticien. ». Un autre expliquait : « Certains médecins ne voient pas l'utilité de s'intéresser au DRC avec les efforts que cela peut demander ». Un participant pensait que : « les médecins généralistes n'éprouvent pas la nécessité de structurer leurs données. »

Les 16 freins à la diffusion du DRC sont illustrés dans la figure 15 ci-dessous :

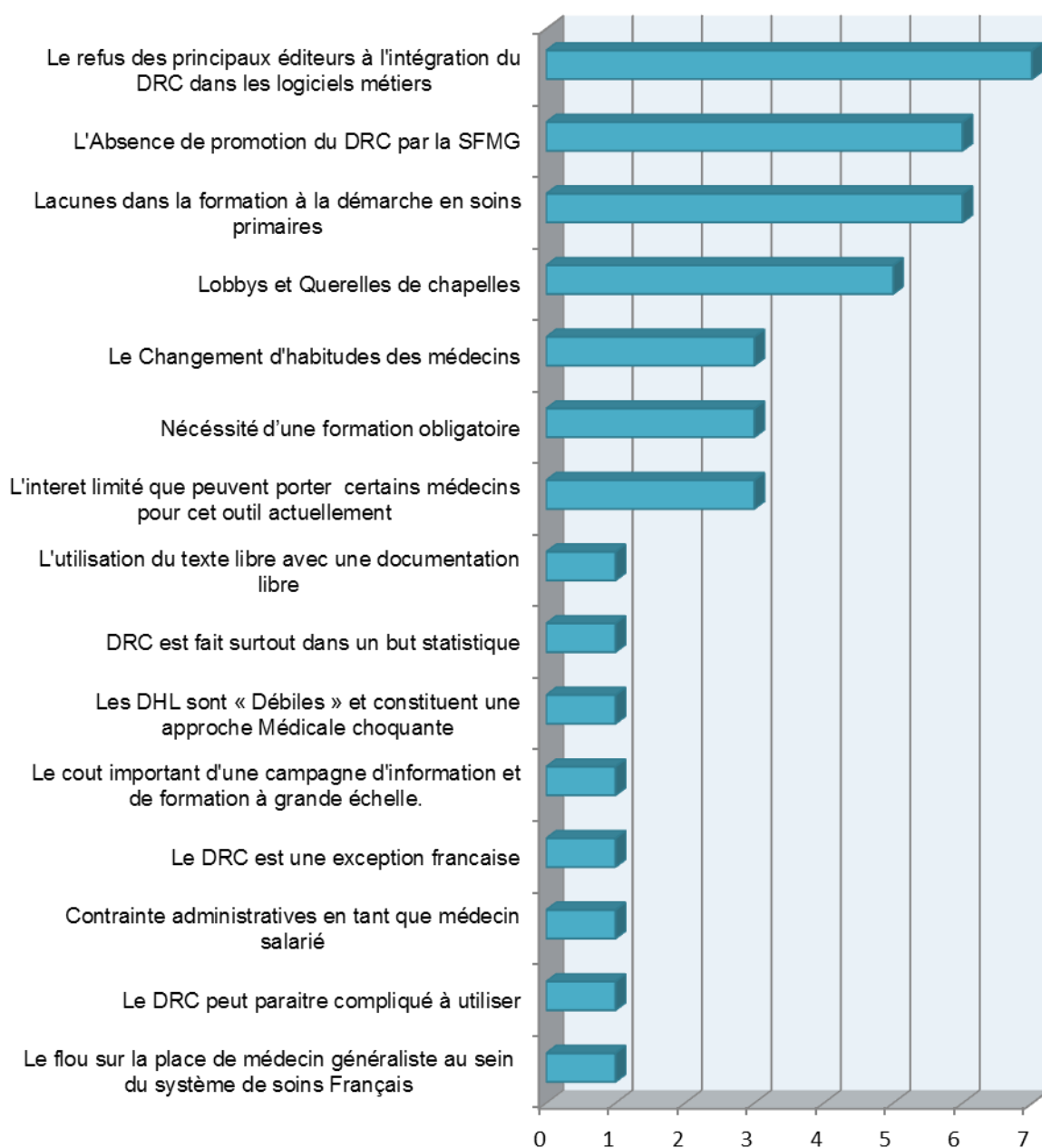


Figure 15 : Freins à l'utilisation du DRC dans le groupe des praticiens l'utilisant

4.3 Des propositions pour améliorer la diffusion du DRC

Parmi les quatorze propositions d'amélioration de diffusion du DRC suggérées, 4 semblaient se détacher.

Huit praticiens proposaient de former les jeunes médecins et leurs enseignants au DRC. Un praticien disait : « Le DRC devrait faire partie de l'enseignement en insistant sur le cours

théorique car c'est le concept qui est important. » Un praticien expliquait que pour pouvoir former les internes, « il faut former les maitres de stage ».

Huit praticiens pensaient qu'il était important que le DRC soit intégré dans les logiciels métier pour permettre sa diffusion. Un des participants précisait même que « le DRC doit être intégré sous sa forme complète avec les critères d'inclusion et non comme une liste résultats de consultation (RC) ». Dans ce groupe un enseignant ajoutait : « Il est important que le DRC soit présent dans les logiciels métiers pour que les médecins généralistes aient le choix, de l'utiliser, ou non, sans pour autant chercher le monopole. »

Sept praticiens insistaient sur la participation de la SFMG, qui se veut porteuse du DRC, à des congrès et journées de Médecine Générale afin d'y présenter le DRC.

Cinq praticiens de ce groupe insistaient sur l'importance de la version électronique (eDRC) une des clefs de la diffusion du DRC : « Ce n'est pas avec le bouquin que les médecins généralistes iront loin, ce n'est que le logiciel qui peut faire une différence. »

Le Tableau VIII ci-dessous reprend les propositions d'amélioration de la version électronique du DRC, l'eDRC, précisées par les participants de ce groupe.

Tableau VIII : Propositions d'amélioration de l'eDRC par les utilisateurs du DRC	
Développement des Diagnostics Etiologiques Critiques.	4
Amélioration de l'ergonomie de l'eDRC	3
Développement de la partie aide au diagnostic de l'eDRC.	1
Développement de la partie Psychiatrique et Intégration de la personnalité du Patient	1
Intégration d'outils diagnostiques dont certains scores (Wells/Epworth/LDL selon FDRCV)	1
Développer les tiroirs des Hors Liste	1
Proposer un module en ligne sans téléchargement	1
Proposer une démarche décisionnelle adaptée aux différents RC (C.A.T.)	1

En dehors de ces propositions d'amélioration de l'eDRC, 2 praticiens disaient qu'il serait intéressant d'intégrer certains scores cliniques dans les critères de certains résultats de consultation.

Deux participants précisaient qu'il était nécessaire de revoir la liste des RC, car la nomenclature actuelle n'était pas totalement adaptée à leur pratique habituelle.

Deux médecins revenaient sur la nécessité d'encourager la formation des médecins installés.

D'autres propositions de solutions à la diffusion du DRC ont été avancées à une fréquence limitée à un seul participant. Elles se trouvent dans la figure 16, ci-dessous.

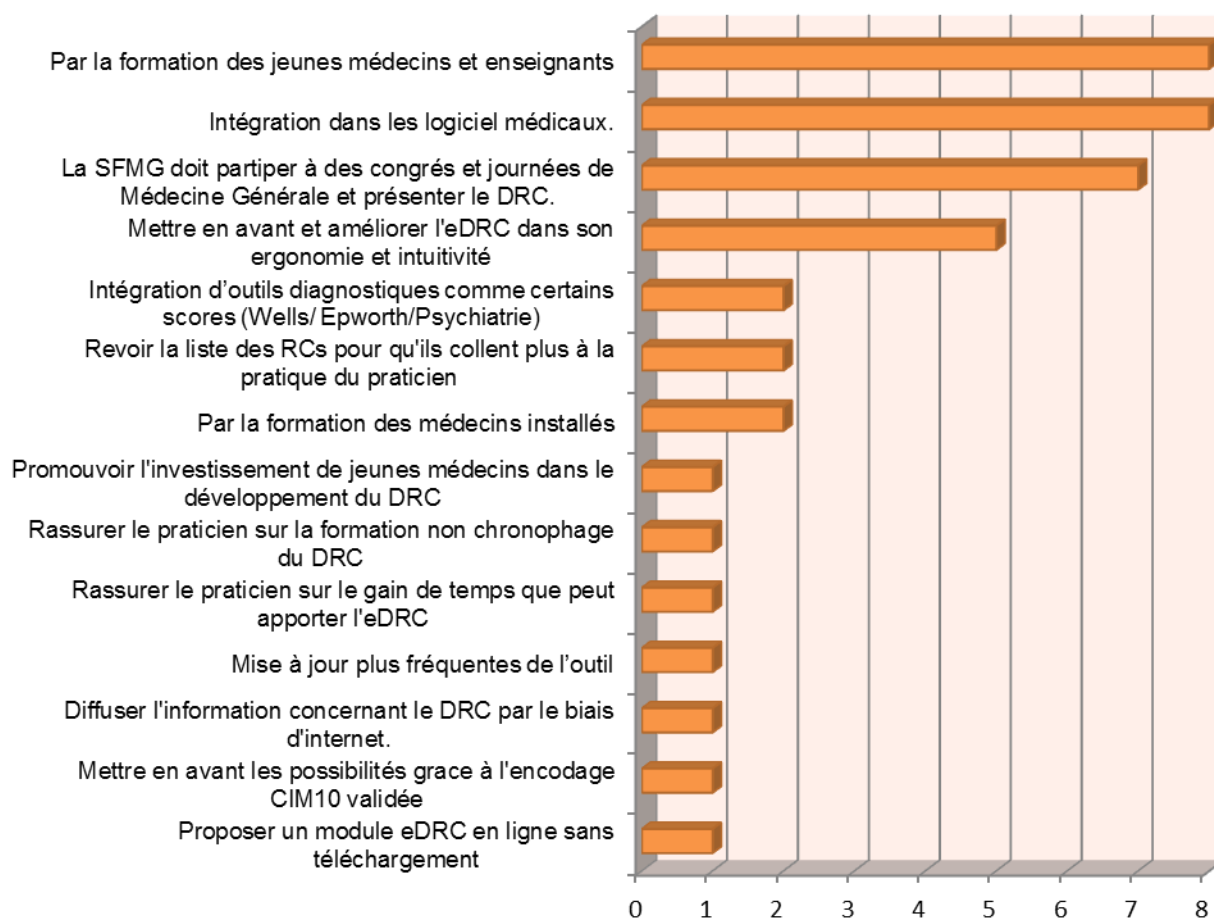


Figure 16 : Proposition d'amélioration dans le groupe des praticiens qui utilisent le DRC

4.4 Intérêt potentiel que peut présenter l'utilisation du DRC

Trois idées ressortaient dans ce groupe. Huit des 9 praticiens disaient que le DRC leur permettait d'améliorer la pratique des soins primaires en structurant le recueil des données de leur observation. Un l'expliquait en ces termes : « Le DRC m'a permis de comprendre ce que je faisais après 12 ans d'installation avec la découverte de la théorie professionnelle de Braun. Avant l'utilisation du DRC je fonctionnais d'une façon intuitive mais je ne comprenais pas ce que je faisais. Le DRC me permet de conceptualiser ma pratique. » Pour 7 médecins, il permettait de gagner du temps ou de faciliter la documentation. Cinq participants trouvaient que le DRC permettait une pratique des soins primaires moins anxiogène grâce à une meilleure gestion de l'incertitude rencontrée en médecine générale. Un jeune médecin remplaçant, expliquait cela en ces termes : « L'utilisation du DRC m'aide

à structurer ma réflexion médicale. Ma principale crainte lorsque j'ai débuté était de passer à côté d'un diagnostic grave ou du moins de ne pas y penser. Le doute me faisait peur. Avec le DRC, le doute est toujours présent, mais il est structuré et pondéré. Du coup c'est moins anxiogène. »

Trois praticiens trouvaient que le DRC était une nomenclature « vivante et évolutive ». Cela permettait donc au DRC de s'adapter aux différentes évolutions de la médecine générale et peut être même au contexte géographique et socio-économique.

Trois médecins déclaraient que le DRC permettait une démarche intellectuelle intéressante en certifiant son résultat de consultation avec des critères obligatoires. Trois praticiens pensaient que le DRC permettait d'avoir, au sein du dossier médical, un langage commun pour tous les intervenants « notamment en groupe de pairs et lors de remplacements ».

Deux d'entre eux avançaient que le DRC permettait de traiter individuellement les différents RC présentés par le patient avec un risque plus faible d'en omettre. Deux praticiens mettaient en avant l'intérêt de l'encodage automatique en CIM10 avec surtout l'idée d'un langage « pont entre les spécialités et les médecins généralistes ».

Trois autres intérêts dans l'usage du DRC étaient retrouvés dans ce groupe. Ils n'étaient chacun retrouvés qu'une fois dans le groupe comme le montre la figure 17 ci-dessous.

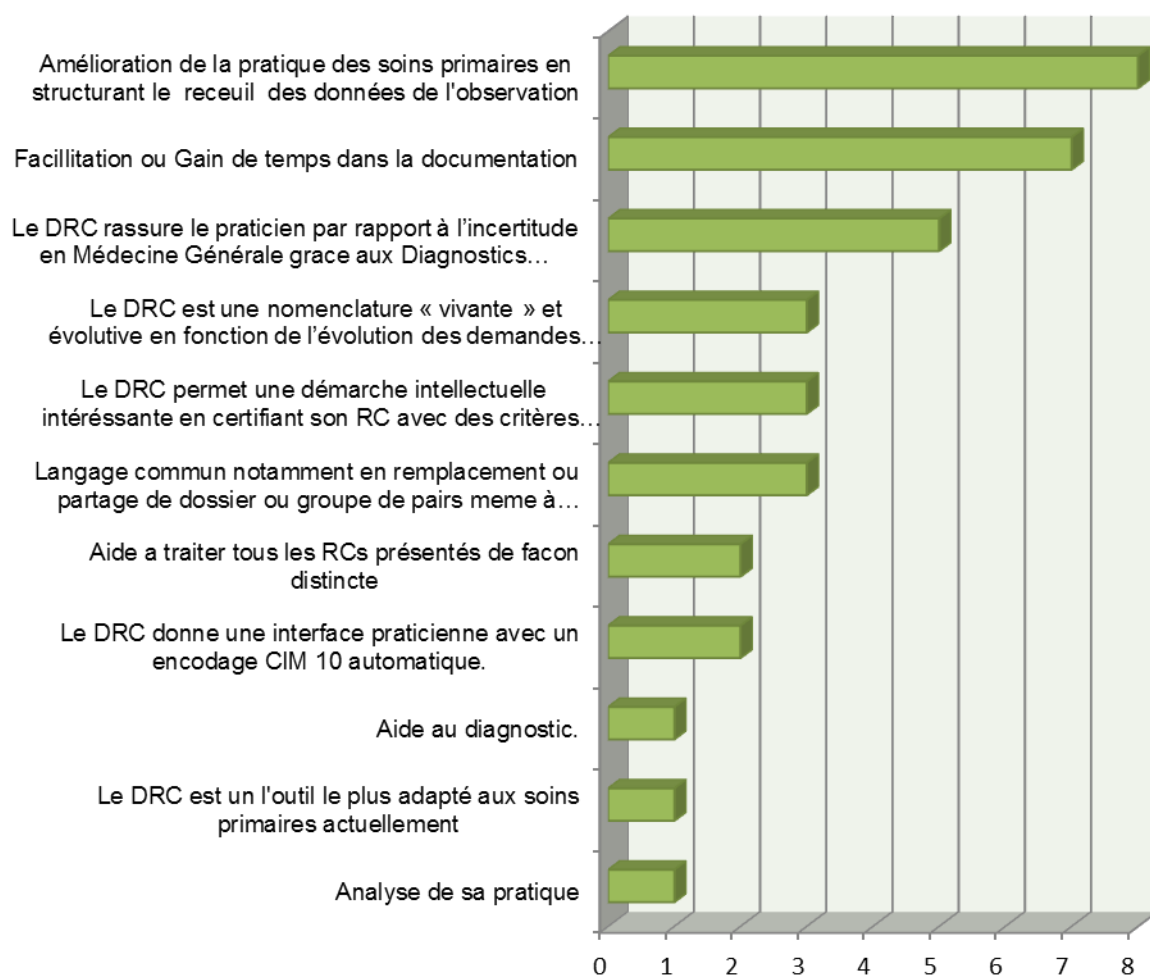


Figure 17 : Intérêt à l'utilisation du DRC dans le dans le groupe des utilisateurs du DRC

5. Synthèse des résultats

Nous nous proposons maintenant de faire une synthèse globale de l'ensemble des interviews des 33 médecins. Nous aborderons ce qui est considéré comme les points forts du DRC, puis les freins à sa diffusion ou à son utilisation et terminerons par une analyse des principales améliorations possibles.

5.1 Intérêt dans l'utilisation du DRC

Les principaux points forts avancés par les médecins interrogés quant à l'utilisation du DRC étaient de plusieurs types. Cet outil permettrait de bien structurer les données d'observation, améliorant la documentation de leur dossier médical. Le gain de temps ou la facilité dans la

documentation du dossier médical était clairement cité, à condition d'utiliser une version informatisée du DRC.

Un autre groupe d'arguments concernait la démarche médicale. Il était souligné que le DRC peut rendre la pratique moins anxiogène, grâce à l'aide qu'il apporte dans la gestion de l'incontournable incertitude du diagnostic, rencontrée en soins primaires.

Le concept de langage commun compréhensible et utilisable par tous les intervenants en médecine était mis en avant. Dans le même ordre d'idée, la correspondance entre le DRC et la CIM était avancée comme un point fort.

Pour mémoire nous présentons l'ensemble des arguments dans le tableau n°IX, ci-dessous.

Tableau IX : Intérêts de l'utilisation du DRC	
Amélioration de la pratique des soins primaires en structurant le recueil des données	23
Facilitation ou Gain de temps dans la documentation grâce à l'eDRC	16
Rassure le praticien par rapport à l'incertitude en Médecine Générale (Diagnostics Critiques)	7
Amélioration des échanges Médecine Générale-Spécialités par la correspondance CIM10	5
Langage commun partagé entre confrères et dans le temps	4
Pas d'intérêt particulier exprimé	4
Le DRC est une nomenclature « vivante » et évolutive	3
Démarche intellectuelle intéressante en certifiant son RC avec des critères obligatoires	3
Permet de rassembler ou forger une identité autour de la Médecine Générale	3
Intérêt dans la recherche en Médecine Générale	3
Limite le praticien par rapport au risque de sur diagnostic	2
Amélioration de l'analyse de sa pratique par les statistiques de morbi/mortalité fiables	2
Aide au diagnostic.	2
Aide à traiter tous les RCs présentés de façon distincte	2
Intérêt pédagogique dans le recueil des données de consultation.	1
Le DRC est un l'outil le plus adapté aux soins primaires actuellement	1
Intérêt dans la gestion du DMP	1
Permet de revaloriser les soins primaires auprès des hospitaliers	1

5.2 Les freins à la diffusion du DRC

Un total de 31 freins à la diffusion du DRC a été collecté durant notre enquête. Le premier frein avancé concernait le manque de publicité, d'information concernant le DRC et par conséquent son manque de visibilité.

Venaient ensuite les craintes quant à la difficulté de s'y acclimater. Ceci allant du temps nécessaire à sa formation, au changement de paradigme et d'habitudes qu'il supposerait en passant par la complexité apparente de son utilisation au quotidien.

Un autre type de frein essentiel résidait dans le fait que le DRC n'était pas ou était mal intégré dans l'ensemble des logiciels médicaux disponibles aux médecins.

La notion d'absence de reconnaissance institutionnelle (faculté) ou internationale (publications) était citée comme un frein possible à la généralisation de l'utilisation du DRC.

Enfin il semblerait que la notion de société savante soit confondue avec celle d'un syndicat, ce qui repousserait certains médecins. Dans le même ordre d'idée les querelles entre les différentes structures de médecine générale renforceraient cette méfiance.

Pour mémoire nous présentons l'ensemble des freins évoqués dans le tableau n°X.

Tableau X : Liste des freins à la diffusion du DRC	
Le manque d'information des Médecins Généralistes et donc de visibilité du DRC	17
Nécessité et aspect chronophage à la formation au DRC	17
L'intérêt limité que peuvent porter certains médecins pour cet outil actuellement	14
Nécessité du DRC dans un logiciel métier	11
La chronophagie d'utilisation du DRC.	11
Les efforts liés au changement d'habitudes pour passer au DRC	11
Lacunes dans la formation à la démarche en soins primaires	7
Logiciel non intuitif	7
Le refus des principaux éditeurs à l'intégration du DRC dans les logiciels métiers	7
Intérêt de la documentation en texte libre car succincte ou plus adaptée à son exercice	6
L'Absence de promotion du DRC par la SFMG	6
La complexité de l'utilisation du DRC	5
L'aspect catalogue ou de médecine limitée à des "cases" que peut présenter le DRC	5
Lobbys et Querelles de chapelles	5
La répulsion que peut susciter la version papier du DRC	4

L'absence du DRC dans la formation initiale des médecins	3
Contrainte administratives en tant que médecin salarié ou associé	3
Absence de connaissance de l'eDRC	3
Aprioris concernant le développeur : La SFMG	3
Le DRC est une exception française	2
Problème de retranscription de données collectées dans l'eDRC vers le logiciel métier	1
La peur de passer sur un langage différent	1
La crainte que les praticiens se reposent exclusivement sur le DRC pour le diagnostic	1
Le flou sur la place de médecin généraliste au sein du système de soins Français	1
Le cout important d'une campagne d'information et de formation à grande échelle	1
Le manque de développement des DHL	1
DRC trop adapté à des fins statistiques	1
Le DRC est incomplet et imprécis (Degré d'urgence/latéralité)	1
DRC non intégrable à la CISP	1
Le DRC ne permet pas un enseignement universitaire	1
Freins par responsables d'enseignement	1

5.3 Des propositions pour améliorer la diffusion du DRC

Nous avons recueilli au total de 15 propositions de solutions d'amélioration de la diffusion du DRC.

La solution la plus fréquemment proposée durant cette enquête était la mise en place de campagnes de communication, d'information sur l'existence du DRC. Les médecins avançaient des pistes (Tableau n° XI).

Tableau XI : Propositions de campagnes de communication

Par la participation aux congrès ou conférences avec présentation du DRC	11
Il faut une formation précoce au niveau des internes de médecine générale	11
Il faut aller à la rencontre des médecins généralistes plutôt à leur cabinet	5
Utiliser des moyens modernes, email ou Internet. (aides en lignes, des forums)	4
Sensibiliser de façon globale, médecins installés, remplaçants, internes	4
Utiliser un discours percutant pour accrocher les médecins.	1

L'intégration aux logiciels métiers était citée en deuxième en ordre de fréquence tous groupes confondus. Ces médecins insistaient sur la nécessité de prendre contact avec les éditeurs de logiciels

L'organisation incontournable de formations au DRC était évoquée par plus d'un tiers des médecins. Ils précisaient que cela pourrait avoir un effet boule de neige.

Enfin il était avancé par certains le besoin que la SFMG investisse plus de moyens au développement de l'eDRC afin d'améliorer la diffusion du DRC. Nous avons tenté d'explorer les différents moyens à mettre en œuvre pour améliorer cette version électronique (Tableau n° XII).

Tableau XII : Propositions pour améliorer l'eDRC	
Amélioration de l'ergonomie de l'eDRC	5
Intégration d'outils diagnostiques dont certains scores (Wells/Epworth/LDL selon FDRCV)	5
Développement des Diagnostics Etiologiques Critiques.	4
Intégrer des schémas (exemple articulations douloureuses ou inflammatoires) et latéralité	2
Développement de la partie aide au diagnostic de l'eDRC.	1
Développement de la partie Psychiatrique et Intégration de la personnalité du Patient	1
Développer les tiroirs DHL	1
Proposer un module en ligne sans téléchargement	1
Proposer une démarche décisionnelle adaptée aux différents RCs. (C.A.T.)	1

Quelques médecins pensaient qu'un effort devrait être fait pour montrer que le DRC soit adapté à la pratique de la médecine générale, car celui-ci est trop souvent perçu comme étant très théorique et peu accessible en pratique quotidienne.

Pour mémoire nous avons regroupé les principales propositions de solution dans le tableau n°XIII.

Tableau XIII : Solutions pour améliorer la diffusion du DRC

Il faut mettre en place des campagnes d'information sur le DRC **	18
Intégration du DRC dans le logiciel métier	15
Par la formation des médecins au DRC	13
En améliorant le DRC *	9
Mettre un investissement plus important sur l'eDRC***	9
Intégration d'outils diagnostiques comme certains scores (Wells/ Epworth/Psychiatrie)	4
Rendre le DRC plus pratique et moins théorique	2
Acquérir une validation internationale en prouvant l'efficacité du DRC	2
Proposer le DRC dans le temps ou un praticien change de logiciel médical.	1
Il faut rendre le site de la SFMG plus intéressant et donner plus de visibilité au DRC.	1
Proposer un module eDRC en ligne sans téléchargement	1
Mettre en avant les possibilités grâce à l'encodage CIM10 validée	1
Rassurer le praticien sur le gain de temps que peut apporter l'eDRC	1
Rassurer le praticien sur la formation non chronophage du DRC	1
Promouvoir l'investissement de jeunes médecins dans le développement du DRC	1

DISCUSSION

DISCUSSION

1. Limites de l'étude

Nous pouvons identifier plusieurs biais et limites dans notre travail.

Afin de pouvoir équilibrer les différents groupes, les participants avaient été identifiés et sélectionnés par rapport à leur connaissance et utilisation du DRC ce qui a pu engendrer un biais de sélection. Il nous a cependant paru nécessaire de pouvoir recueillir dans le cadre de cette étude qualitative, les différentes opinions de praticiens par rapport au DRC en fonction de leur connaissance voire même opposition à cet outil.

Par ailleurs, nous avons interrogé certains médecins que nous connaissions déjà. Cela peut avoir eu une influence sur leurs réponses, sans savoir si cela a favorisé, ou non, l'authenticité des confidences.

Les entretiens ont été enregistrés sur support audio numérique, afin de permettre une analyse fidèle de l'entretien et de la retranscription verbatim. Beaucoup de praticiens interrogés nous ont confié leur impression sur la SFMG seulement une fois l'entretien terminé, et l'enregistreur éteint. Nous n'avons donc pas pu explorer les rapports qu'ont les praticiens à cette société savante dans le détail, bien que cela ne soit pas au centre de notre sujet.

Le manque d'expérience dans la tenue d'une étude qualitative, avec sa méthode propre nous a posé quelques difficultés. Le manque de recul et la faible durée des entretiens a pu entacher l'exhaustivité du recueil. En revanche, l'indépendance et la neutralité de l'enquêteur par rapport au DRC et à la SFMG ont été un point fort renforçant l'objectivité du traitement des données recueillis.

Certaines questions concernant la documentation du dossier peuvent avoir mis les médecins interviewés en délicatesse par crainte d'être jugés, malgré la garantie l'anonymat. .

Enfin, nous avons rencontré une difficulté, que nous connaissions initialement, pour comparer nos résultats aux données de la littérature. En effet, notre sujet étant très spécifique nous n'avons pas retrouvé d'études antérieures ou comparables portant sur le DRC ou d'autres nomenclatures ou classifications (28).

2. Principaux freins à la diffusion du DRC

2.1 Comparaison avec les données de littérature

La thèse de Busidan (29) sur la pratique du codage des données de consultation par les médecins généralistes des structures pluri-professionnelles de soins primaires en Île-de-France en 2012 retrouvait certains de nos résultats concernant les freins à la documentation du dossier médical. Cette étude souligne aussi trois principaux freins au codage : Le manque de formation, la crainte d'une certaine chronophagie et le fait que les logiciels métiers ne soient pas fonctionnels pour le codage. Notre étude retrouve ces éléments.

2.2 L'utilisation du texte libre

Notre étude corrobore les conclusions de l'ANAES en 1996 (28). L'utilisation du texte libre, pour documenter son dossier médical, reste largement majoritaire chez les médecins généralistes français. Elle est considérée comme « plus adaptée » à leur exercice quotidien. Lors de l'état des lieux de l'ANAES il ressort des études que les données contenues dans les dossiers sont avant tout à usage interne (30-32). Les médecins utilisent les dossiers comme aide-mémoire, et notent les informations qu'ils estiment nécessaires pour la suite de la prise en charge, sans se soucier de transcrire fidèlement les actions qu'ils accomplissent. Cette habitude d'utilisation du texte libre explique probablement la résistance des médecins à l'utilisation d'une nomenclature vécue comme « extérieure à eux ». L'étude de Busidan confirmait aussi cette tendance avec 1/3 des médecins, qui, ayant la possibilité de coder, ne le faisaient pas (29).

Nous avons constaté dans notre étude que les praticiens qui utilisent le DRC connaissent aussi majoritairement les autres classifications comme la CIM10 et la CISP. Nous pouvons en conclure qu'ils ont choisi le DRC en connaissance de cause. En revanche, les praticiens des deux autres groupes, ceux qui ne connaissent pas le DRC, comme ceux qui le connaissent mais ne l'utilisent pas, méconnaissent très largement la CIM et la CISP et privilégient le texte libre. Ceci porterait à croire qu'en ce qui concerne les nomenclatures le principal concurrent du DRC en France, n'est pas la CIM ou la CISP, mais l'absence de standardisation nosographique, au profit du texte libre informel.

Dans ce domaine, l'objectif pour l'amélioration de la diffusion du DRC devrait donc être de répondre aux résistances des médecins à renoncer au texte libre, en mettant en avant les bénéfices qu'ils auraient à adopter un outil standardisé. Nul doute que les arguments

proposés devront être perçus par les médecins comme un bénéfice immédiat et concret dans leur pratique quotidienne.

2.3 L'inertie au changement d'habitudes

Tous les efforts possibles pour rendre le DRC plus accessible au praticien suffiront-ils à induire un changement dans les habitudes des médecins ? Les participants ne sont pas disposés ou motivés à concéder beaucoup de temps pour se former au DRC.

L'ANDEM (ancienne ANAES) faisait déjà état de cette inertie pour optimiser la documentation de son dossier médical (28). Pourtant, d'une part, les praticiens interrogés expriment un intérêt à mieux écrire dans leurs dossiers et d'autre part, les médecins qui osent tester le DRC l'adoptent souvent très rapidement. L'expérience des internes en stage chez le praticien l'illustre bien.

Il semble donc important de répondre à ces résistances et craintes en montrant que la balance entre le temps d'apprentissage et le gain qualitatif en pratique est positive.

2.4 La version papier, un frein à la diffusion du DRC

En comparant les groupes de praticiens ne connaissant pas le DRC à ceux connaissant le DRC mais ne l'utilisant pas, la question se pose de l'avenir de la version papier. La version papier ne semble plus adaptée à une utilisation en médecine générale et est peut être même contre productive en terme d'image. En effet, bien que les praticiens ne l'expriment pas explicitement, ceux-ci formulent clairement beaucoup plus d'intérêt pour la version électronique et informatique. L'accessibilité à une expérimentation et une utilisation immédiate répond sans doute à leur crainte de perte de temps. Par ailleurs, ceux qui utilisent le DRC soulignent leur « aversion » pour la version papier d'autant plus que sa mise à jour est complètement décalée dans le temps.

L'objectif d'amélioration de la diffusion du DRC dans ce domaine, inviterait donc à abandonner la version papier pour se concentrer sur la diffusion de la version informatique.

2.5 Le DRC, un outil complexe à maîtriser

Notre étude montre que le DRC peut paraître techniquement difficile à maîtriser, tant d'un point de vue ergonomique que théorique. Ceci est à rapprocher de leur crainte qu'il nécessite un temps important pour s'y acclimater.

En effet, la présentation des définitions et items des RC, avec ses codes lettrés, ses croix et autre signalétique, donnerait à l'eDRC une apparence repoussante de « vieux logiciel des années 80 » (33). L'étude de Busidan renforce cet élément en montrant qu'un logiciel peu performant sur le codage était un frein majeur chez 13% des participants (29).

2.6 Le DRC absent de la plupart des logiciels métiers

Un des freins retrouvé de façon très fréquente à la diffusion du DRC est son absence au sein des logiciels métiers. Le DRC est « à bord » de très peu de logiciel médicaux. En France, il existe une dizaine de logiciels métier accessibles aux généralistes (34). Le DRC est absent de la pluparts des principaux. Les non utilisateurs du DRC disent clairement que l'intégration du DRC dans leur logiciel métier est la condition indispensable à l'intérêt qu'ils pourraient porter à cet outil. Cet argument est aussi exprimé par les praticiens connaissant le DRC mais ne l'utilisant pas. Quant aux utilisateurs du DRC, ils s'inquiètent de l'absence de mises à jour régulières du DRC.

Le principal levier de changement viendrait donc des éditeurs de logiciel. Nous avons tenté de comprendre leur motivation et les avons interrogés lors d'une manifestation publique où ils étaient présents : les Journées Nationales de la Médecine Générale. Pour justifier l'absence d'intégration du DRC, Ils mettent très directement en avant le manque d'intérêt commercial et le manque de demande réelle de la part de leurs clients. La demande des médecins serait sporadique. On voit par là, que l'on est dans une sorte de cercle infernal où les médecins ne connaîtraient pas le DRC parce qu'il n'est pas accessible sur leur logiciel métier et que n'y étant pas, ils ne peuvent pas le connaître.

A l'inverse, on a pu observer que certains éditeurs proposent d'autres nomenclatures, y compris des thésaurus totalement inconnus, comme AMM, sorte de moteur de recherche simplifiant le texte libre. Ces nomenclatures ne sont pas référencées et les éditeurs ont du mal à expliquer leur existence et la finalité de leur utilisation, soulignant que les praticiens sont peu nombreux à l'utiliser (35). S'agit-il d'un choix idéologique ou financier ?

Il semble donc incontournable de mener une action vers les sociétés d'édition de logiciel afin de mieux comprendre quels seraient les leviers à actionner pour régler ce frein majeur.

2.7 L'image d'une société savante

Un élément complémentaire qui intervient dans la perception du DRC est lié à l'image que ce font les médecins généralistes d'une société savante. La SFMG est ressentie comme une société intellectuelle avec des concepts très théoriques, élitistes et renfermée sur elle-même. Beaucoup de praticiens n'ont pas souhaité que leur opinion sur la SFMG soit enregistrée. Nous n'avons donc pas pu explorer en détail cet aspect. Même si ces a priori sont majoritairement retrouvés au sein du groupe connaissant mais n'utilisant pas le DRC, il semble utile de tenir compte de cette vision.

Les généralistes méconnaissent leurs sociétés savantes et ne semblent pas pouvoir s'identifier à elles, contrairement à leurs confrères des autres spécialités. En revanche, la SFMG ne pourra s'épargner de la question de son inertie apparente et de sa difficulté à s'ouvrir au monde extérieur. Malgré la bonne volonté affichée par les membres de la SFMG qui tentent de s'ouvrir à leurs confrères de terrain, cette société savante ne semble pas se rendre compte qu'elle reste figée dans des méthodes qui ne sont pas adaptées à la diffusion de masse. Ce point nous semble majeur car le principal frein retrouvé à l'utilisation du DRC reste de loin le manque d'information sur l'existence même du DRC. Comment pourrait-on reprocher aux généralistes de ne pas s'intéresser à un outil, dont ils ne connaissent même pas l'existence ?

2.8 Le DRC absent de la formation initiale

La plupart des participants regrettaient l'absence d'une formation précoce au DRC, dès l'université, en DES de médecine générale (35). Les internes et jeunes médecins sont les premiers à le faire remarquer. L'étude de Busidan montrait par ailleurs que pour 60% des médecins, le manque de formation était le frein principal au codage (29).

Il est évoqué des blocages idéologiques au sein de certains départements universitaires de médecine générale. Nous avons interrogé deux médecins impliqués dans des Départements de Médecine Générale. Ils confirment cette opposition. Ils affichent leur préférence pour la CISP qui est à leur yeux plus légitime sur le plan universitaire, car étant promue par une structure internationale, la WONCA. Le principal reproche fait au DRC serait lié à son utilisation franco-française.

En France, l'utilisation en pratique courante de la CISP reste pourtant au mieux aussi faible que celle du DRC. Par ailleurs, les publications issues de l'utilisation du DRC existent, même si elles sont insuffisantes. Le DRC a été le support de plusieurs études internationales

européennes (37-42). L'utilisation du DRC a même été expérimentée avec succès en Afrique, malgré l'a priori d'une pratique médicale et d'une épidémiologie différente (43). Enfin, la production de données médicales pendant une quinzaine d'année par l'Observatoire de la Médecine Générale (40,44) a été la principale source d'informations valides sur la prise en charge des pathologies par les médecins généralistes en France. L'étude ECOGEN menée actuellement, en utilisant la CISP, tente de mener des travaux de cette ampleur. (45)

Il serait donc souhaitable de mieux faire connaître les travaux dont la méthode utilise le DRC comme mode d'identification des phénomènes morbides.

La correspondance du DRC avec la CIM est important à mettre en avant (3, 14, 46). La CIM est en effet la seule classification internationale qui soit reconnue par l'ensemble de la communauté médicale. Mais l'utilisation de la CIM avec ses près de 36000 « entrées » n'est pas adaptée à l'exercice quotidien, ni à la pratique du généraliste. Le DRC est incontestablement une manière aisée de « coder » facilement en CIM, en « tâche masquée » pourrait-on dire. En utilisant le DRC on accède indirectement à environ 1000 codes CIM.

3. Quelques propositions

3.1 Mettre en place une communication adaptée au médecin

Le DRC est très peu connu des médecins généralistes français. Avant même de tenter de résoudre les questions posées par les freins à son utilisation, il faut travailler sur la communication. Ceux-ci sont d'ailleurs demandeurs d'une telle action. Cette action de communication devrait revêtir plusieurs formes qui ont été résumées dans les tableaux VI et XI du chapitre Résultats.

Pour être fructueuse cette communication implique au préalable la résolution de plusieurs points. On pense surtout à l'installation du DRC dans les logiciels médicaux les plus utilisés, et à l'amélioration de la présentation de l'eDRC (33).

La question de l'effecteur se pose aussi. La SFMG ne semble pas habituée à soigner ses « messages descendant ». On comprend très bien que les membres de cette société savante, tous médecins en exercice à temps plein, soient accaparés par des travaux scientifiques absolument indispensables discipline médicale. Il est malgré tout dommage que leur production ne soit pas vulgarisée.

La communication générale devra privilégier un langage vernaculaire, adapté au médecin éloigné des préoccupations de la recherche scientifique. Il ne faut pas hésiter à oser des termes moins théoriques et tenter de sortir du vocabulaire interne qui accentue l'impression d'inaccessibilité et de complexité du DRC.

Un exemple de l'abscondité pour la majorité des médecins, du discours de la SFMG. Au cours de notre étude, nous avons eu connaissance d'une invitation de la SFMG pour un prochain symposium sur le DRC (47). L'accroche principale est la suivante : « Le symposium sur le Dictionnaire des Résultats de consultation : Le DRC rend le doute clinique acceptable et serein ». On peut se demander si le praticien ne connaissant probablement, ni la SFMG, ni le DRC, sera sensible à ce message et fera le déplacement pour une journée. L'argument concernant la pratique moins anxiogène des soins primaires à l'aide du DRC, ne fait pas écho à celles des autres praticiens de terrain. En effet, celui-ci se préoccupe surtout de documenter rapidement ou facilement son dossier médical (10).

Nous en concluons donc qu'il est nécessaire d'organiser des campagnes d'information et de communication auprès des médecins généralistes par divers moyens mais qu'il est essentiel que l'information soit à sa portée. Il faut mettre en avant les avantages pratiques du DRC, sachant par expérience, qu'il dévoilera ensuite son intérêt théorique.

3.2 Intégrer le DRC dans les logiciels métiers

L'intégration du DRC dans les logiciels métiers est essentielle à sa diffusion. Il s'agit d'un point essentiel et primordial souligné par tous les groupes de médecins de notre étude. Nombreux sont les praticiens qui font de cet aspect un préalable à toute découverte ou utilisation du DRC.

Quelles sont les raisons expliquant que le DRC ne soit pas à bord de tous les logiciels ? Deux raisons peuvent être avancées. D'une part, celle des moyens financiers et d'autre part, celle du manque de demande par les utilisateurs.

Il semble que le principal problème soit d'ordre financier. Les éditeurs de logiciels sont des sociétés commerciales déjà surchargées de travail par les obligations de cahier des charges imposés par les administrations de la santé (version de carte vitale, logiciels d'aide à la prescription...). La SFMG ne peut espérer faire intégrer le DRC sans apporter des moyens financiers.

La question d'aides financières apportées par des agences de la santé pourrait se poser afin de subventionner tout ou partie de cette intégration dans un souci d'amélioration de la tenue

des dossiers médicaux et dans le cadre de l'éventuel Dossier Médical Partagé (DMP) (35). Il n'est pas certain que cette solution soit partagée par tous les médecins, qui verraient un risque accru de regard sur leur pratique par l'administration comme le confirme l'étude de Busidan qui retrouvait cette crainte chez 25% des participants (29).

Enfin, l'offre ne bougeant que si la demande est manifeste, il serait souhaitable d'inviter les médecins à faire pression sur les éditeurs de logiciel afin de les pousser à intégrer le DRC. L'utilisation des listes de diffusion des utilisateurs serait une piste à explorer.

3.3 Améliorer l'eDRC

Un troisième axe important dans l'optimisation de la diffusion du DRC serait l'amélioration de l'eDRC, version électronique, autonome, téléchargeable sur Internet (33). Cette présentation informatique mais non intégrée aux logiciels professionnels, permet de présenter le DRC facilement et éventuellement de l'utiliser en faisant des copiers/collers dans son dossier médical.

Beaucoup de praticiens lui reprochent un manque d'intuitivité et une complexité apparente. Ceux-ci insistent sur la nécessité d'en améliorer l'ergonomie et la manière de pouvoir s'en servir pour palier à l'absence du DRC dans leur logiciel métier.

3.4 Une formation précoce au DRC

Les praticiens ont été nombreux à dire que le manque de formation au DRC était un frein à sa diffusion. Lorsque nous avons tenté de déterminer le moment le plus opportun pour cette formation, une majorité a exprimé l'intérêt de former les jeunes médecins (internes et remplaçants). S'ajoute à cela l'idée que la formation en soins primaires souffrirait de lacunes quant au contenu théorique et pratique propre à la spécificité de la médecine générale.

L'ANAES faisait déjà le constat en 1996 (28) : « L'étudiant hospitalier est formé à la tenue du dossier du patient hospitalisé... Toutes ces informations sont centrées sur la prise en charge d'un problème prioritaire, sur la gestion d'une crise, sur une période de quelques jours à quelques semaines. La formation à travers la tenue de ce dossier ne prépare pas le futur généraliste à la recherche sélective des informations déterminantes pour une prise de décision immédiate, ni à la gestion des données nécessaires à la prise en charge au long cours de patients ayant des problèmes multiples. Elle contribue au développement d'une perception incomplète... qu'il peut être difficile de corriger par la suite.... ». L'ANAES précise

« Cette perception est souvent évidente dans la manière qu'ont beaucoup de jeunes médecins de tenir les dossiers au cours des remplacements : absence de formulation claire des différents problèmes, enregistrement non sélectif des informations... ». C'est donc dès la formation initiale que le futur généraliste doit être habitué à la tenue du dossier des patients en ambulatoire. Les stages chez le praticien sont sans aucun doute l'endroit pour cet apprentissage.

La CIM, seule classification permettant les échanges interdisciplinaires, n'est pas utilisable en pratique courante pour la tenue des dossiers en temps réel. L'utilisation d'un moteur de recherche avec mots clés et synonymes pour retrouver un code CIM serait peu opérant, car la multiplication des codes principaux et accessoires, ainsi que le découpage en chapitres rend délicat une automatisation.

Outre le mérite de correspondre à la singularité de la démarche médicale propre au médecin de premier recours (10), le DRC est un mode d'entrée facile dans la CIM. Cet argument est suffisant pour porter attention au DRC, car l'important est certes de documenter son dossier médical, mais de le tenir à jour pendant la consultation et au fil du temps.

Il est parfois reproché au DRC d'être parcellaire et de ne relever que la partie clinique, diagnostique, de la consultation. Il refléterait mal la démarche dite POMR (*problem, oriented, medical, record*) ou SOAP en français (Tableau n°XIV). Il s'agit dans ce cas de relever tous les éléments de la consultation en particulier les « *process* » (28,35, 48-51).

Tableau n° XIV : A quoi correspond l'acronyme SOAP

S : Subjective = éléments apportés par le patient
O : Objective = éléments issus de l'examen (clinique et complémentaire)
A : Assessment = appréciation du médecin sur le problème
P : Plan = prise en charge du problème

Ce concept est très proche de la CISP, dont les défenseurs font le même reproche au DRC.

Il n'est pas contestable que le DRC se limite, comme la CIM, à la dénomination des situations cliniques de premier recours. Il n'est pas contestable que l'utilisation de la CISP reflète de manière plus complète l'ensemble de la consultation. On peut considérer que le DRC correspond au « O » de SOAP. Cette idée a déjà été explorée et serait exploitée dans certaines facultés de médecine en France. Compte tenue d'une part, que l'écrasante majorité des médecins documente encore aujourd'hui son dossier médical en texte libre, que ceux-ci semblent réticents à consacrer trop de temps, au cours de la consultation, pour le faire, et d'autre part, que la CISP, fort peu utilisée aussi, est plus chronophage à utiliser, le

DRC peut être considéré comme un juste milieu qui permettrait aux médecins d'optimiser la tenue de leurs dossiers médicaux.

La théorie professionnelle, sous-tendue par le concept de Résultat de consultation justifierait par ailleurs, qu'elle densifie le contenu de l'enseignement de la médecine générale (52).

La question est peut être indiciblement politique. Il existe incontestablement une opposition, paraissant somme toute injustifiée, entre la CISP promue par le CNGE et le DRC promu par La SFMG. Ces deux structures siègent et représentent, toutes les deux, la France à la WONCA. Les deux concepts mériteraient d'être enseignés, mais le CNGE est la structure qui gère les départements de médecine générale dans les facultés. Sans doute faudrait-il sortir d'une vision où un outil exclu de facto l'autre, pour entrevoir la complémentarité des deux ?

3.5. Avoir une stratégie mercatique

La mercatique, issue des stratégies de marketing est « l'ensemble des techniques et actions grâce auxquelles une entreprise développe la vente de ses produits en adaptant, le cas échéant, leur production et leur commercialisation aux besoins du consommateur ».

Le DRC bien qu'étant un outil proposé par une société savante, n'en reste pas moins un produit dont il faut faire la promotion. La SFMG est convaincue de l'utilité de son produit et ne pense pas qu'il soit nécessaire d'aller susciter l'intérêt des médecins. L'absence de stratégie de marketing efficace sur le DRC nuit probablement grandement à sa diffusion.

La stratégie à mettre en place devra d'une part trouver les moyens de communication adaptés et d'autre part, répondre précisément aux attentes des médecins.

Les moyens de communication tiendront compte que le médecin est submergé par les publicités et autre sollicitations. Il faudra trouver des messages ciblés et personnalisés vers les réseaux Internet (listes de diffusion, groupes d'utilisateurs...), les leaders d'opinion (maîtres de stages, groupes de pairs...) et les jeunes confrères (internes, remplaçants...). Il faudra aller jusqu'à préparer des messages spécifiques pour chaque public et de préparer formellement leur relais.

La condition incontournable pour le succès de campagnes de communication réside dans le souci de formuler des réponses concrètes et étayées aux résistances et freins émis par les médecins. Il faut lister les points forts à mettre en avant du point de vue des praticiens de terrain. On peut dès maintenant énoncer : qu'à qualité de documentation équivalente, le DRC n'est pas plus chronophage que le texte libre. Il entraîne une facilité pour le recueil de

sa clinique. Il apporte le confort de noter des diagnostics (RC) dans son dossier. Il permet un codage automatique en CIM. Il peut avoir un intérêt médico-légal, un dossier bien documenté aide toujours le médecin...

La SFMG en fonction de ses moyens humains et financiers, aura à mettre en place ces propositions si elle veut voir le DRC se diffuser. Il faudrait mener, si possible, les actions sur les différents points de manière concomitante car ils interagissent. Par exemple, il est inutile de former les médecins au DRC s'ils ne peuvent l'utiliser dans leur logiciel professionnel. Si le concept de RC était enseigné tôt aux jeunes confrères, il est probable que les éditeurs de logiciels seraient sensibilisés...

CONCLUSION

CONCLUSION

Ce travail est né de l'interrogation, en découvrant le Dictionnaire des Résultats de consultation lors d'un de nos remplacements en médecine générale : Pourquoi cet outil paraissant si utile et pratique, est-il aussi méconnu de la majorité des médecins généralistes ? Percevant qu'il existait des freins à sa vulgarisation, nous nous sommes proposés de tenter de les identifier et si possible d'émettre des pistes pour les résoudre.

Notre étude s'est appuyée sur une enquête d'opinion basée sur les méthodes qualitatives. Elle s'est déroulée de Juillet à Novembre 2013, avec des entretiens directs et téléphoniques semi-dirigés, suivis d'une triangulation. Nous avons interviewé 33 médecins généralistes et internes pour atteindre l'effet de saturation. Nous avons ensuite analysé les résultats en fonction de sous-groupes, avant d'en faire une synthèse.

Le premier constat est que les médecins généralistes en français utilisent encore très majoritairement le texte libre pour documenter le dossier médical. La CIM n'est pas utilisée et la CISP tout comme le DRC très peu.

Les principaux freins identifiés peuvent être regroupés en deux grands thèmes. D'une part, des raisons que l'on pourrait qualifier d'intrinsèques, correspondantes aux motivations et résistances des médecins vis-à-vis du DRC, et d'autre part, des causes extrinsèques, liées aux défauts, aussi bien techniques que de communication, inhérents à la SFMG.

Parmi les causes intrinsèques on peut noter l'absence d'intérêt chez les médecins pour adopter une nomenclature, la peur que cela leur prenne trop de temps en consultation et que son apprentissage soit très chronophage. Ils portent aussi un regard négatif sur la SFMG, vécue comme une société savante, élitiste, et loin de leurs préoccupations.

Les causes extrinsèques, sont dominées par l'absence du DRC dans la plupart des logiciels de dossier médical, l'absence d'enseignement à la faculté et une communication du produit inadaptée.

Malgré tout nous avons constaté que les médecins généralistes sont loin d'être hermétiques à l'idée de voir leur documentation évoluer et s'améliorer. Ils ont même été demandeurs de communication sur le DRC.

Un des moyens les plus efficaces pour améliorer la diffusion du DRC est incontestablement son intégration dans les logiciels métiers. Il est très peu vraisemblable que la démarche vienne spontanément des éditeurs de logiciels. La SFMG devra trouver les moyens, financier et de pression (lobbys d'utilisateurs) afin d'inciter ceux-ci à intégrer le DRC.

Afin de mettre le DRC à portée des médecins généralistes, la SFMG doit aussi faire un effort de changement. Un regard nouveau doit être posé sur la façon de communiquer, tant sur le DRC, que sur ce qu'elle est. Cette communication aura comme objectif général d'établir un réel lien avec le médecin généraliste « de terrain ».

Il faudrait si possible, promouvoir le DRC dans les départements de médecine générale des facultés. Le DRC respecte les recommandations de l'ANAES pour améliorer la formation à la tenue du dossier médical. L'argument avancé, du manque de publications issues du RC et de son référencement international, en partie faux, devrait inciter la SFMG à valoriser et faire connaître ses travaux.

Cette étude, en recueillant et analysant les freins exprimés par les médecins eux même, permet de mettre en valeur des leviers adaptés et concrets nécessaires pour opérer le changement souhaité à-propos du DRC.

Le DRC ainsi diffusé fera « de lui-même » la preuve de son utilité. La rapidité d'adoption du DRC par les internes qui le découvrent dans certains cabinets, le montre bien. On pourrait dire que le principal problème du DRC n'est pas sa complexité, mais le fait qu'il n'est pas connu des généralistes.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Canut C. A la frontière des langues : figures de la démarcation. Cahiers d'études africaines. E.H.E.S.S, 2001/3 ; (163) : 443 – 464
2. Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé. Médecine, santé et sciences humaines Manuel. Les belles lettres, 2012
3. Clerc P. Des classifications médicales. Documents de recherches en médecine générale n°49, Juillet 2007 : 9-19.
4. Augustin Pyramus de Candolle. Théorie élémentaire de la botanique: ou, Exposition des principes de la classification naturelle et de l'art de décrire et d'étudier les végétaux. Chez Déterville, 1813.
5. Farr W. Sixteenth Annual Report of the Registrar General of England and Wales. Appendix. London : H.M. Stationery Office ; 1856 : p 75-76.
6. Druais M, Budowski M, Gilbert S. Médecine générale : connaissances et pratiques: Masson; 2009.
7. Duhot D. L'incertitude en Médecine Générale: comment la réduire. La Revue du praticien Médecine Générale, 2006. 20: p. 1089 - 1090.
8. Duhot D, Clerc P. Les principales causes d'incertitude. SFMG. Journée nationale de la médecine générale. Octobre 2006
9. Hamoudi K. La gestion du risque d'erreur diagnostique en soins primaires par les médecins généralistes juniors : une étude clinique exploratoire. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Créteil, Paris XII, 2008.
10. Pouchain D, Attali C, De Butler J, Clément G, Gay B., Molina J, Olombel P, Rouy J. Médecine générale, Concepts et pratiques. Collège nationale des généralistes enseignants. Edition Masson. 1996
11. Organisation Mondiale de la Santé. Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes. CIM-10. Révision 2010. Disponible en ligne : <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
12. Institut Canadien d'Information sur la Santé. CIM-10-CA. Disponible en ligne : http://www.cihi.ca/CIHI-extportal/internet/fr/document/standards+and+data+submission/standards/classification+and+coding/codingclass_icd10
13. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA). International Classification Committee, ICPC-2 : International Classification of Primary Care, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1998.

14. Ferru P, Gabillard G, Kandel O. Dictionnaire des résultats de consultations en médecine générale. Révision 2010. Documents de Recherche en médecine générale. Juin 2010 ; n°66-70.
15. Braun RN. Pratique critique et enseignement de la médecine générale. Paris : Payot ;1979.
16. Rosowsky O. Kasugraphie traduction. Septembre 1997.
17. Rosowski O. Le "Résultat de Consultation" selon R.N. Braun. Rev Prat Med Gen 1989 ; 72 : 127-31.
18. Jouteau D. La notion de risque liée à l'incertitude diagnostique en médecine de premier recours. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Poitiers, Université de Poitiers, 2011.
19. Société Française de Médecine Générale. La démarche médicale en médecine générale. [enligne]. Disponible sur : http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_home/3/fichier_demarche-medicale-en-mgd28c9.pdf (consulté le 25/02/2013).
20. Société Française de Médecine Générale. Le Dictionnaire des Résultats de Consultations : A quoi ça sert ? Comment ça marche ? Documents de Recherche en Médecine Générale n°4, septembre 2003.
21. Société Française de Médecine Générale. Annuaire statistique 94/95 de l'observatoire de médecine générale. Documents de Recherches en médecine générale, N°55/56/57
22. Vincent B. Evolution des résultats de consultation en médecine générale. Le taux de révision diagnostique est très faible. La Revue du Praticien MG, tome 5 n°136, Avril 1991
23. Sourzac R, Very G. l'ABC du diagnostic en médecine générale. Revue du Praticien – médecine générale, N°132, 25 mars 1991
24. Sourzac R. Recueil et analyse informatiques de 2000 séances de médecine générale. Proposition pour une représentation tridimensionnelle du Résultat de séance. Thèse. Limoges. 1987.
25. Vincent B, Rosowsky O. Les pratiques d'orientation en médecine générale, Documents de Recherches en médecine générale, SFMG, N°35-36, 1990.
26. Girardier M. La Classification Internationale des Maladies est-elle praticable en médecine générale ? La Revue du Praticien MG N°138 ; Mai 1991.
27. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. [Mémoire]. [Faculté Lyon Nord], 2004.
28. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). La tenue du dossier médical en médecine générale : Etat des lieux et recommandations. Agence

Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM). Septembre 1996.

29. Busidan D. Pratiques du codage des données de consultation par les médecins généralistes des structures pluri-professionnelles de soins primaires en Île-de-France: une enquête exploratoire. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Créteil, Paris XII, 2012.
30. Gallais JL. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Documents de recherches en médecine générale n°45. Paris : Société Française de Médecine Générale, 1994.
31. Dubois O. Dossier médical : que font les médecins généralistes ? Bull Ordre Méd 1995; 1: 7.
32. Réseau de Médecine Libérale de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale. Etude du suivi du dossier médical par des praticiens libéraux. Avignon : Réseau de Médecine Libérale de l'ANDEM, 1992.
33. Société Française de Médecine Générale. Télécharger ou commander le Dictionnaire (eDRC) [enligne]. Disponible sur : http://www.sfmng.org/demarche_medicale/demarche_diagnostique/dictionnaire_des_resultats_de_consultation/telecharger_ou_commander_le_dictionnaire_-_drc.html
34. Haute Autorité de Santé (HAS). Logiciels d'Aide à la Prescription pour la médecine ambulatoire : logiciels certifiés selon le référentiel de la HAS et logiciels ayant postulé à la certification. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_672760/fr/logiciels-d-aide-a-la-prescription-pour-la-medecine-ambulatoire-logiciels-certifies-selon-le-referentiel-de-la-has-et-logiciels-ayant-postule-a-la-certification?xtmc=&xtcr=1 (mis en ligne le 17/01/2014).
35. Perrin G. Le codage : A quoi ca sert ? Informatique et web. Le quotidien du médecin, Décembre 2008
36. Décret n° 2004-67 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. 16 janvier 2004.
37. Duhot D, Martinez L, Ferru P, Kandel O, Gavid B. Prévalence de l'hypertension artérielle en médecine générale. Rev Prat Med Gen, 2002.
38. Saint-Lary O, Boissault P, Naiditch M, Szidon P, Duhot D, et al. Performance Scores in General Practice: A Comparison between the Clinical versus Medication-Based Approach to Identify Target Populations. PLoS ONE 7(4): e35721; April 2012
39. Caumes E, Legros F, Duhot D et al. Health Problems in Returning Travelers Consulting General Practitioners. Journal of Travel Medicine, Vol. 15, Issue 6 ; 2008
40. Bhend H. L'Observatoire de la Médecine Générale. PrimaryCare, 2009 ; 9(2) : 41-45.

41. Kandel O, Ripault A, Jourdain M, Bouche G. La durée de consultation intervient-elle dans la prescription de psychotropes? Étude Transversale en médecine générale sur 2 896 actes. Rev Prat, 2008 ; 58 (suppl.12) : S19-S24
42. Chouilly J, Kandel O, Duhot D, Hebbrecht G. Do general practitioners identify iatrogenic in their medical records? Study of 2,380 cases of iatrogenic statements by French general practitioners. Rev Prat, 2011 ; 61: 1418-1422
43. Bergeron D. Applicabilité du codage selon le Dictionnaire des Résultats de Consultation de la Société Française de Médecine Générale en soins de santé primaires d'un pays en développement d'Afrique sub-saharienne. Thèse de médecine, Faculté de médecine de Créteil, Paris, 2010, 57p.
44. Observatoire de Médecine Générale. [en ligne]. Disponible sur : <http://omg.sfmng.org/> (consulté le 02/06/2013).
45. Collège National des Généralistes Enseignants. Eléments de la Consultation en médecine Générale : le programme de recherche ECOGEN. Disponible en ligne sur : <http://etudeecogen.fr/>
46. Jacot P. Correspondance CIM/DRC. Documents de recherches en médecine générale n°49, Juillet 2007 : 29-35.
47. Société Française de Médecine Générale. Symposium sur le Dictionnaire des Résultats de consultation® [enligne]. Disponible sur : http://www.sfmng.org/actualites/vie_de_la_sfmng/symposium_sur_le_dictionnaire_des_resultats_de_consultation.html
48. Rakel R. The problem-oriented medical record (POMR). Am Fam Physician, 1974
49. Fromm J. An integrated medical record and data system for primary care. Part 6: a decade of problem-oriented medical records : a reassessment. J Fam Pract, 1977; 5: 627-30.
50. Newble D, Judd S, Wangel A. Quality control of patient care. The practical application of problem oriented medical records. Aust N Z J Med, 1974; 4: 23-8.
51. Margolis C. Problem-oriented record. A critical review. Paediatrician, 1979.
52. Bousquet M. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Paris VI, 2013.

ANNEXES

ANNEXES

ANNEXE 1 : Préface de l'édition 2010 du DRC

ANNEXE 2 : Liste des 278 Résultats de Consultations

ANNEXE 3 : Mode d'emploi de l'eDRC

ANNEXE 4 : La Classification Internationale des Soins Primaires

ANNEXE 1

Préface de l'édition 2010 du DRC

Préface de l'édition 2010

Vouloir décrire l'activité des médecins généralistes peut sembler une gageure en raison de la variété et de la fréquente imprécision des doléances des personnes qui les consultent. Parfois non médicaux, ces motifs de contact ne permettent pas toujours d'aboutir à un diagnostic de certitude, soit qu'un complément d'information s'avère nécessaire, soit que les plaintes sont difficiles à prouver. La *Société française de médecine générale* (SFMG) est parvenue à dresser le panorama des Résultats de Consultations en constituant un catalogue de fiches thématiques.

Exploiter les informations ainsi recueillies au cours de chaque consultation nécessite immanquablement l'encodage de ces fiches. Il faut féliciter la SFMG du choix de la 10^e révision de la *Classification internationale des maladies* (Cim-10) de l'*Organisation mondiale de la santé* (OMS) pour ce faire. Si elle est le standard international actuel en matière de codage des diagnostics et motifs de consultation, la Cim-10 n'est cependant pas toujours très bien adaptée à l'exercice de la médecine générale. Les experts de la SFMG qui ont entrepris cette tâche ardue ont pourtant montré une maîtrise de cet outil que l'on souhaiterait plus répandue. Pour valider l'encodage de son catalogue, la SFMG a fait appel à l'*Association des utilisateurs des nomenclatures nationales et internationales de santé* (Aunis).

Le travail a été effectué par cinq experts de cette association, coordonnés par un expert qui a assuré la cohérence des propositions de correction et la validation du document final. Dans ce but se sont instaurés des échanges cordiaux et fructueux entre SFMG et Aunis : chacune des deux parties a ainsi mieux compris les objectifs poursuivis et les limites réciproques de ce travail. Cela a pu aboutir à des modifications de la proposition d'encodage, comme à un ajustement de la fiche de recueil.

Dans certains cas, le résultat est un compromis entre l'impérieuse nécessité de mettre à disposition des utilisateurs un outil souple, facile à employer et adapté à la pratique médicale et le souci idéaliste de fournir le codage le plus précis et détaillé. L'encodage fourni dans cette version ne peut donc pas être considéré comme définitif et intangible. Comme tout outil de cette nature, le catalogue de la SFMG est en effet appelé à évoluer ; les outils techniques mis à disposition des utilisateurs viendront eux-mêmes à se perfectionner, offrant des possibilités actuellement non satisfaites.

Par ailleurs la Cim-10 est périodiquement modifiée par l'OMS. C'est dire que le partenariat qui s'est instauré ici est susceptible de se renouveler. C'est en tous les cas le souhait de l'Aunis qui a trouvé dans ces experts de la SFMG avec qui elle a travaillé des interlocuteurs ouverts et cordiaux.

Docteur Jean-Pierre BODIN
Aunis

ANNEXE 2

Liste des 278 Résultats de consultations

1. ABCÈS SUPERFICIEL
2. ABDOMEN DOULOUREUX AIGU
3. ACCÈS ET CRISE
4. ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
5. ACNÉ VULGAIRE
6. ACOUPHÈNE
7. ADÉNOPATHIE
8. ALBUMINURIE
9. ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')
10. ALGODYSTROPHIE
11. AMAIGRISSEMENT
12. AMÉNORRHÉE – OLIGOMÉNORRHÉE – HYPOMÉNORRHÉE
13. ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)
14. ANÉMIE FERRIPRIVE – CARENCE EN FER
15. ANÉVRYSME ARTÉRIEL
16. ANGINE (AMYGDALITE – PHARYNGITE)
17. ANGOR – INSUFFISANCE CORONARIENNE
18. ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE
19. ANOMALIE POSTURALE
20. ANOREXIE – BOULIMIE
21. ANXIÉTÉ – ANGOISSE
22. APHTE
23. APPÉTIT (PERTE D')
24. ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS
25. ARTHROPATHIE PÉRIARTHROPATHIE
26. ARTHROSE
27. ASTHÉNIE – FATIGUE
28. ASTHME
29. BACTÉRIURIE – PYURIE
30. BALANOPOSTHITE
31. BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES
32. BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES
33. BOUFFÉES DE CHALEUR
34. BRONCHIOLITE
35. BRONCHITE AIGUË
36. BRONCHITE CHRONIQUE
37. BRÛLURE
38. CANAL CARPIEN
39. CANCER
40. CATARACTE
41. CÉPHALÉE
42. CÉRUMEN (BOUCHON DE)
43. CERVICALGIE
44. CHALAZION
45. CHEVEUX (CHUTE)
46. CHOLÉCYSTITE
47. CICATRICE
48. CIRRHOSE DU FOIE
49. COCCYDYNIE
50. COL UTÉRIN (ANOMALIE DU)
51. COLIQUE (SYNDROME)
52. COLIQUE NÉPHRÉTIQUE
53. COMPORTEMENT (TROUBLES)
54. CONJONCTIVITE
55. CONSTIPATION

56. CONTRACEPTION
57. CONTUSION
58. CONVULSION FÉBRILE
59. COR – DURILLON
60. CORPS ÉTRANGER DANS CAVITÉ NATURELLE
61. CORPS ÉTRANGER SOUS-CUTANÉ
62. CRAMPE MUSCULAIRE
63. CYSTITE – CYSTALGIE
64. DÉCÈS
65. DÉMENCE
66. DENT (PATHOLOGIE DE LA)
67. DÉPRESSION
68. DERMATOPHYTOSE
69. DERMATOSE
70. DERMITE SÉBORRHÉIQUE
71. DIABÈTE DE TYPE 1
72. DIABÈTE DE TYPE 2
73. DIARRHÉE (ISOLÉE, NON INFECTIEUSE)
74. DIARRHÉE – NAUSÉE – VOMISSEMENT
75. DIFFICULTÉ SCOLAIRE
76. DORSALGIE
77. DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE
78. DOULEUR PELVIENNE
79. DYSLIPIDÉMIE
80. DYSMÉNORRHÉE
81. DYSPHAGIE
82. DYSPNÉE
83. DYSURIE
84. ECCHYMOSE SPONTANÉE
85. ECZÉMA
86. ECZÉMA FACE DU NOURRISSON
87. ECZÉMA PALMO-PLANTAIRE DYSHIDROSIQUE
88. ECZÉMA PALMO-PLANTAIRE FISSURAIRE
89. ENGELURE
90. ENROUEMENT
91. ENTORSE
92. ÉNURÉSIE PSYCHOGENE
93. ÉPAULE (TÉNO-SYNOVITE)
94. ÉPICONDYLITE
95. ÉPIGASTRALGIE
96. ÉPILEPSIE
97. ÉPISTAXIS
98. ÉRYSIPELE
99. ÉRYTHÈME FESSIER DU NOURRISSON
100. ESCARRE
101. ÉTAT FÉBRILE
102. ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
103. EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION
104. FÉCALOME
105. FIBRILLATION – FLUTTER AURICULAIRE
106. FISSURE ANALE
107. FOLLICULITE SUPERFICIELLE
108. FRACTURE
109. FURONCLE – ANTHRAX
110. GALE
111. GASTRITE CHRONIQUE
112. GINGIVITE
113. GLAUCOME
114. GOÏTRE
115. GOÛT (ANOMALIE DU)
116. GOUTTE

117.GROSSESSE
118.HALLUX VALGUS
119.HÉMATURIE
120.HÉMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE
121.HÉMORROÏDE
122.HÉPATITE VIRALE
123.HERNIE – ÉVENTRATION
124.HERNIE HIATALE
125.HERPÈS
126.HTA
127.HUMEUR DÉPRESSIVE
128.HYGROMA
129.HYPERGLYCÉMIE
130.HYPERSUDATION
131.HYPERTHYROÏDIE
132.HYPERURICÉMIE
133.HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE
134.HYPOTHYROÏDIE
135.IATROGÈNE – EFFET INDÉSIRABLE D'UNE THÉRAPEUTIQUE
136.IMPÉTIGO
137.INCONTINENCE URINAIRE
138.INFARCTUS DU MYOCARDE
139.INSOMNIE
140.INSUFFISANCE CARDIAQUE
141.INSUFFISANCE RÉNALE
142.INSUFFISANCE RESPIRATOIRE
143.INTERTRIGO
144.JAMBES LOURDES
145.KYSTE SÉBACÉ
146.KYSTE SYNOVIAL
147.LANGAGE ORAL ET ÉCRIT (TROUBLE DU)
148.LEUCORRHÉE
149.LIPOME
150.LITHIASÉ BILIAIRE
151.LITHIASÉ URINAIRE
152.LOMBALGIE
153.LUCITE – ALLERGIE SOLAIRE
154.LUXATION
155.LYMPHANGITE
156.MAL DE GORGE
157.MALAISE – ÉVANOUISSEMENT
158.MÉLÉNA
159.MÉMOIRE (PERTE DE)
160.MÉNOPAUSE (PROBLÈME ET SUIVI)
161.MÉNORRAGIE – MÉTRORRAGIE
162.MÉTÉORISME
163.MIGRAINE
164.MOLLUSCUM CONTAGIOSUM
165.MOLLUSCUM PENDULUM
166.MORSURE – GRIFFURE
167.MUSCLE (ÉLONGATION – DÉCHIRURE)
168.MYALGIE
169.NAEVUS
170.NAUSÉE OU VOMISSEMENT
171.NERVOSISME
172.NÉVRALGIE – NÉVRITE
173.OBÉSITÉ
174.OEDÈME DE QUINCKE – URTICAIRE GÉANTE
175.OEDÈME LOCALISÉ
176.OEDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS
177.OEIL (LARMOIEMENT)

178.OEIL (TRAUMATISME)
179.OEIL (TROUBLE DE LA VISION)
180.ONGLE (ANOMALIE DE L')
181.ONGLE (ONYCHOMYCOSE)
182.ONGLE (TRAUMATISME)
183.ONGLE INCARNÉ
184.ORCHI-ÉPIDIDYMITÉ
185.ORGELET
186.OSTÉOCHONDROSE
187.OSTÉOPOROSE
188.OTALGIE
189.OTITE EXTERNE
190.OTITE MOYENNE
191.PALPITATION – ÉRÉTHISME CARDIAQUE
192.PANARIS
193.PARASITOSE DIGESTIVE
194.PARESTHÉSIE DES MEMBRES
195.PARKINSONIEN (SYNDROME)
196.PHLEGMON DE L'AMYGDALE
197.PHOBIE
198.PIED (ANOMALIE STATIQUE)
199.PIED D'ATHLÈTE
200.PIQÛRE D'INSECTE
201.PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT
202.PITYRIASIS VERSICOLOR
203.PLAIE
204.PLAINTÉ ABDOMINALE
205.PLAINTES POLYMORPHES (TROUBLE SOMATOFORME)
206.PNEUMOPATHIE AIGUË
207.POLLAKIURIE
208.POLYARTHRITE RHUMATOÏDE
209.POST-PARTUM (COMPLICATION)
210.PPR – HORTON
211.PRÉCORDIALGIE
212.PRÉPUCE ADHÉRENCE – PHIMOSIS
213.PROBLÈME DE COUPLE
214.PROBLÈME FAMILIAL
215.PROBLÈME PROFESSIONNEL
216.PROCÉDURE ADMINISTRATIVE
217.PROLAPSUS GÉNITAL
218.PROSTATE (HYPERTROPHIE)
219.PROSTATITE
220.PRURIT GÉNÉRALISÉ
221.PRURIT LOCALISÉ
222.PSORIASIS
223.PSYCHIQUE (TROUBLE)
224.PYÉLONÉPHRITE AIGUË
225.RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE
226.RÉACTION TUBERCULINIQUE
227.RECTORRAGIES
228.REFLUX – PYROSIS – OESOPHAGITE
229.RHINITE
230.RHINOPHARYNGITE – RHUME
231.RONCHOPATHIE – APNÉE DU SOMMEIL
232.SCIATIQUE
233.SCLÉROSE EN PLAQUES
234.SEIN (AUTRE)
235.SEIN (TUMÉFACTION)
236.SÉNILITÉ (SUJET ÂGÉ FRAGILE)
237.SEXUELLE (DYSFONCTION)
238.SINUSITE

239. SOUFFLE CARDIAQUE
 240. STÉNOSE ARTÉRIELLE
 241. STOMATITE – GLOSSITE
 242. SUICIDE (TENTATIVE)
 243. SUITE OPÉRATOIRE
 244. SURCHARGE PONDÉRALE
 245. SURDITÉ
 246. SYNDROME DE RAYNAUD
 247. SYNDROME MANIACO-DÉPRESSIF
 248. SYNDROME PRÉMENSTRUEL
 249. SYNDROME ROTULIEN
 250. TABAGISME
 251. TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE
 252. TARSALGIE – MÉTATARSALGIE
 253. TENDON (RUPTURE)
 254. TÉNOSYNOVITE
 255. THROMBOPHLÉBITE
 256. TIC
 257. TOUX
 258. TOXICOMANIE
 259. TRAC
 260. TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL
 261. TREMBLEMENT
 262. TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)
 263. TUMÉFACTION
 264. TYMPAN (PERFORATION TRAUMATIQUE)
 265. ULCÈRE DE JAMBE
 266. ULCÈRE DUODÉNAL
 267. ULCÈRE GASTRIQUE
 268. URÉTRITE
 269. URTICAIRE
 270. UTÉRUS (HYPERTROPHIE – FIBROME)
 271. VACCINATION
 272. VARICELLE
 273. VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS
 274. VERRUE
 275. VERTIGE – ÉTAT VERTIGINEUX
 276. VIH
 277. VULVITE – VAGINITE
 278. ZONA

DÉNOMINATIONS HORS LISTE

1. DHL 01 – Certaines maladies infectieuses et parasitaires
2. DHL 02 – Tumeurs bénignes
3. DHL 03 – Maladies du sang, des organes hémato. et certaines maladies du système immunitaire
4. DHL 04 – Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
5. DHL 05 – Troubles mentaux et du comportement
6. DHL 06 – Maladies du système nerveux
7. DHL 07 – Maladies de l'oeil et de ses annexes
8. DHL 08 – Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
9. DHL 09 – Maladie de l'appareil circulatoire
10. DHL 10 – Maladies de l'appareil respiratoire
11. DHL 11 – Maladies de l'appareil digestif
12. DHL 12 – Maladies de la peau et des tissus cellulaires sous cutanés
13. DHL 13 – Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles
14. DHL 14 – Maladies de l'appareil génito-urinaire
15. DHL 15 – Grossesse, accouchement et puerpéralité
16. DHL 16 – Certaines affections dont origine période périnatale
17. DHL 17 – Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
18. DHL 18 – Symptômes, signes et résultats anormaux, non classé

ANNEXE 3

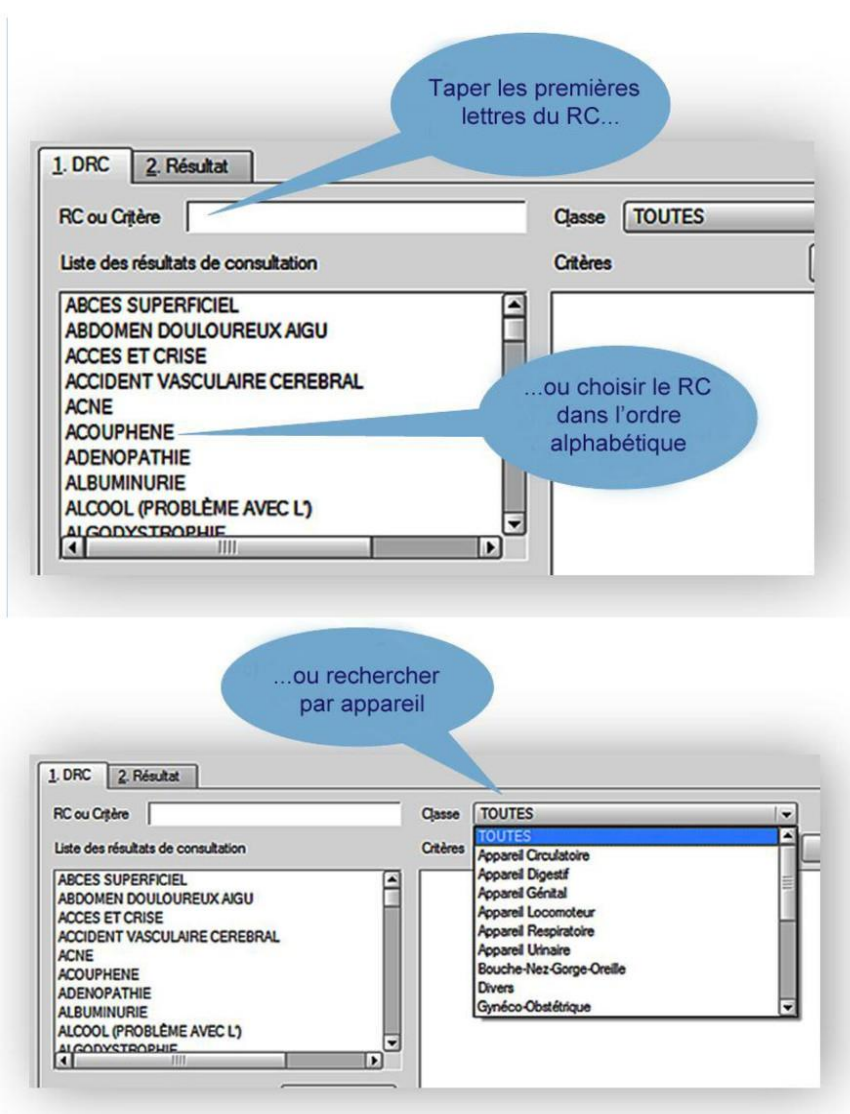
Mode d'emploi de l'eDRC

Au terme de l'interrogatoire, de l'examen clinique, voire de la lecture d'examens complémentaires, le médecin doit nommer précisément le ou les tableaux cliniques qu'il prend en charge.

Il va utiliser le Dictionnaire des Résultats de consultation® (DRC®)

1- Le médecin choisit un Résultat de consultation

Choisir le tableau clinique (Résultat de consultation - RC -) correspondant à la situation clinique observée.

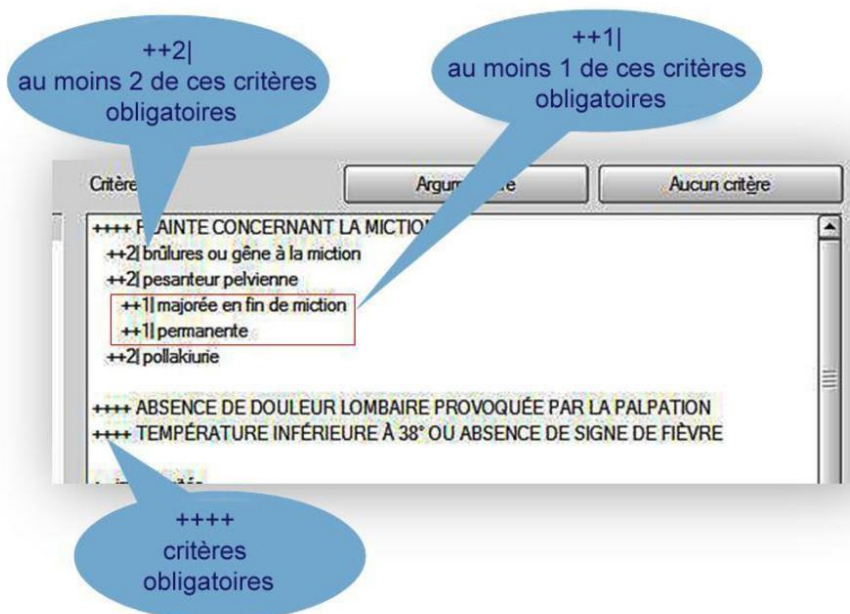


2- Le médecin confirme le choix de ce RC en validant les "critères d'inclusion"

Les critères dit d'inclusion sont les éléments (items) obligatoires pour relever cette situation clinique. Ils permettent une bonne discrimination entre deux RC.

Ces critères sont codés de plusieurs manières :

- ++++ : le patient doit présenter ce critère
- ++1 : le patient doit présenter au moins 1 des critères
- ++2 : le patient doit présenter au moins 2 des critères
- ++3 : le patient doit présenter au moins 3 des critères
- ++4 : le patient doit présenter au moins 4 des critères

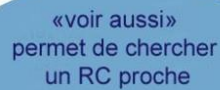


3- Le médecin peut compléter son recueil sémiologique

Des **items facultatifs** appelés compléments sémiologique permettent si besoin de compléter le relevé sémiologique.

Ils sont codés : +-

Il regarde dans la liste des **"voir aussi"** liés au RC. C'est une aide à l'utilisation du dictionnaire. La lecture de la liste aide le médecin à vérifier qu'il ne s'est pas trompé de RC. Les **"voir aussi"** sont des RC sémiologiquement proches.



5- Le médecin doit caractériser le niveau diagnostique

Le médecin précise s'il s'agit d'un **symptôme**, d'un **syndrome**, d'un **tableau de maladie**, d'une **maladie confirmée** ou d'une **situation non morbide** (acte de prévention ou administratif). Ce sont ce que nous appelons les "positions diagnostiques".

6- Le médecin précise s'il s'agit ou non d'un nouveau cas

Le "Code Suivi" permet au médecin de **préciser si la situation est nouvelle pour le patient, ou persistante, voir chronique**. Il permet de visualiser le déroulement de l'épisode de soin.

Il existe deux codes suivis : N pour un nouveau cas (c'est-à-dire première observation par un médecin) et P pour un cas persistant.

Il existe également un code R, lorsque la situation a évolué ou a été précisée (examen complémentaire) et nécessite de choisir un RC plus caractéristique.

The screenshot shows a medical software interface. On the left, a list of medical conditions is visible: ACCIDENT, ACNE, ACOUPHENE, ADENOPATHIE, ALBUMINURIE, ALCOOL (PROBLÈME AVEC L'), and ALGODYSTROPHIE. Below this list is a button labeled "Voir aussi" with a double-left arrow icon. On the right, there are two sections: "Position diagnostique" and "Code suivi". The "Position diagnostique" section has radio buttons for A, B, C, D, and Z. The "Code suivi" section has radio buttons for N, P, and R. Two blue callout boxes provide additional information:

- il faut préciser s'il s'agit :**
 - d'un symptôme (A)
 - d'un syndrome (B)
 - d'un tableau de maladie (C)
 - d'une maladie confirmée (D)
 - d'un acte de prévention ou administratif (Z)
- et s'il s'agit :**
 - d'une situation nouvelle (N)
 - d'une situation persistante (P)
 - d'une situation à réviser (R)

7- Si le médecin utilise la version logicielle du DRC

Il faut d'abord **valider** pour ensuite **copier le ou les Résultats de consultation** choisi(s) dans votre logiciel métier en utilisant le presse papier.

1. DRC 2. Résultat

RC ou Critère: cysta Classe: TOUTES Tout montrer

Liste des résultats de consultation

CYSTITE - CYSTALGIE

++++ PLAINTES CONCERNANT LA MICTION
 ++2 brûlures ou gêne à la miction
 ++2 pesanteur pelvienne
 ++1 majorée en fin de miction
 ++1 permanente
 ++2 pollakiurie

++++ ABSENCE DE DOULEUR LOMBAIRE PROVOQUÉE PAR LA PALPATION
 ++++ TEMPÉRATURE INFÉRIEURE À 38° OU ABSENCE DE SIGNE DE FIÈVRE

Code suivi: N P R Asymptomatique

Ajouter RC Supprimer RC

Résultats de consultation: PD CS CIM10 Asymptomatique

en cliquant sur «Ajouter RC»
vous enregistrez le RC...
(vous pouvez saisir
un autre RC si besoin)

Le plaisir, c'est comprendre

Patient: Age: Homme Femme Effacer tout

Style: QtCurve

À p Quitter

1. DRC 2. Résultat

Le 21/11/2012 (Age: Sexe:)
 CYSTITE - CYSTALGIE (C, N) CODE CIM 10: N30.9
 ++++ PLAINTES CONCERNANT LA MICTION
 ++2 brûlures ou gêne à la miction
 ++2 pesanteur pelvienne
 ++1 majorée en fin de miction
 ++++ ABSENCE DE DOULEUR LOMBAIRE PROVOQUÉE PAR LA PALPATION
 ++++ TEMPÉRATURE INFÉRIEURE À 38° OU ABSENCE DE SIGNE DE FIÈVRE
 +- impériosités

Copier dans le presse papier

puis cliquer sur «Résultat»

puis copier le(s) RC
dans votre logiciel médical

ANNEXE 4

La Classification Internationale des Soins Primaires (CISP)

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil	F	Ostéo-articulaire	L
Procédures	-30 Ex médical/bilan santé détaillé	F01 Oeil douloureux	L01 S/P du cou	L01 S/P du cou	
	-31 Ex médical/bilan santé partiel	F02 Oeil rouge	L02 S/P du dos	L02 S/P du dos	
	-32 Test de sensibilité	F03 Ecoulement de l'œil	L03 S/P des lombes	L03 S/P des lombes	
	-33 Ex microbiologique/immunologique	F04 Taches visuelles/flottantes	L04 S/P du thorax	L04 S/P du thorax	
	-34 Autre analyse de sang	F05 Autre perturbation de la vision	L05 S/P du flanc et du creux axillaire	L05 S/P du flanc et du creux axillaire	
	-35 Autre analyse d'urine	F13 Sensation oculaire anormale	L07 S/P de la mâchoire	L07 S/P de la mâchoire	
	-36 Autre analyse de selles	F14 Mouvements oculaires anormaux	L08 S/P de l'épaule	L08 S/P de l'épaule	
	-37 Cytologie	F15 Apparence anormale de l'œil	L09 S/P du bras	L09 S/P du bras	
	-38 Autre analyse de laboratoire	F16 S/P de la paupière	L10 S/P du coude	L10 S/P du coude	
	-39 Epreuve fonctionnelle	F17 S/P lunettes	L11 S/P du poignet	L11 S/P du poignet	
-40 Endoscopie	F18 S/P lentilles de contact	L12 S/P de la main et du doigt	L12 S/P de la main et du doigt		
-41 Radiologie diagnostique/imagerie	F27 Peur d'une maladie de l'œil	L13 S/P de la hanche	L13 S/P de la hanche		
-42 Traéc électrique	F28 Limitation de la fonction/incap. (F)	L14 S/P de la jambe et de la cuisse	L14 S/P de la jambe et de la cuisse		
-43 Autre procédure diagnostique	F29 Autre S/P de l'œil	L15 S/P du genou	L15 S/P du genou		
-44 Vaccination/médication préventive	F70 Conjonctivite infectieuse	L16 S/P de la cheville	L16 S/P de la cheville		
-45 Recueil, éducation, conseil/avis/tégime	F71 Conjonctivite allergique	L17 S/P du pied et de l'orteil	L17 S/P du pied et de l'orteil		
-46 Discussion entre dispensateurs SSP	F72 Biphérite, orgelet, chalazion	L18 Douleur musculaire	L18 Douleur musculaire		
-47 Discussion dispensateur spécialiste	F73 Autre infection/inflammation de l'œil	L19 S/P musculaire NCA	L19 S/P musculaire NCA		
-48 Clarification de la demande du patient	F74 Décollement de la rétine	L20 S/P d'une articulation NCA	L20 S/P d'une articulation NCA		
-49 Autre procédure préventive	F83 Rétinopathie	L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire	L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire		
-50 Médication/prescription/injection	F84 Dégénérescence maculaire	L27 Peur autre maladie syst. ostéo-articul	L27 Peur autre maladie syst. ostéo-articul		
-51 Incision/d'usage/aspiration	F85 Ulcère de la cornée	L28 Limitation de la fonction/incap. (L)	L28 Limitation de la fonction/incap. (L)		
-52 Excision/biopsie/curettage/debridation	F86 Trachome	L29 Autre S/P ostéo-articulaire	L29 Autre S/P ostéo-articulaire		
-53 Perfusion/intubul/dilatat./appareilage	F91 Déficit de réfraction	L70 Infection du syst. ostéo-articulaire	L70 Infection du syst. ostéo-articulaire		
-54 Répar./fixation/suture/plâtre/prothèse	F92 Cataracte	L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire	L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire		
-55 Traitement local/infiltration	F93 Glaucome	L72 Fracture du radius/du cubitus	L72 Fracture du radius/du cubitus		
-56 Pansement/compression/bandage	F94 Cécité	L73 Fracture du tibia/du péroné	L73 Fracture du tibia/du péroné		
-57 Thérapie manuelle/médecine physique	F95 Strabisme	L74 Fracture de la main/du pied	L74 Fracture de la main/du pied		
-58 Conseil therap./écoute/examens	F99 Autre maladie de l'œil/annexes	L75 Fracture du fémur	L75 Fracture du fémur		
-59 Autres procédures thérapéoutiques		L76 Autre fracture	L76 Autre fracture		
-60 Résultats analyses/examens		L77 Entorse de la cheville	L77 Entorse de la cheville		
-61 Résultats ext/procd autre dispensateur		L78 Entorse du genou	L78 Entorse du genou		
-62 Contact administratif		L79 Entorse articulaire NCA	L79 Entorse articulaire NCA		
-63 Rencontre de suivi		L80 Luxation et subluxation	L80 Luxation et subluxation		
-64 Epis. nouveau/en cours/init. par disp.		L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire	L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire		
-65 Epis. nouveau/en cours init. par pers.		L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire	L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire		
-66 Référence à dispense SSP mit pers.		L83 Syndrome cervical	L83 Syndrome cervical		
-67 Référence à médecin		L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation	L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation		
-68 Autre référence		L85 Déformation acquise de la colonne	L85 Déformation acquise de la colonne		
-69 Autres procédures		L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation	L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation		
		L87 Bursite, tendinite, synovite NCA	L87 Bursite, tendinite, synovite NCA		
		L88 Polyarthrite rhumatoïde stéroïdopositive	L88 Polyarthrite rhumatoïde stéroïdopositive		
		L89 Coxarthrose	L89 Coxarthrose		
		L90 Gonarthrose	L90 Gonarthrose		
		L91 Autre arthrose	L91 Autre arthrose		
		L92 Syndrome de l'épaule	L92 Syndrome de l'épaule		
		L93 Coude du joueur de tennis	L93 Coude du joueur de tennis		
		L94 Ostéochondrose	L94 Ostéochondrose		
		L95 Ostéoporose	L95 Ostéoporose		
		L96 Lésion aiguë interne du genou	L96 Lésion aiguë interne du genou		
		L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.	L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.		
		L98 Déformation acquise membres inf	L98 Déformation acquise membres inf		
		L99 Autre maladie ostéo-articulaire	L99 Autre maladie ostéo-articulaire		
Général et non spécifié A	Syst. Digestif D	Oreille H		Neurologique N	
A01 Douleur générale/de sites multiples	D01 Douleur/crampe abdominales gén.	H01 Douleur d'oreille/otalgie		N01 Mal de tête	
A02 Frissons	D02 Douleur abdominale/épigastrique	H02 P. d'audition		N03 Douleur de la face	
A03 Fièvre	D03 Brûlure/brûlant/troublement estomac	H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille		N04 Jambes sans repos	
A04 Faigue/faiblesse générale	D04 Douleur rectale/anale	H04 Ecoulement de l'oreille		N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils	
A05 Sensation d'être malade	D05 Cécité	H05 Saignement de l'oreille		N06 Autre perturbation de la sensibilité	
A06 Erassissement/syncope	D06 Démangeaisons périanales	H13 Sensation d'oreille bouchée		N07 Convulsion/crise convulsale	
A07 Coma	D06 Douleur abdominale loc.	H15 Précoc. par l'aspect des oreilles		N08 Mouvements involontaires anormaux	
A08 Gonflement	D07 Dyspepsie/indigestion	H27 Peur d'une maladie de l'oreille		N16 Perturbation du goût/de l'odorat	
A09 P. de transpiration	D08 Flatulence/gaz/renvoi	H28 Limitation de la fonction/incap. (H)		N17 Vertège/étourdissement	
A10 Saignement/hémorragie NCA	D09 Nausée	H70 Otite externe		N18 Paralyse/faiblesse	
A11 Douleur thoracique NCA	D10 Vomissement	H71 Otite moyenne aiguë/myringite		N19 Trouble de la parole	
A13 Préoc. par/peur traitement médical	D11 Diarrhée	H72 Otite moyenne séreuse		N26 Peur d'un cancer neurologique	
A14 Nourishment irritabile	D12 Constipation	H73 Salpingite d'eustache		N27 Peur d'une autre maladie neurologique	
A18 Préoc. par son aspect extérieur	D13 Jaunisse	H74 Otite moyenne chronique		N28 Limitation de la fonction/incap. (N)	
A20 Demande/discussion sur l'euthanasie	D14 Hématémèse/vomissement de sang	H75 Tumeur de l'oreille		N70 Polomyélite	
A21 Facteur de risque de cancer	D15 Méléna	H76 CE dans l'oreille		N71 Ménigite/encéphalite NCA	
A23 Facteur de risque NCA	D16 Saignement rectal	H77 Lésion traumat. supér. de l'oreille		N72 Tétanos	
A25 Peur de la mort de mourir	D17 Incontinence rectale	H79 Autre lésion traumat. de l'oreille		N73 Autre infection neurologique	
A26 Peur du cancer NCA	D18 Modification selles/mouvem. intestin	H80 Anom. congénitale de l'oreille		N74 Cancer du syst. neurologique	
A27 Peur d'une autre maladie NCA	D19 S/P dents/gencives	H81 Excrès de cérumen		N75 Tumeur bénigne neurologique	
A28 Limitation de la fonction/incap. NCA	D20 S/P bouche/langue/lèvres	H82 Syndrome vertigineux		N76 Autre tumeur indét. neurologique	
A29 Autre S/P général	D21 P. de déglutition	H83 Otosclérose		N79 Commotion	
A70 Tuberculose	D22 Hépatomégalie	H84 Presbycusis		N80 Autre lésion traumat. de la tête	
A71 Rougeole	D23 Hépatomégalie	H85 Traumatisme sonore		N81 Autre lésion traumat. neurologique	
A72 Varicelle	D24 Masse abdominale NCA	H86 Surdité		N85 Anom. congénitale neurologique	
A73 Paludisme	D25 Distension abdominale	H99 Autre maladie de l'oreille/mastoïde		N86 Sclérose en plaque	
A74 Rubéole	D26 Peur du cancer du syst. digestif			N87 Syndrome parkinsonien	
A75 Mononucléose infectieuse	D27 Peur d'une autre maladie digestive			N88 Epilepsie	
A76 Autre exanthème viral	D28 Limitation de la fonction/incap. (D)			N89 Migraine	
A77 Autre maladie virale NCA	D29 Autre S/P du syst. digestif			N90 Algie vasculaire de la face	
A78 Autre maladie infectieuse NCA	D70 Infection gastro-intestinale			N91 Paralyse faciale/paralyse de Bell	
A79 Cancer NCA	D71 Oreillons			N92 Névralgie du trijumeau	
A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA	D72 Hépatite virale			N93 Syndrome du canal carpien	
A81 Polytraumatisme/lésions multiples	D73 Gastro-entérite présumée infectieuse			N94 Névrite/neuropathie périphérique	
A82 Effet tardif d'un traumatisme	D74 Cancer de l'estomac			N95 Céphalée de tension	
A84 Intoxication par subst. médicamente	D75 Cancer du colon/du rectum			N99 Autre maladie neurologique	
A85 Effet sec. subst. médicamente	D76 Cancer du pancréas				
A86 Effet toxique subst. non médicamente	D77 Autre cancer digestif/NCA				
A87 Complication de traitement médical	D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig.				
A88 Effet sec. de facteur physique	D79 CE du syst. digestif				
A89 Effet sec. de matériel prothétique	D80 Autre traumat. du syst. digestif				
A90 Anom. congénitale NCA/multiple	D81 Anom. congénitale du syst. digestif				
A91 Résultat d'investigat. anomalie NCA	D82 Maladie des dents/des gencives				
A92 Allergie/réaction allergique NCA	D83 Maladie bouche/langue/lèvres				
A93 Nouveau-né prématuré	D84 Maladie de l'œsophage				
A94 Autre morbidité périnatale	D85 Ulcère duodénal				
A95 Mortalité périnatale	D86 Autre ulcère peptique				
A96 Mort	D87 Trouble de la fonction gastrique				
A97 Pas de maladie	D88 Appendicite				
A98 Gestion santé/médecine préventive	D89 Hernie inguinale				
A99 Maladie de nature/site non précisé	D90 Hernie hiatale				
	D91 Autre hernie abdominale				
	D92 Maladie diverticulaire				
	D93 Syndrome du colon irritable				
	D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse				
	D95 Fissure anale/abcès périanal				
	D96 Vers/autre parasite				
	D97 Maladie du foie NCA				
	D98 Cholécyte/cholelithase				
	D99 Autre maladie du syst. Digestif				
	CODES PROCÉDURE				
	SYMPTÔMES ET PLAINTES				
	INFECTIONS				
	NÉOPLASMES				
	TRAUMATISMES				
	ANOMALIES CONGÉNITALES				
	AUTRES DIAGNOSTICS				

RESUME

RESUME

Introduction : Ce travail est né d'une interrogation en découvrant le Dictionnaire des Résultats de consultation (DRC) : Pourquoi cet outil, paraissant très utile et pratique, est-il aussi méconnu de la majorité des médecins généralistes ? Percevant qu'il existait des freins à sa vulgarisation, nous avons tenté de les identifier et d'émettre des pistes pour les résoudre.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par des entretiens semi dirigés de Juillet à Novembre 2013. Une triangulation a été réalisée après avoir atteint l'effet de saturation au bout de 33 auditions. Les résultats obtenus ont été analysés en fonction de sous-groupes, avant d'en faire une synthèse.

Résultats : La majorité des médecins utilisaient le texte libre pour documenter leur dossier médical. L'utilisation de la CIM10 était considérée comme non adaptée aux soins primaires. Les principaux freins identifiés sont : l'absence d'intérêt chez les médecins pour utiliser une nomenclature, l'absence du DRC dans la plupart des logiciels médicaux, l'absence d'enseignement à la faculté, la peur que cela prenne du temps et que son apprentissage soit chronophage, enfin, ils portent un regard négatif sur la SFMG, perçue comme une société savante, élitiste, et loin de leurs préoccupations avec une communication inadaptée. Parmi les solutions avancées : une intégration du DRC dans tous les logiciels médicaux, sa promotion dans les départements de médecine générale des facultés, une autre manière de communiquer...

Conclusion : Le principal problème du DRC est qu'il est peu connu des généralistes. Cette étude, en identifiant des freins exprimés par les médecins eux même, au sujet du DRC, met en valeur des leviers pour optimiser sa vulgarisation. Le DRC mieux diffusé fera « de lui-même » la preuve de son utilité. Sa popularité auprès des internes qui le découvrent le montre bien.

Mots clés : médecine générale, nomenclature, classification, consultation, dictionnaire des résultats de consultation, dossier médical, logiciel médical



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

