



Évaluation et perceptions des médecins généralistes en formation utilisant le dictionnaire des résultats de consultation de la SFMG

Valérien Gachowitch

► To cite this version:

Valérien Gachowitch. Évaluation et perceptions des médecins généralistes en formation utilisant le dictionnaire des résultats de consultation de la SFMG. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03260983

HAL Id: dumas-03260983

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03260983v1>

Submitted on 15 Jun 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2021 N° 38

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE

DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 18/05/2021

À : AMIENS

Par GACHOWITCH Valérian

Né le 29/07/1987 à Caen

**Évaluation et perceptions des médecins généralistes en formation utilisant le
Dictionnaire des Résultats de Consultation de la SFMG**

Président du Jury : Monsieur le Professeur Olivier Ganry

Jury: Madame le Professeur Catherine Lok

Madame le Professeur Rachel Desailoud

Monsieur le Professeur Johann Peltier

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Legroux Charles

Remerciements

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Olivier GANRY

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Epidémiologie, économie de la santé et Prévention)

Responsable du service d'Epidémiologie, hygiène hospitalière et santé publique

Pôle "Préventions, Risques, Information médicale et Epidémiologie"

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A mes juges,

Madame le Professeur Catherine LOK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Dermatologie-Vénéréologie)

Membre du Conseil de l'UFR de Médecine

Chef du Service de Dermatologie

Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques)

Monsieur le Professeur Johann PELTIER

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Anatomie)

Chef du Service de Neurochirurgie

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, soyez assurés de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Charles LEGROUX, spécialiste en médecine générale,

Pour avoir accepté de diriger ce travail, pour votre confiance renouvelée, votre sagesse.

Trouvez ici la marque de ma reconnaissance pour votre accompagnement.

A mes maîtres de stage axonais :

Dr Bilbaut Philippe,

Dr Cauwet Vincent,

Dr Zaraa Abdel,

Dr Desmet Denise.

Mais également,

Dr Desesquelle Dominique,

Dr Trehou Philippe.

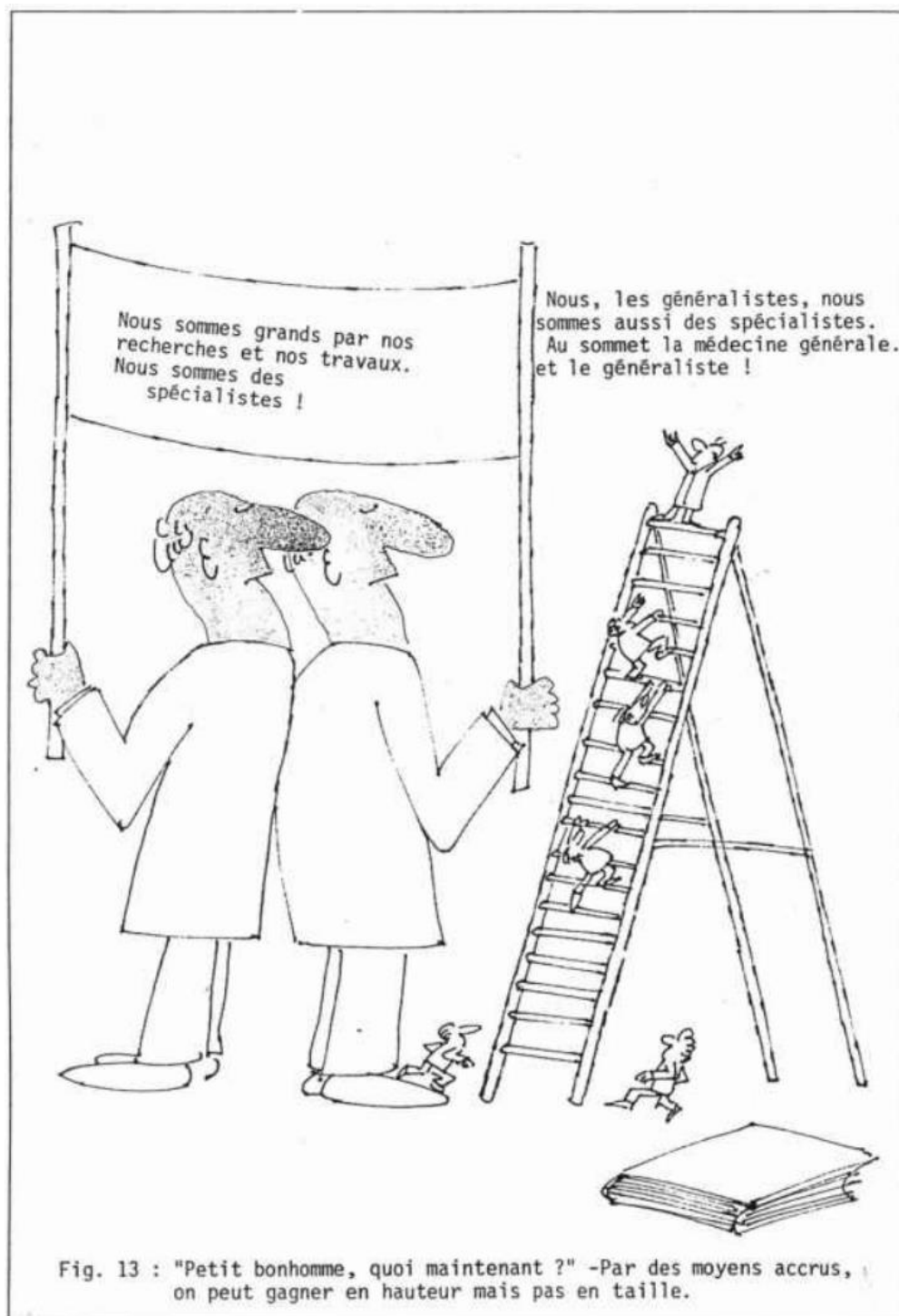
Aux membres de la SFMG, Dr Chouilly Julie, Dr Vincent Manuel, Dr Ariza Matthieu.

Pensées aux médecins partis trop tôt,

Dr Serradji Amine, Château Thierry,

Dr Marc Legrand, Bohain en Vermandois.

Préambule



Reproduction avec l'aimable autorisation de la SFMG [1]

Table des matières

<i>Liste des abréviations</i>	<i>7</i>
1 Avant-propos	8
1.1 Présentation de la SFMG	8
1.2 Le docteur Braun et sa théorie professionnelle.....	9
1.3 Mise en pratique par la SFMG.....	11
2 Introduction.....	17
3 Matériels et méthodes.....	19
3.1 Choix de la méthode	19
3.2 Elaboration du questionnaire	21
3.3 Population étudiée	22
3.4 Déroulement de l'enquête	23
3.5 Analyse statistique	23
4 Résultats	24
4.1 Généralités.....	24
4.2 Faculté d'origine	24
4.3 Age des participants	25
4.4 Statut actuel.....	25
4.5 Année de soutenance	26
4.6 Première rencontre avec le DRC	26
4.7 Utilisation en pratique quotidienne.....	30
4.8 Gestion de l'incertitude diagnostique	35
4.9 Aspects pédagogiques	40
4.10 Situation actuelle.....	41

5	<i>Discussion.....</i>	46
5.1	<i>Sur l'échantillon.....</i>	46
5.2	<i>Sur la construction du questionnaire.....</i>	48
5.3	<i>Sur les résultats.....</i>	49
6	<i>Conclusion.....</i>	60
7	<i>Bibliographie.....</i>	62
	<i>ANNEXE 1 : Conclusion de l'ouvrage « La médecine générale, sa position et son rôle dans la médecine » par Dr R.N. Braun.....</i>	64
	<i>ANNEXE 2 : Exemples d'utilisation du DRC.....</i>	65
	<i>ANNEXE 3 : Questionnaire de l'enquête</i>	73
	<i>ANNEXE 4 : Verbatim des commentaires libres</i>	76

Liste des abréviations

CIM 10 : Classification internationale des maladies, 10^e version

CISP : Classification Internationale des Soins Primaires, crée par l'organisation internationale de la Médecine Générale (WONCA)

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNGE : Collège nationale des généralistes enseignants

DES : Diplôme d'études spécialisées

DMG : Département de médecine générale

DRC : Dictionnaire des résultats de consultation

FMC : Formation médicale continue

EBM : « *evidence based medecine* », médecine basée sur les preuves

IMG : Interne de médecine générale

MSU : Maitre de Stage Universitaire

OMG : Observatoire de la Médecine Générale

RC : Résultat de consultation

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SFMG : Société française de médecine générale

1 Avant-propos

Débuté en 1983 et mis à jour annuellement, le dictionnaire des résultats de consultation (DRC®) est une œuvre collective de la Société française de médecine générale (SFMG).

Le DRC est à l'origine une monographie sous forme papier¹ des morbidités les plus fréquentes en consultation de médecine générale puis a évolué sous forme informatique.

Il résulte des études épidémiologiques des Dr Bernard Vincent et Olivier Rosowsky², qui ont appliqué à une échelle départementale la méthode analytique [2] du Dr R.N Braun, médecin généraliste autrichien (1914-2007).

Il nous paraît indispensable de présenter ces entités pour comprendre notre étude.

1.1 Présentation de la SFMG

La SFMG est une société savante fondée en 1973 et membre du Collège de la Médecine Générale.

C'est une structure non syndicale constituée de 1200 membres associés et titulaires répartis sur toute la France dont le but est de promouvoir la médecine générale.

Elle est par exemple à l'origine (1987) des groupes de pairs³ en France et a réalisé la prouesse humaine et technologique de récolter pendant 15 ans (1994-2009) les données épidémiologiques de 690 000 patients à travers 6 millions de consultations : l'Observatoire de la Médecine Générale [3].

En tant que société scientifique, elle accompagne les médecins dans leur développement professionnel continu (organisme de FMC et DPC) et met à disposition des professionnels de santé des outils d'amélioration des pratiques dont un logiciel (le Thériaque) d'aide à la prescription [4], un moteur de recherche basé sur Google et filtré sur 75 sites web médicaux (La Doc du Doc⁴), un référentiel de recommandations francophones en médecine générale (DReFC⁵) et enfin le Dictionnaire des résultats de consultation (DRC).

¹ Jacot P et al. Le Dictionnaire des Résultats de consultation - 1e édition. SFMG. 1992.

² Respectivement président et conseiller de la SFMG, 1988.

³ http://www.sfm.org/groupe_de_pairs/

⁴ http://www.sfm.org/theorie_pratique/outils_de_la_demarche_medicale/la_doc_du_doc/

⁵ <http://drefc.sfm.org/>

1.2 Le docteur Braun et sa théorie professionnelle

Le docteur Robert Nikolas Braun (1914-2007) est un pionnier de la médecine générale et percevait celle-ci comme une terre vierge de la recherche scientifique.

Son ouvrage le plus connu, « Manuel de médecine générale », date de 1970 et fut traduit en France en 1979⁶. Il résultait de 25 années de pratique médicale.

Nous résumons ici les concepts développés dans son ouvrage « La médecine générale, sa position et son rôle dans la médecine » [5] publié en France en 1983.

Dans cet ouvrage, Braun décrit qu'au XIXe siècle, les grands noms de la recherche médicale (comme le pathologiste Virchow) pratiquaient la médecine générale mais la trouvaient dénuée d'intérêt scientifique⁷.

A cette époque, l'étude de cas cliniques demeurait pourtant la base de la connaissance médicale et l'expérience qui en résulte participa à la renommée de ces grands médecins scientifiques ; le bactériologiste Robert Koch était lui-même médecin généraliste.

Cependant : des malades, on retira uniquement l'expérience des maladies ; ainsi naquit la médecine d'organe.

Ce paradoxe s'est amplifié au XXe siècle avec le développement des spécialités médicales : les cas cliniques étudiés ne concernaient plus que des maladies peu fréquentes (médecine hospitalière) et on théorisait même, puisqu'on avait à présent tout étudié, la disparition la médecine générale⁸.

La formation médicale universitaire qui en résulta éloigna progressivement la médecine générale de son ambition holistique.

Constatant que la science médicale avait « négligé » les individus, R.N. Braun déclara devoir « s'acquitter d'une vieille dette vis-à-vis de nos malades » et voua sa vie à promouvoir la médecine générale.

Il observa que la médecine praticienne (en cabinet) se différenciait de la médecine hospitalière : le MG n'assurait pas le même rôle auprès des malades et s'éloignait, du fait de sa fonction de soins primaires, de la définition de la certitude : « état de l'esprit qui ne doute pas ».

⁶ Pratique, critique et enseignement de la médecine générale. Payot-Rivages 1979 et 1997.

⁷ Il s'agissait d'un « gagne-pain » (*traduction française de l'auteur*).

⁸ À l'instar de la chirurgie générale aujourd'hui.

Ses travaux débutés en 1945 ont d'abord consisté à singulariser notre pratique :

- *le praticien agit à tort en cherchant à établir un diagnostic clair à chacune de ses consultations,*
- *il doit prendre rapidement ses décisions,*
- *la médecine générale est éminemment dépendante du temps dont dispose le médecin.*

Définir notre science

Au sens cartésien, une technique, sans recherche fondamentale, n'est pas une science : comment démontrer que la MG est indispensable non pas par sa fonction⁹ mais par l'objet de son étude¹⁰ ?

Braun démontra par l'étude du développement des spécialités chirurgicales que chaque discipline médicale se caractérise par deux forces sur une même balance : le poids de l'expérience acquise et le poids des données de la science.

Or la médecine générale ne pouvait devenir une spécialité sans cette « structuration scientifique » : la reconnaissance de la médecine générale par ses pairs comme authentique discipline nécessitait donc selon lui une « dissection¹¹ de sa pratique, par le moyen de la statistique ».

Il débuta sa « recherche théorico-professionnelle¹² » en disséquant sa pratique quotidienne.

En réalisant à partir de 1950, seul et rigoureusement, une épidémiologie de la MG par l'étude statistique pluri-décennale de ses consultations, Braun montra que le praticien de MG rencontre en moyenne 300 situations cliniques différentes et que la principale difficulté de la médecine générale est la définition du cadre nosologique : à la fois incomplet et évolutif, il nécessite une adaptation, une mise à jour et une réflexion permanente du praticien.

Constatant l'impossibilité pour les disciplines d'organes de nommer ces situations et tableaux incomplets de maladie, Braun créa une nomenclature du cadre nosologique en MG, non pas à partir des manuels de médecine, mais à partir des patients.

⁹ Imposée par le système de santé : voir beaucoup de malades « peu graves » en peu de temps.

¹⁰ Le patient dans sa globalité.

¹¹ Terme explicité par la SFMG : « sémiologie clinique et épidémiologie en médecine générale ».

¹² Théorie professionnelle : définition d'une théorie pouvant expliquer la pratique de la MG.

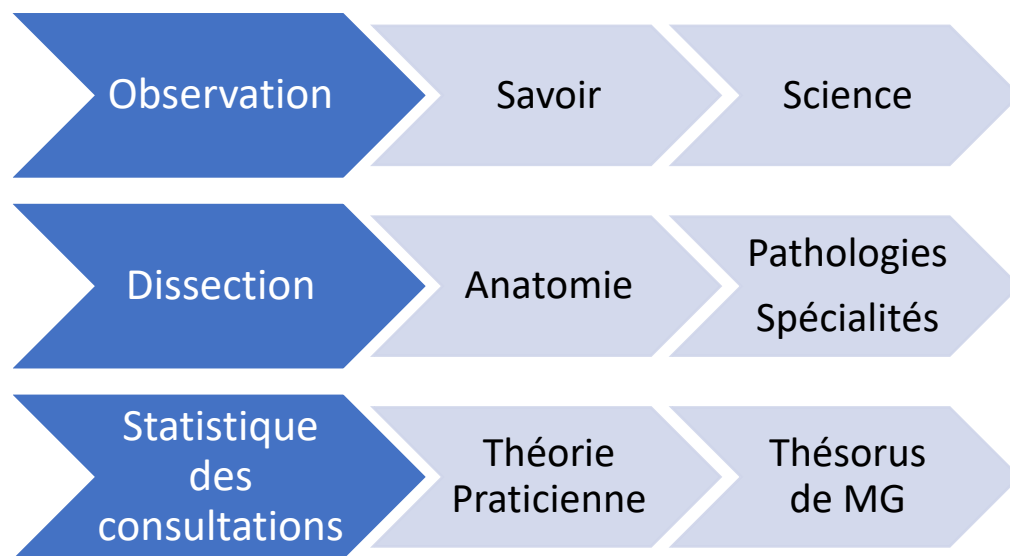


Fig.1. Le progrès scientifique ; approche cartésienne en médecine générale.

La prouesse de Braun est d'avoir fondé une théorie qui est scientifique (empirique et reproductible) alors qu'on reprochait justement à la MG d'avoir une thérapeutique empirique ou d'être un art indéfinissable.

Elle présageait une transcendance : *« l'âge d'or de la médecine générale, pendant lequel chaque médecin était maître avant Dieu dans sa discipline, touche à sa fin ».*

Les travaux du Dr Braun ne purent être exploités en France qu'à la suite de leur traduction, sous l'égide de la SFMG, à partir de 1979.

1.3 Mise en pratique par la SFMG

La nécessité de définir un dictionnaire des situations cliniques en médecine générale est explicitée par le Pr Bernard Grenier dans sa préface de l'édition 1996 du DRC [6] :

« La diversité et l'impression 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 ».

Par exemple, devant un patient qui présente une hyperthermie, il n'est pas raisonnable d'effectuer en médecine générale tous les examens complémentaires préconisés par l'item « fièvre inexpliquée » de l'enseignement universitaire, qui semble correspondre à cette situation.

Il justifie ainsi la nécessité du travail effectué par la SFMG :

« La triple exigence de rationalité, de transparence et de justification, exprime la nécessité d'une nouvelle modélisation à la fois celles 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 ».

Dans la « médecine du vrai monde », que conclure face au patient qui présente une association de symptômes généraux et signes d'examen ne correspondant à aucune maladie ? Les manuels de médecine ne seront alors d'aucune aide, et le praticien devant l'attente du patient pourrait conclure de façon irrationnelle à « un syndrome grippal », terme dont la généralisation médiatique lui a ôté toute signification.

En langage scientifique, cette situation correspond à un état morbide (« je me sens mal, je ne suis pas bien, je suis malade ») non caractéristique d'une maladie.

A défaut de conclure (*rationalité*), le médecin aura nommé cette situation (*justification*) modélisée grâce à la codification de ses observations (*transparence*).

Le DRC s'intègre donc dans une démarche professionnelle qui ambitionne de matérialiser les constatations du praticien, dans un langage propre afin de l'aider dans sa prise de décision : il s'agit selon les auteurs d'une taxinomie¹³ ou d'une lexicologie¹⁴.

Comment matérialiser cette démarche ?

- **En utilisant une codification** : le DRC, issu des statistiques du Dr Braun puis du Dr Vincent¹⁵, est une nomenclature de 296 « résultats de consultation » (RC) qui représentent les situations les plus fréquentes en médecine générale.

¹³ Andral J. Une nouvelle taxinomie en médecine générale. Thèse de médecine : université Paris-Sud, 1987.

¹⁴ Vincent B, Rosowsky O et coll. [2]

¹⁵ Validée nationalement par l'Observatoire de la Médecine Générale conjointement avec la CNAMTS.

Ces situations cliniques ont des caractères multiples :

Le généraliste voit dans une petite "consultation moyenne" près de 3000 cas (anciens et nouveaux) par an. Plus de 95 % se répartissent sur environ 300 classifications et diagnostics différents



25 % de classifications de symptômes cardinaux	25 % de classification de groupes de symptômes	40 % de classification de tableaux de maladies	10 % de diagnostics clairement établis
--	--	--	--

Répartition des 4 "types" de résultats de consultations dans l'ensemble des résultats de consultation praticienne relevés pendant de longues années.

Fig. 2 : loi de répartition des cas de R.N. Braun [5]

Après avoir été déterminé, le résultat de consultation est codifié selon son caractère en : **symptôme (A), syndrome (B), tableau de maladie ¹⁶(C) ou diagnostic certifié¹⁷ (D).**

Comment codifier le caractère évolutif d'un résultat de consultation ?

- **En utilisant un code de suivi** : N pour nouveau cas et P pour persistant.

Ces 300 RC permettent de rassembler 95 % des situations rencontrées en MG et les études épidémiologiques montrent que 25 RC représentent 50 % des consultations.

Dans 70% des cas, la consultation n'aboutit pas à un diagnostic précis : il faut donc envisager le DRC comme un véritable outil de gestion de l'incertitude diagnostique.

Pour ce faire, le DRC introduit à sa nomenclature une méthode de gestion des risques.

Qu'est-ce que le risque évitable ?

Même si la majorité des troubles rencontrés en médecine générale sont bénins, le praticien en soins primaires doit être à même de déceler une évolution critique évitable.

¹⁶ Complet ou non.

¹⁷ Par examen complémentaires, histologie...

- Le 1^{er} risque : le DRC permet de vérifier que la situation clinique ne correspond pas à une autre situation clinique ayant des critères communs. Par exemple, si l'on choisit le résultat « céphalées » qui est un symptôme (A), le DRC présente comme 1^{er} risque « migraine », qui est un syndrome (B).

Le praticien doit s'assurer que le tableau clinique du patient correspond à son résultat.

- Le 2^{ème} risque : le DRC permet d'évoquer l'évolution grave d'une maladie comportant les mêmes critères d'inclusion du cas observé. Par exemple : « anévrysme artériel » est mentionné comme 2^e risque dans le RC « céphalées ». Alors que le RC « migraine » n'en comporte aucun, car c'est une maladie considérée comme bénigne.

Si cette démarche décisionnelle ressemble à l'approche classique des diagnostics différentiels, son adaptation en MG révèle son potentiel dans la gestion de l'incertitude diagnostique, prédominante dans notre pratique : **il permet d'acquérir à un moment donné une certitude clinique comportant un doute étiologique conscient.**

Une classification d'un phénomène dans une nomenclature nécessite une bonne observation et le DRC, comme taxinomie adaptée à la MG, ne dévoile son potentiel que si l'observation du praticien est correcte. Celle-ci est facilitée par la définition de chaque RC par des signes d'inclusion qui sont objectifs : le médecin en visualisant ces critères peut valider son raisonnement ou s'en servir pour compléter son observation.

Après apprentissage de son fonctionnement, le DRC ne nécessite qu'une chose : un temps d'observation clinique suffisant.

Que faire avec le résultat de consultation ?

Pour le DRC dans sa forme logicielle, le RC est résumé informatiquement et intégré au dossier médical.

Quelle est la place du RC dans la décision médicale ?

Le RC ne représente que le socle de la décision médicale et non son aboutissement : il permet de nommer¹⁸ la situation clinique.



Fig. 3 : la démarche décisionnelle lors d'une consultation, document SFMG [7]

Le RC permet de caractériser la situation diagnostique au terme de la consultation et de définir le problème que le médecin estime avoir à résoudre.

Celui-ci doit allier le RC à de nombreux éléments décisionnels : antécédents, situation sociale, expérience du médecin ...

Ces éléments décisionnels sont regroupés par le terme « **espace de liberté** » : le RC, selon sa gravité ou ses conséquences, occupe plus ou moins de place dans la décision médicale.

Par exemple, un syndrome abdominal aigu (cf. schéma ci-dessous de gauche), n'offre au médecin qu'une marge de décision (espace de liberté) très réduite par rapport à une douleur abdominale sans critères de gravité (exemple repris en annexe 2).

¹⁸ « Nommer ce n'est pas trouver une étiquette arbitraire pour désigner des objets, c'est exprimer avec un mot la réalité spécifique des objets ». Platon, le Cratyle.

En revanche, une rhinopharyngite offre un espace de liberté plus grand en raison de sa bénignité (cf. schéma ci-dessous de droite) et oblige à prendre en compte les éléments socio-culturels pour guider une éventuelle prescription.

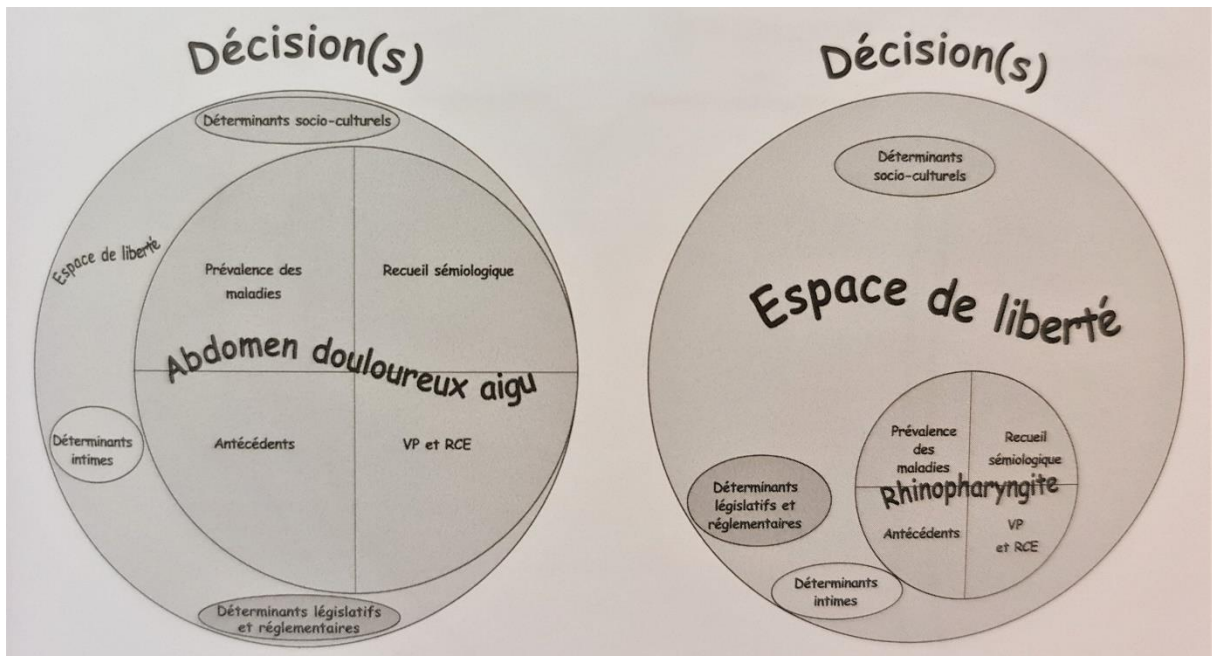


Fig. 4 : concept d'espace de liberté, document SFMG [8]

Deux exemples concrets d'utilisation du DRC sont disposés en annexe 2.

Résumé

Les objectifs du DRC sont de permettre simultanément, à chaque consultation :

- De nommer chaque situation clinique, appelée « résultat de consultation » (RC), avec certitude, même si le diagnostic est incertain,
- De classer cette situation dans une temporalité, d'enregistrer ce résultat (codification) dans le dossier médical et de suivre sa dynamique,
- D'adopter un langage scientifique médical au lieu de termes subjectifs,
- Et de rappeler les « drapeaux rouges » afférents associés à ce résultat, augmentant le niveau d'attention du praticien et sa vigilance.

2 Introduction

Le DRC est fondamentalement un système de codage des problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés en médecine générale. Créé et promu par la SFMG, son utilisation existe exclusivement en langue française.

Il existe d'autres systèmes de codification mondialement utilisés dont le CISP qui comporte 1400 concepts et le CIM 10 qui en comporte 30 000.

Ces deux systèmes (CISP2 et CIM10) sont critiquables [9] notamment par l'inadéquation de leurs objectifs avec les défis du médecin généraliste : ils s'apparentent plus à des instruments de mesure de la pratique à des fins statistiques plutôt qu'à une aide décisionnelle à celle-ci.

Tandis que le CISP et CIM sont des classifications, le DRC est une nomenclature :

Alors qu'une nomenclature est nécessaire au recueil standardisé des données médicales (notamment dans le cadre du dossier médical informatisé), une classification est plutôt adaptée à l'analyse épidémiologique des données agrégées [10].

En comparaison, le DRC liste les 300 situations cliniques les plus fréquentes en MG ; il n'a cependant pas pour but de concurrencer le CISP et le CIM 10 dont il reprend les critères diagnostiques¹⁹ : il est un juste milieu entre un outil statistique et un outil clinique²⁰.

Cette standardisation de la démarche diagnostique répond au besoin de « spécialisation » de la médecine générale décrit en avant-propos : par la correspondance des RC avec les critères du CIM 10, **le DRC fait entrer « l'evidence based medicine » en médecine générale.**

Si les médecins les plus expérimentés peuvent considérer cette démarche comme astreignante [11], elle constitue théoriquement un outil pédagogique puissant pour les internes de médecine générale (IMG) qui n'ont pas vécu un panel de situations cliniques suffisant et peuvent se retrouver déconcertés par la combinaison de nombreux facteurs :

- La confrontation de l'enseignement universitaire à la pratique quotidienne,
- La pression psychologique plurifactorielle de la consultation de médecine : seul face au patient, patientèle inconnue ...
- La difficulté d'établir un diagnostic.

¹⁹ Quand le RC correspond à une maladie.

²⁰ Il réalise le codage en « tâche masquée ».

Ces difficultés (manque de confiance, de formation initiale) ont été mises en évidence dans de nombreuses études avec comme conséquences l'allongement du DES de MG et des stages SASPAS dans le but d'approfondir l'expérience clinique de terrain.

Justification de l'étude

Il est légitime de s'intéresser aux bénéfices que pourraient tirer les internes de médecine générale d'une codification de la pratique médicale.

Une thèse quantitative [12] de 2008 par Kamel Hamoudi portant sur des internes en SASPAS avait consisté à recueillir 96 « fiches de consultation » rédigées par les internes puis à les faire correspondre, à posteriori et par l'investigateur, à des résultats de consultation.

Cette étude montrait que les internes de l'échantillon adoptaient par eux même une démarche scientifique, et confirmait pour ces 96 cas cliniques la validité de l'outil DRC²¹ : cette étude n'évaluait pas le DRC en condition d'utilisation.

Une thèse qualitative [13] publiée en 2014 par Jean Marie NG Cheong Vee interrogeant 32 médecins, analysant les causes de sa mauvaise diffusion, a montré que l'utilisation du DRC manquait de reconnaissance. Elle explicitait les freins à son utilisation et proposait plusieurs moyens d'élargir sa diffusion.

Elle mit en évidence un attrait pour la documentation du dossier médical et l'intérêt d'une formation précoce à cet outil en ciblant les internes de médecine générale.

Il n'existe cependant aucune publication qui a évalué l'impact décisionnel de l'utilisation du Dictionnaire des Résultats de Consultation.

Le projet Prometheus [10] mené en 2004 par Laurent Letrilliart était une étude prospective où 61 médecins ont codé pendant six mois l'ensemble de leur consultation en « résultat de consultation », permettant de recueillir 118 734 problèmes de santé (RC), correspondant à 55 287 consultations.

Les médecins étaient répartis en deux groupes distincts et utilisaient soit le CISP, soit le DRC. Ils avaient reçu au préalable une formation rémunérée.

²¹ En l'occurrence la Kasugraphie de Braun créée en 1992, ancêtre du DRC.

Cette étude a reproduit les observations du Dr Braun sur la fréquence des problèmes de santé observés et l’auteur a comparé les sous-groupes CISP et DRC.

L’intérêt clinique de ces outils était jugé par une seule question de type oui/non intitulée « codage utile sur le plan individuel » : malgré la puissance statistique de cette étude, elle n’avait pas pour but d’évaluer le potentiel effet sur la thérapeutique de ces deux systèmes de codifications.

Etudier le DRC uniquement chez les médecins qui l’ont intégré depuis longtemps en pratique introduirait un biais évident de sélection.

En revanche, il paraît opportun d’étudier le ressenti d’IMG en stage chez les praticiens qui utilisent cet outil, car ils bénéficient d’un apprentissage par leur MSU, même s’ils ne s’en servent plus après leur stage.

Effectuer un retour d’expérience de ces jeunes médecins permettrait de dégager différentes thématiques autour de *leur* utilisation, que l’on pourra comparer à l’utilisation théorique du DRC telle qu’elle a été imaginée par la SFMG.

Quel regard portent-ils sur celui-ci ?

Question de recherche : comment le logiciel DRC est-il perçu par des médecins en formation dans leur pratique quotidienne ?

L’objectif principal est de recueillir l’opinion de jeunes médecins qui utilisent ou ont utilisé cet outil.

L’objectif secondaire est de déterminer si le potentiel pédagogique du DRC est réel et exploité par ceux-ci notamment dans la gestion de l’incertitude diagnostique.

3 Matériels et méthodes

3.1 Choix de la méthode

L’objectif de ce travail était d’évaluer la perception de l’outil DRC en pratique quotidienne de médecine générale.

Nous avons opté pour une étude quantitative descriptive par questionnaire informatisé, utilisant principalement des échelles psychométriques de Likert.

Elles consistent en une ou plusieurs affirmations pour lesquelles la personne interrogée exprime son degré d'accord ou de désaccord constituant une modalité.

L'échelle peut être impaire (5 modalités) et comporter une modalité centrale neutre ou paire (10 modalités) et contraindre le participant à orienter sa réponse.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Je pourrais me passer de mon smartphone durant plusieurs jours	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Grâce aux applications de mon smartphone, je ne suis jamais seul	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐
Lorsque je m'ennuie, je pianote sur mon smartphone	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐
Je suis dépendant de mon smartphone	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Fig. 5 : exemple d'échelle psychométrique de Likert, impaire de 1 à 7

On associe à chaque modalité de réponse un nombre entier (1 à 5) ; ce qui permet un traitement quantitatif des données.

Le caractère ordinal de celles-ci ne permet pas de définir une moyenne mais uniquement une médiane.

Une médiane supérieure à 3 (sur 5) indique que la plupart des répondants sont d'accord, tandis qu'une valeur inférieure à 3 (sur 5) indique que la plupart des répondants ne sont pas d'accord.

On peut également combiner plusieurs modalités en deux catégories nominales pour effectuer une corrélation.

C'est une méthode d'étude appropriée pour sonder une opinion ou une attitude.

Nb : notre questionnaire était présenté en libellant uniquement les extrémités des échelles et non chaque modalité, à la manière d'échelle sémantique différentielle d'Osgood. Cette méthode ne modifie pas les caractéristiques statistiques des modalités.

3.2 Elaboration du questionnaire

Déroulement des questions

L'étude s'articule autour de trois temporalités et comporte **23 questions** dont six échelles de Likert graduées de 1 à 5 et trois de 0 à 10.

Afin de limiter les potentielles omissions et renforcer l'exhaustivité des réponses, certains items autorisaient une réponse libre du participant.

1) Profil du participant

Les cinq premières questions permettent de définir le profil du répondant : université d'origine, âge et sexe, statut actuel et année de soutenance de thèse.

Afin de répondre à notre objectif, les dix-huit questions suivantes portent sur quatre thèmes :

2) Votre première rencontre avec le DRC

Cette partie est rétrospective et nécessite de la part des candidats une expérience récente avec le DRC :

- *Mode de découverte du DRC, recueil d'une opinion spontanée, évaluation de son apprentissage.*

3) Pratique quotidienne en consultation

Cette partie s'intéresse à l'utilisation après la période d'apprentissage :

- *Description et évaluation des usages du logiciel et de la place qui leurs sont accordés, évaluation du ressenti après apprentissage.*

4) Gestion de l'incertitude diagnostique

- *Evaluation de son impact dans la pratique et apports en position d'incertitude.*

5) Conclusion : utilisation actuelle et intérêt pédagogique

- *Etude de la fréquence actuelle d'utilisation et motifs d'abandon,*
- *Evaluation de l'intérêt pédagogique ressenti par son utilisateur,*
- *Appréciation globale par nuage de mots.*

Pour étudier la gestion de l'incertitude, l'option retenue fut de mesurer l'adhésion des participants à un ressenti (ex : « j'étais plus sûr de moi ») qu'ils auraient pu rencontrer dans cette situation et de mesurer l'occurrence de cette assertion (« jamais », « parfois », « souvent »).

En fin du questionnaire, nous avons permis aux participants de laisser un commentaire libre.

Ces commentaires anonymes n'entrent pas dans l'étude statistique mais pourront être utilisés par la SFMG comme retour d'expérience.

Le temps écoulé entre les phases d'apprentissage, d'utilisation, et de réponse au questionnaire variait entre les participants.

3.3 Population étudiée

La population cible initiale envisagée était composée uniquement d'IMG, mais afin d'obtenir un nombre de sujets nécessaire, celle-ci fut élargie aux médecins en post-internat ou récemment installés en une pratique libérale.

Ce choix a pour avantage de maintenir l'étude du champ pédagogique (médecins en formation ou l'ayant récemment achevée) et d'évaluer si le DRC est utilisé dans la durée.

Notre population cible « **médecins en formation** » respectait les critères suivants :

Critères d'inclusions :

- Tout interne en médecine générale sans limite d'âge inscrit dans une UFR française, ayant utilisé le DRC lors de son troisième cycle,
- Tout médecin généraliste exerçant actuellement une activité libérale, ayant eu une expérience avec le DRC.

Critère d'exclusion :

- Afin de limiter le biais de sélection, on définit comme critère d'exclusion la soutenance de thèse depuis plus de dix ans.

3.4 Déroulement de l'enquête

- Lieux d'enquête : le questionnaire a été diffusé de façon nationale sous forme électronique par le biais des syndicats d'internes de médecine générale et par les MSU affiliés à la SFMG,
- Période d'enquête : elle s'est déroulée du 1^{er} septembre 2020 au 1^{er} février 2021.

3.5 Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel IBM SPSS 23.

Pour l'analyse par groupe :

Lorsque les variables étudiées sont qualitatives, nous avons utilisé un test du Chi Deux. Les résultats sont indiqués sous la forme : effectif (pourcentage). Lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, nous avons utilisé un test exact de Fisher (le symbole * est donc indiqué à côté de la p value). Lorsque le test de Fisher exact n'était pas possible, nous avons utilisé la méthode de Monte Carlo qui permet d'estimer le niveau exact de signification. Cette méthode est particulièrement efficace lorsqu'un jeu de données est trop volumineux pour que sa signification exacte soit calculée, mais que les données ne vérifient pas l'hypothèse de la méthode asymptotique (le symbole ** est alors indiqué à côté de la p value).

Lorsque nous croisons une variable qualitative avec une variable quantitative, nous avons utilisé le test de Kruskal Wallis à cause des petits effectifs. Les résultats sont sous la forme Médiane [Espace Inter Quartile].

L'analyse univariée des facteurs influençant « Utilisez-vous toujours le DRC en pratique quotidienne aujourd'hui ? » a été faite à l'aide d'une régression logistique binaire pour laquelle « Jamais » a été coté 0 et nous avons regroupé « De manière quasi systématique » et « Uniquement quand j'en ressens le besoin » par 1.

Le risque de première espèce alpha était arbitrairement fixé à 5 %, une différence était considérée comme significative pour une valeur de p inférieure à 0,05.

4 Résultats

4.1 Généralités

97 réponses ont été obtenues, 16 répondants avaient soutenu leur thèse avant 2010 et ont été exclus des résultats.

L'échantillon est composé de 81 personnes, dont 50 femmes (61.7%) et 31 hommes (38.3%).

4.2 Faculté d'origine

La répartition des internes en fonction de leur faculté d'origine était la suivante :

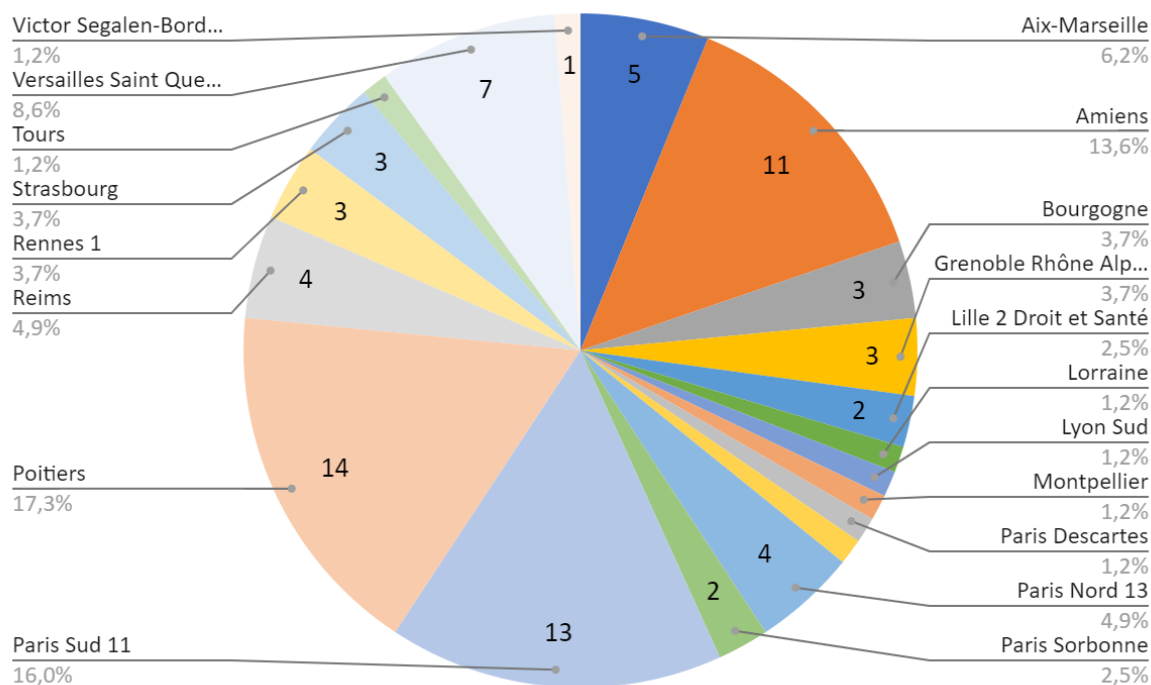


Fig. 7 : Université d'origine des répondants

Bien que 19 UFR sur 39 soient représentées dans notre étude, les facultés de Poitiers (n :14), Paris Sud 11²² (n :13) et Amiens (n : 11) représentaient 47% de l'échantillon.

²² Paris-Saclay depuis le 01/01/2020.

En province, la faculté de Poitiers se démarque (17 %) : on peut certainement corréler ce résultat avec la présence de membres du comité DRC de la SFMG au sein du département poitevin de médecine générale.

A Paris Sud 11, on remarque la présence au sein du DMG du vice-président et ancien président de la SFMG.²³

4.3 Age des participants

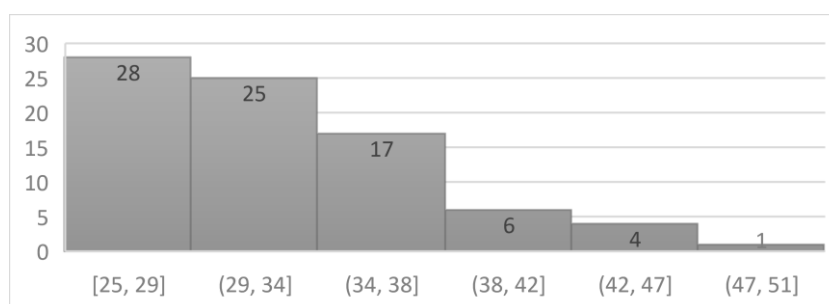


Fig. 8 : répartition de l'âge des répondants

La moyenne d'âge était de 32 ans (écart type 5.7).

4.4 Statut actuel

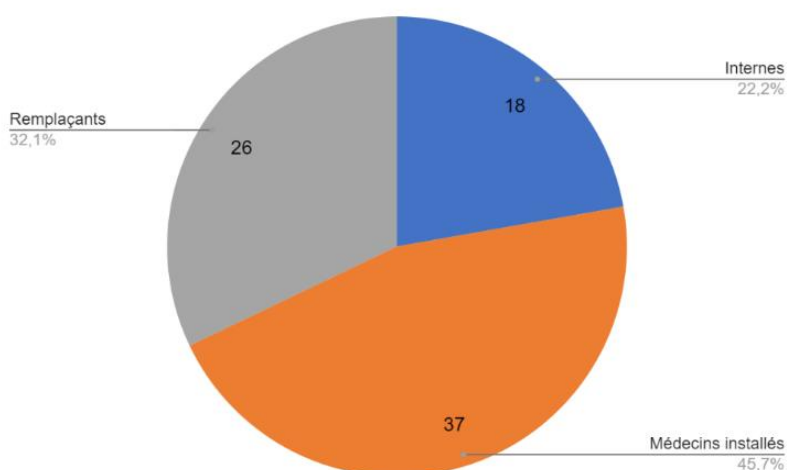


Fig. 9 : répartition du statut des répondants

²³ Dr Raineri François.

Les médecins installés étaient majoritaires dans notre échantillon (45.7 %) devant les médecins remplaçants ou en post-internat (32.1 %) et les internes de médecine générale en cours de DES (22.2 %).

4.5 Année de soutenance

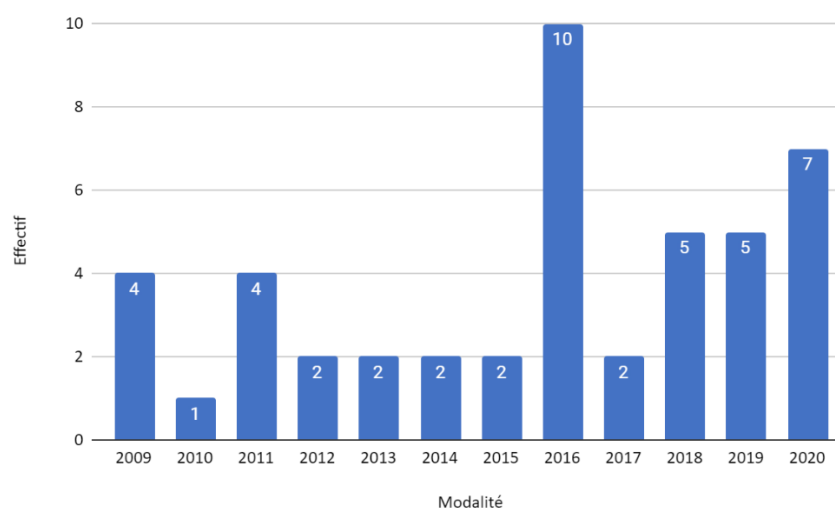


Fig. 10 : répartition de l'année de soutenance des répondants

Sur 81 répondants, 35 n'avaient pas soutenu leur thèse au moment de l'étude, soit 43 % de l'échantillon.

L'année moyenne de soutenance était de 2016 chez les 46 (57 %) répondants restants.

4.6 Première rencontre avec le DRC

- Comment avez-vous découvert le DRC ?

57 (70 %) des participants avaient découvert le DRC par le biais de leur MSU.

Dans le cas contraire, le répondant pouvait écrire librement.

Les modes de découverte étaient variés, allant de la sphère professionnelle (congrès, formation continue, groupe de pairs, site de la SFMG, faculté) à la recherche personnelle.

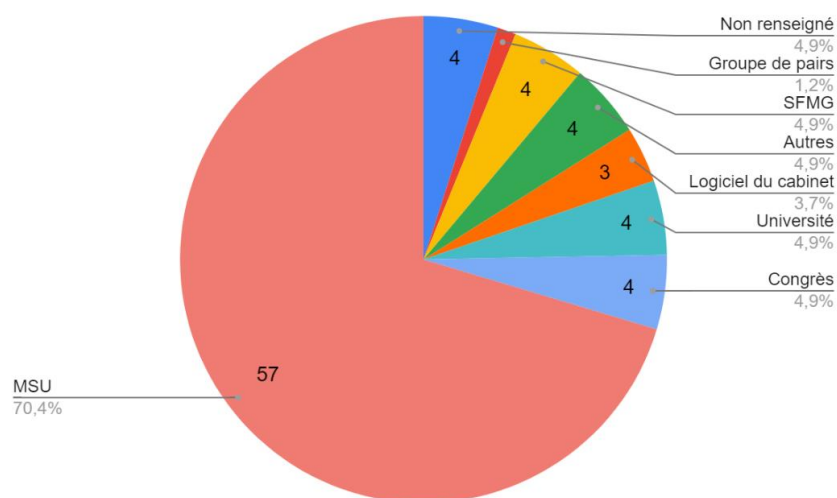


Fig. 11 : répartition des différents modes de découverte par les répondants du logiciel DRC

Cette rencontre a dans certains cas, été le fruit du hasard, exemple : « Une copie imprimée du DRC qui trainait sur un bureau à l'hôpital ».

- **Votre MSU vous a-t-il contraint à utiliser le DRC ?**

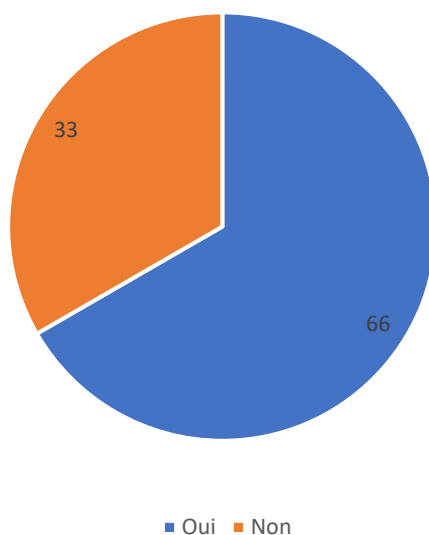


Fig. 12 : répartition de l'utilisation libre ou supervisée par les répondants du logiciel DRC

Cette question évaluait l'incitation qu'exerça le MSU sur son interne pour pratiquer le DRC.

Chez les 57 personnes ayant découvert le DRC par leur MSU 66 % se sont sentis « contraints d'une certaine façon » à s'en servir.

Cela « ne fut jamais une obligation » pour 33 % d'entre eux.

- Quand on vous l'a présenté, comment l'avez-vous perçu ?

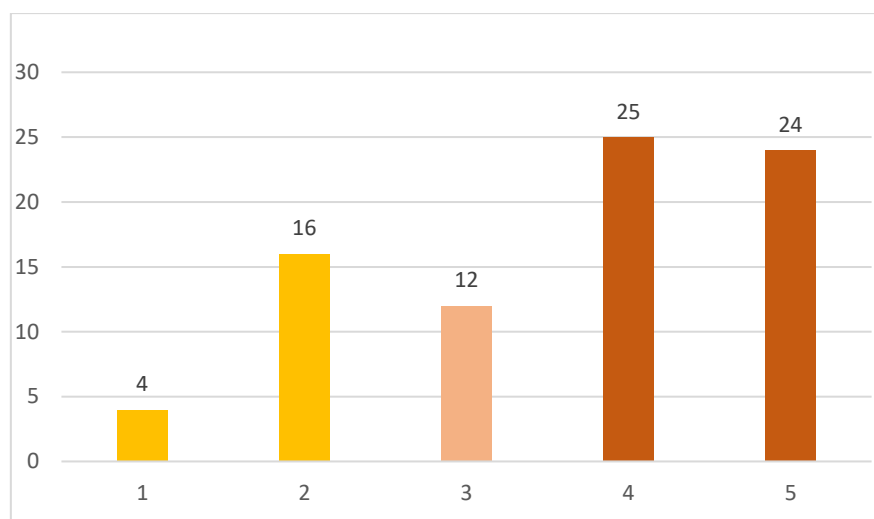


Fig. 13 : 1^{ère} perception du logiciel DRC, échelle graduée de 1 « plutôt sceptique » à 5 « plutôt enthousiaste »

Sur une échelle de 1 à 5, 49 répondants (59 %) ont été initialement enthousiastes lors de la découverte du DRC (réponses 4 et 5).

20 (24 %) des répondants se sont déclarés « plutôt sceptique » (réponses 1 et 2).

La médiane était de 4 : la moitié de l'échantillon avait choisi la modalité 4 et 5 ; l'autre moitié 1, 2 et 3 (IQR 3,00 ; 5,00).

- Comment évaluez-vous son apprentissage ?

La médiane était de 6 sur 10 mais les réponses dispersées (IQR : [3,00 ; 7,00]).

48 % des réponses se situent dans les colonnes 1 à 5 correspondantes à un apprentissage difficile.

52 % des répondants ont jugés leur apprentissage facile (colonnes 6 à 10).

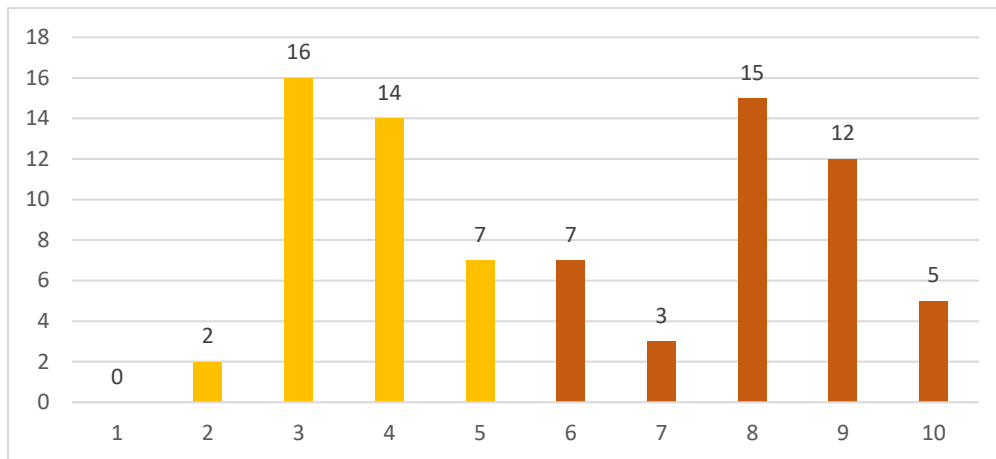


Fig. 14 : évaluation de la difficulté d'apprentissage du logiciel, échelle graduée de 1 « apprentissage difficile » à 10 « apprentissage facile »

- Une fois l'outil maîtrisé, son utilisation est-elle facile ?

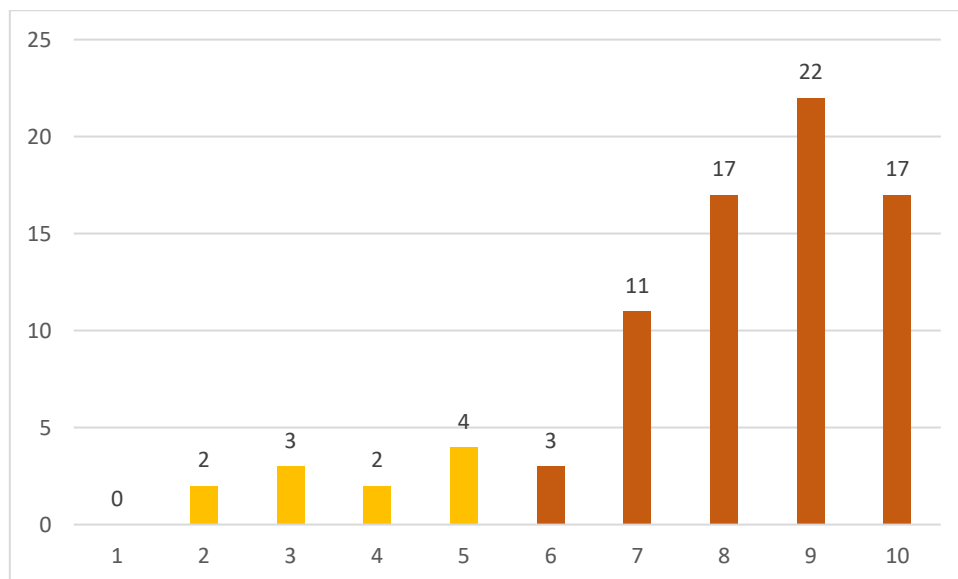


Fig. 15 : évaluation de la facilité d'utilisation du logiciel DRC par les répondants, échelle graduée de 1 « utilisation jugée difficile » à 10 « utilisation jugée facile »

La facilité d'utilisation après apprentissage était en médiane à 8 sur 10 [7,00 ; 9,00].

82 % des répondants ont jugé l'utilisation du DRC comme facile (colonnes 6 à 10) après la période d'apprentissage.

En limitant l'analyse au groupe (colonnes 1 à 5) qui a jugé l'apprentissage difficile, on observe une distribution similaire (médiane à 9) : l'utilisation quotidienne était jugée facile malgré un apprentissage difficile.

- Quelles causes de difficultés d'apprentissage retenez-vous ?

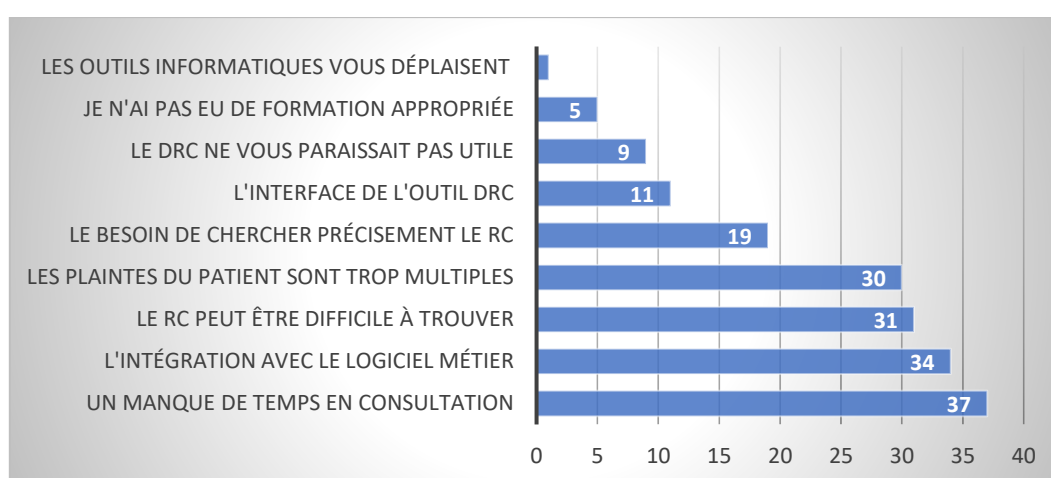


Fig. 16 : répartition des difficultés d'apprentissage du logiciel DRC

Chacun pouvait choisir plusieurs réponses, sans ordre de priorité.

Par nombre d'occurrences, les raisons les plus évoquées étaient : le manque de temps en consultation, l'intégration avec le logiciel métier, la difficulté pour trouver le RC correspondant à la situation clinique, les plaintes multiples du patient entraînant une difficulté pour choisir un ou plusieurs RC.

4.7 Utilisation en pratique quotidienne

- A quel moment de la consultation utilisez-vous le DRC ?

Une majorité de répondants utilisaient le DRC pendant la consultation (59 %) tandis que 40 % l'utilisaient en fin de consultation.

Cette question permet d'extrapoler le temps que le praticien dédie à l'outil : on émet l'hypothèse que les usages peuvent varier selon son moment d'utilisation.

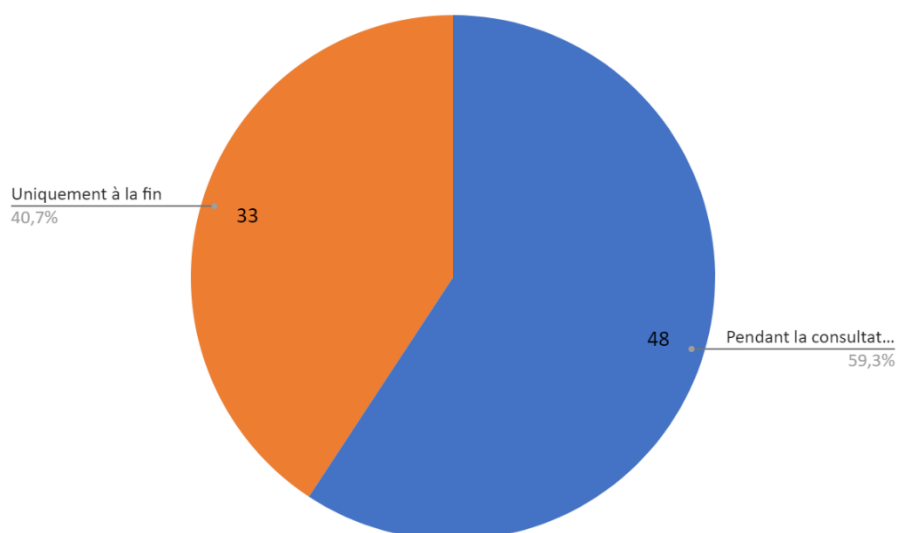


Fig. 17 : répartition de l'usage du logiciel DRC dans la durée des consultations des répondants

- Lors de chaque consultation :

Cette question cherchait à déterminer si le répondant faisait une utilisation globale du DRC ou le dédiait à une fonction exclusive qui convenait à ses besoins.

Les utilisations possibles du DRC découlent des fonctions offertes par le logiciel et sont étudiées par ordre de fréquence.

Remarques :

- si l'utilisateur code le RC dans le dossier médical, cela prouve simplement qu'il a utilisé le logiciel, au moins dans sa fonction primaire de documentation (mais il a pu coder de manière erronée),
- nous sous-entendons par « j'utilise toutes les fonctions globales du DRC » que la codification du RC émanait d'une réflexion et de la confrontation avec l'observation clinique. L'utilisateur a codé de manière correcte, mais cela ne préjuge pas de l'impact thérapeutique.

- pour isoler cet impact, nous avons donc proposé comme modalités « je recherche uniquement à conforter mon diagnostic » et « je recherche uniquement des diagnostics de gravité ». Dans ces cas, le besoin de l'utilisateur était uniquement de répondre à une interrogation clinique : il a utilisé le DRC en faisant fi du codage.

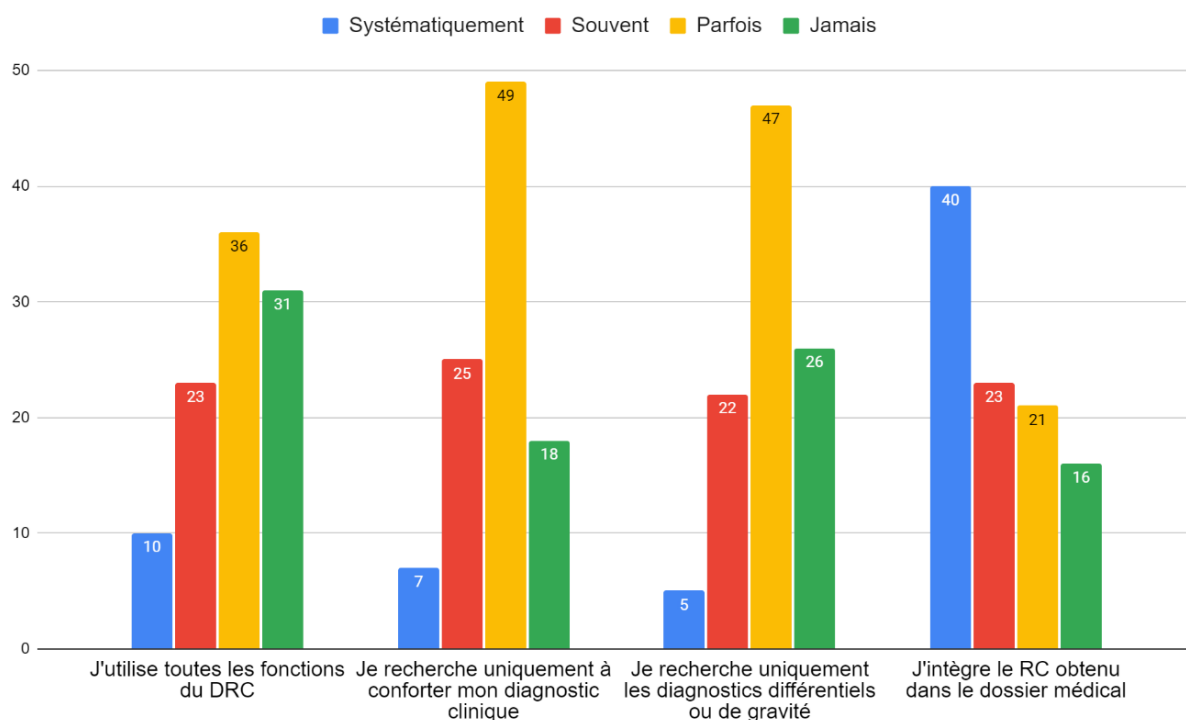


Fig. 18 : fréquence des différents usages du DRC, pourcentages

« J'intègre le DRC dans le dossier médical » : dans notre échantillon, 40 % des participants intégraient systématiquement le DRC à chaque consultation, 37 % « parfois » ou « jamais ».

Cependant :

« *J'utilise toutes les fonctions du DRC* » : seuls 10 % déclaraient le faire systématiquement à chaque consultation, 23 % « souvent », 36 % « parfois », 31 % « jamais ».

Ces résultats sont difficiles d'interprétation : de façon systématique, les participants estimaient avoir utilisé toutes ses fonctions dans seulement 10 % des cas, alors que 40 % d'entre eux avaient déclaré coder leur consultation.

L'utilisation diagnostique exclusive : *le répondant cherche-t-il uniquement à valider son tableau clinique ou uniquement à éliminer un diagnostic de gravité ?*

Les réponses à ces deux questions furent similaires : 18 % et 26 % ne le firent « jamais », 47 % et 49 % des répondants le firent « parfois » : les participants utilisaient ponctuellement le DRC comme aide décisionnelle.

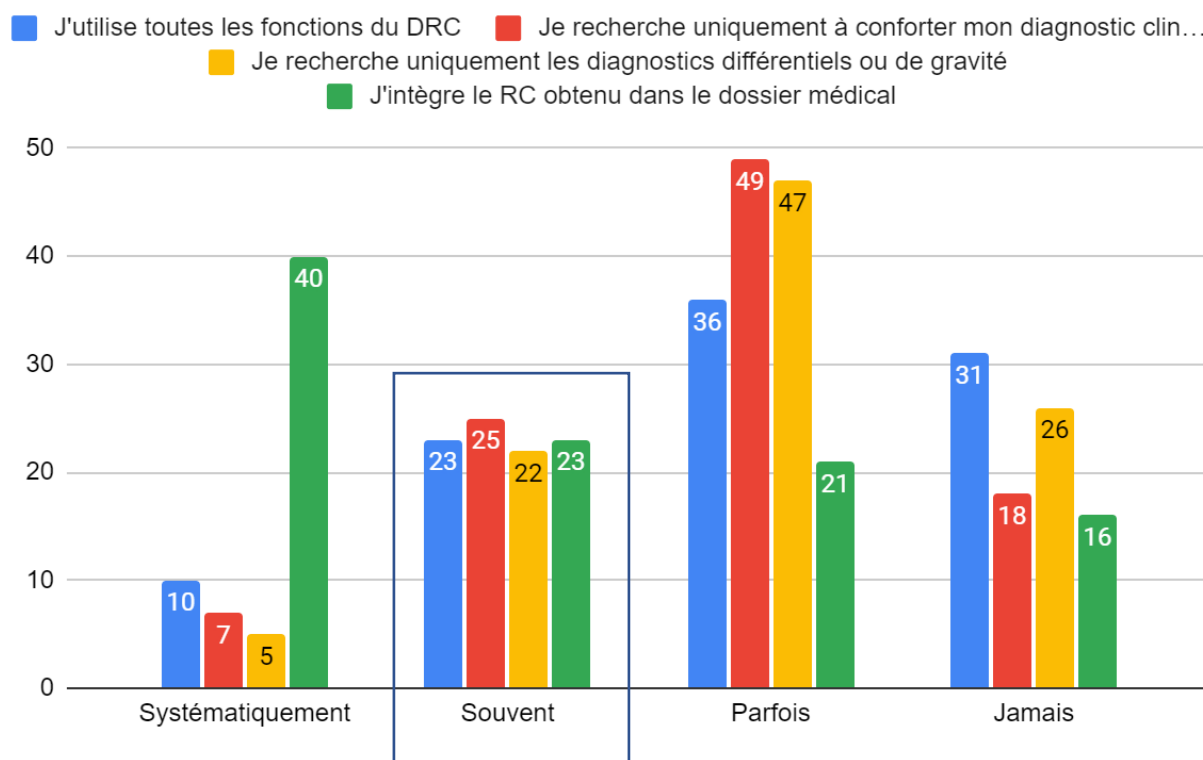


Fig. 18 bis : inversion des axes, occurrences en pourcentages

Dispersion des réponses selon l'item « souvent » : le DRC présentait un usage hétérogène dans le temps mais homogène dans ses fonctions.

- **Utilisation lors d'une consultation de suivi**

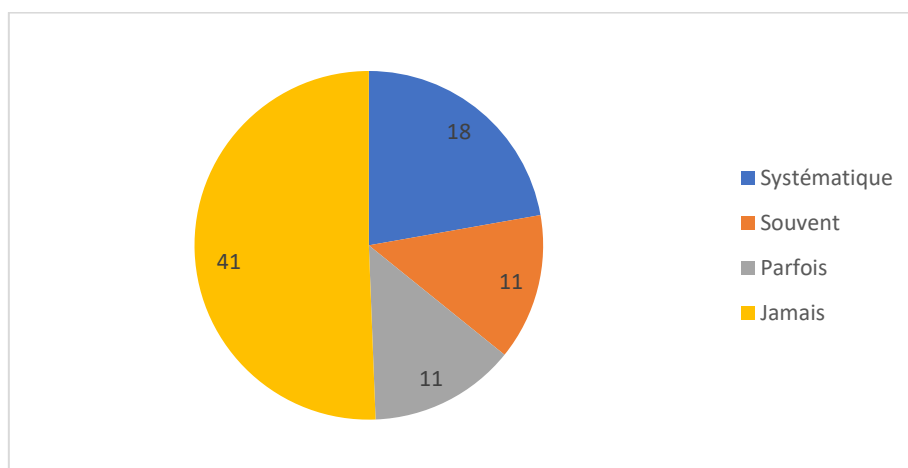


Fig. 19 : fréquence d'usage dans les consultations de suivi

44 % des répondants n'utilisaient pas le DRC lors d'une consultation de suivi ou de renouvellement d'ordonnances de pathologies chroniques.

28 % le faisaient « systématiquement », 11 % « souvent » et 11 % « parfois ».

- **Après être habitué à utiliser le DRC, quel en est votre ressenti global ?**

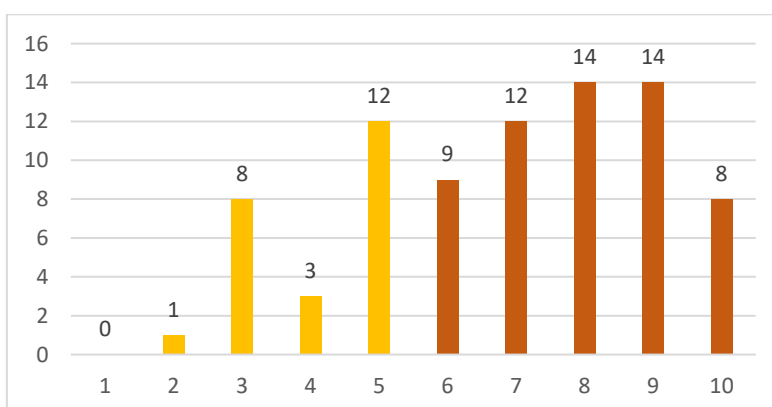


Fig. 20 : évaluation du ressenti après apprentissage, échelle graduée de 1 « outil superflu²⁴ » à 10 « outil parfait ».

²⁴ Qui n'est pas strictement nécessaire.

70 % des répondants avaient trouvé une utilité au DRC (colonnes 6 à 10) après son apprentissage.

Le terme « outil parfait » implique que le DRC répondait « parfaitement » aux différentes attentes des participants, sans que celle-ci soient définies.

La médiane était de 7 [5,00 ; 9,00].

La répartition en médiane était identique entre les différentes catégories professionnelles.

4.8 Gestion de l'incertitude diagnostique

- **Pensez-vous que le DRC soit utile à la gestion de l'incertitude diagnostique en médecine générale ?**

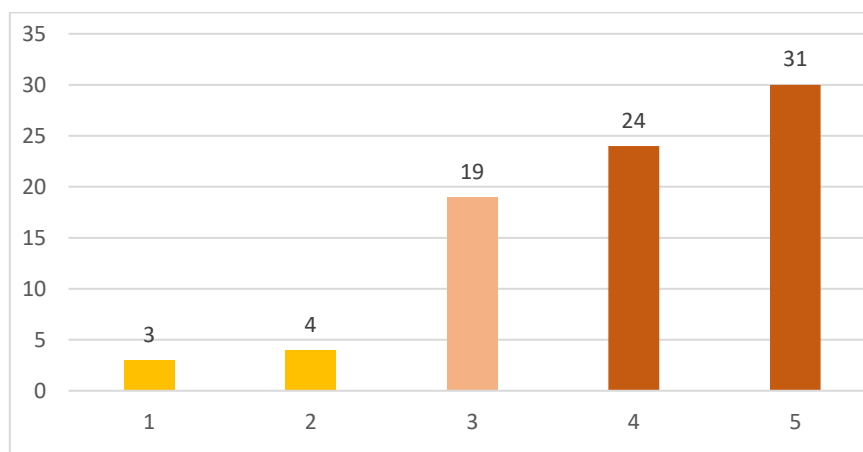


Fig. 21 : évaluation en position d'incertitude, échelle graduée de 1 outil « inutile » à 5 outil « très utile ».

Dans leur gestion de l'incertitude, les participants ont jugé le DRC plutôt utile (colonnes 4 et 5) à 67.5 %, 23 % ont attribué une note neutre de 3 et 8 % l'ont jugé peu utile (colonnes 1 et 2).

La médiane était de 4 [3,00 ; 5,00].

On retrouvait ce résultat entre les différentes catégories professionnelles.

- Comment résumez-vous cela ?

Grâce au DRC et en situation d'incertitude...

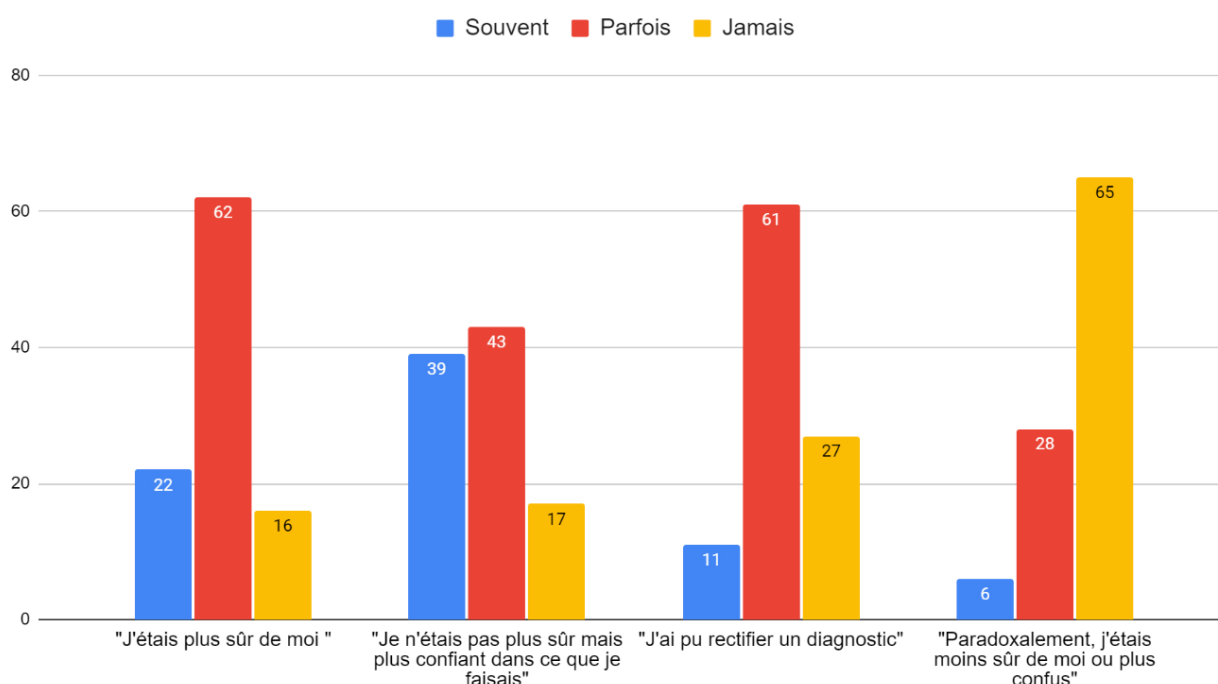


Fig. 22 : répartition de la fréquence des ressentis, en pourcentage

Cette question évaluait l'adhésion des candidats à 4 propositions qui tentent de refléter leur ressenti lors d'une consultation.

Cette adhésion ne se rapporte pas un cas particulier mais demande au candidat d'évaluer en moyenne ce que le DRC a pu lui rapporter dans sa pratique quotidienne, par ordre de fréquence.

Le DRC m'a-t-il rendu plus sûr de moi ?

Les participants ont répondu « souvent » dans 22 % des cas, « parfois » dans 62 % des cas, « jamais » dans 16 % des cas.

A défaut d'apporter une certitude, le DRC a-t-il rendu le praticien plus confiant ?

Les réponses furent « souvent » dans 39 % des cas, « parfois » dans 43 % des cas et « jamais » dans 17 % des cas.

Le DRC a-t-il permis de rectifier un diagnostic ?

Les participants ont répondu « souvent » dans 11 % des cas, « parfois » dans 61 % des cas, et « jamais » dans 27 % des cas.

Face à une incertitude, le DRC avait-il un effet délétère sur la réflexion du praticien ?

Chez 65 % des répondants, l'outil n'a jamais rendu le praticien moins sûr de lui. Cette occurrence est relevée « parfois » dans 28 % des cas.

Représentation par occurrence temporelle :

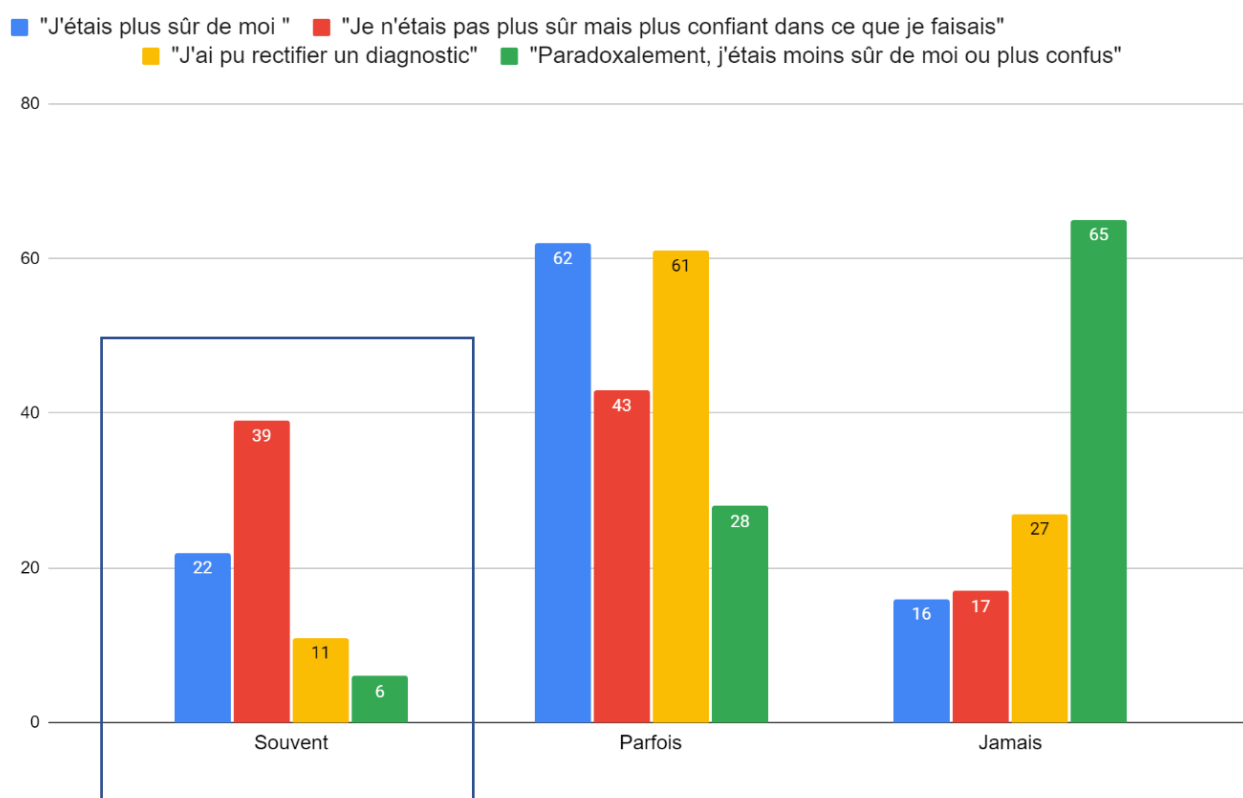


Fig. 23 : inversion des axes, pourcentage d'occurrences

Le plus « souvent », c'est la notion de confiance qui est mise en évidence.

- **L'utilisation du DRC a-t-elle eu un impact dans votre attitude thérapeutique ?**

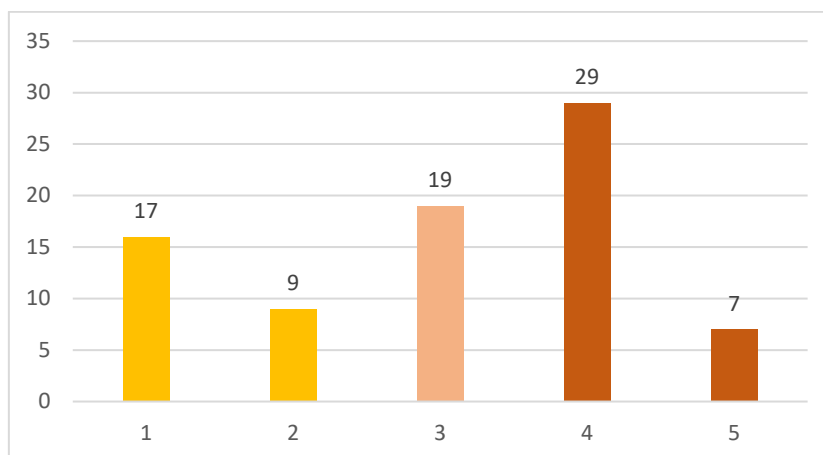


Fig. 24 : évaluation de l'impact du DRC au quotidien, la modalité 1 correspond à une « utilisation informelle uniquement » et la modalité 5 correspond à l'affirmation « le DRC guide ou valide ma thérapeutique ».

La médiane des résultats était de 3 [2,00 ; 4,00].

36 (44 %) répondants se situaient dans les colonnes 4-5 et 45 (55 %) dans les colonnes 1-3 : ces résultats mettent en évidence deux groupes au positionnement opposé : groupe « impact fort » et groupe « impact faible ».

Analyse en sous-groupes selon le moment d'utilisation du DRC :

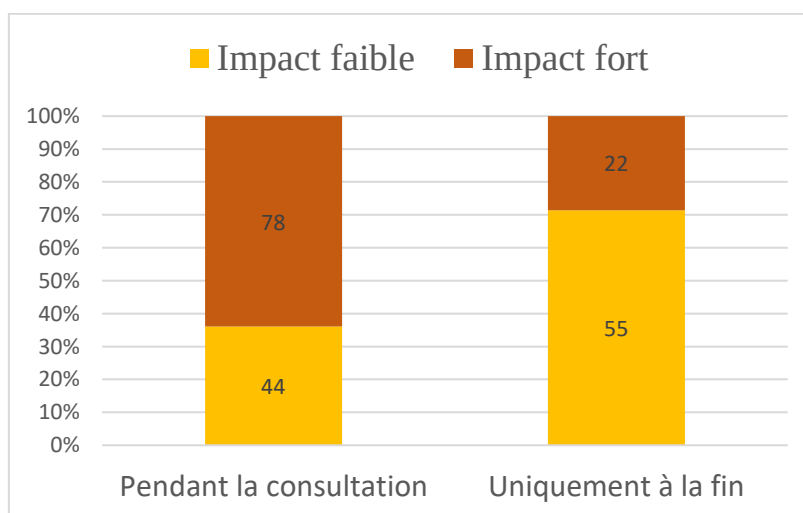


Fig. 25 : impact thérapeutique selon moment d'utilisation (p 0,002)

Chez les 36 individus de la population qui ont déclaré avoir intégré le DRC à leur méthode de travail (colonnes 4 et 5), 78 % utilisaient le DRC pendant la consultation.

Chez les 45 individus ayant déclaré avoir une utilisation informelle ou neutre du DRC, celui-ci était majoritairement (55 %) utilisé en fin de consultation.

Cette corrélation statistiquement significative démontre que l'impact clinique du DRC est d'autant plus fort qu'il est utilisé pendant la consultation et non à la fin de celle-ci. Il répond à notre hypothèse émise en fig. 17.

Certains résultats étaient statistiquement significatifs mais non pertinents en dehors de la validité interne de l'étude :

	Impact Faible	Impact Fort	
Pensez-vous que le DRC fut utile à votre formation de médecine générale ? p			
	2,96 ± 1,13	4,33 ± 0,72	<0,001
Après être habitué à utiliser le DRC, quel en est votre ressenti ?			
	5,44 ± 1,82	8,58 ± 1,00	<0,001
Pensez-vous que le DRC soit utile à la gestion de l'incertitude diagnostic en médecine générale			
	3,47 ± 1,14	4,53 ± 0,61	<0,001

Fig. 26 : impact thérapeutique en sous-groupes

4.9 Aspects pédagogiques

- Pensez-vous que le DRC fut utile à votre formation de médecine générale ?

57.5 % des répondants se situaient dans les colonnes 4 et 5.

La médiane était de 4 [3,00 ; 5,00].

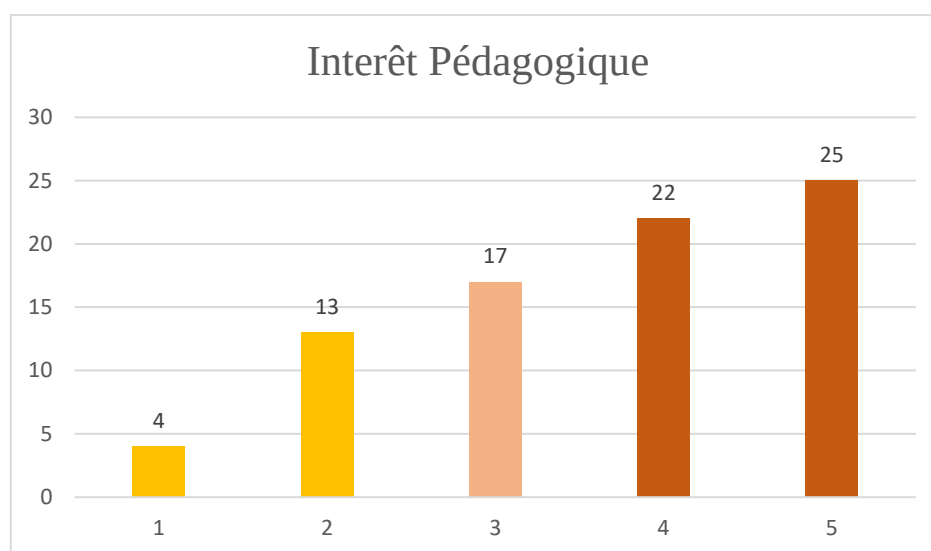


Fig. 27 : évaluation de l'intérêt pédagogique du DRC, échelle graduée de 1 « inutile » à 5 « très utile » à la formation des médecins généralistes.

Focus sur le groupe IMG :

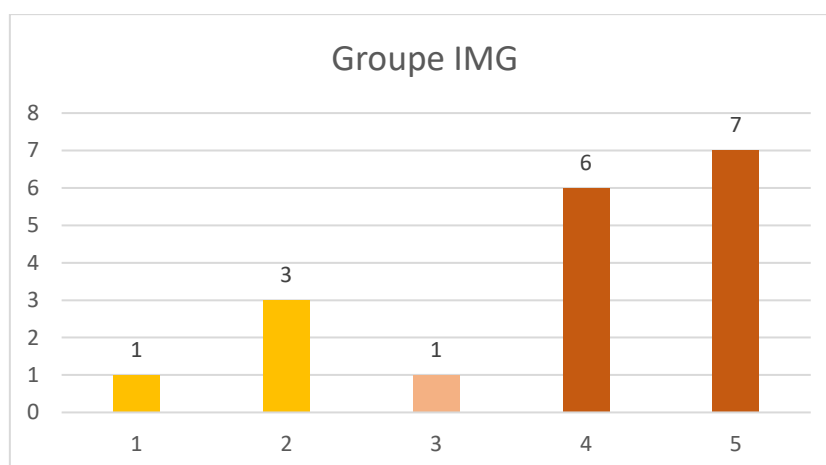


Fig. 28 : analyse dans le groupe IMG

Dans le groupe IMG de 18 répondants, 72 % jugeaient le DRC « très utile » (colonnes 4 et 5) à leur formation.

4.10 Situation actuelle

- Utilisez-vous toujours le DRC aujourd'hui ?

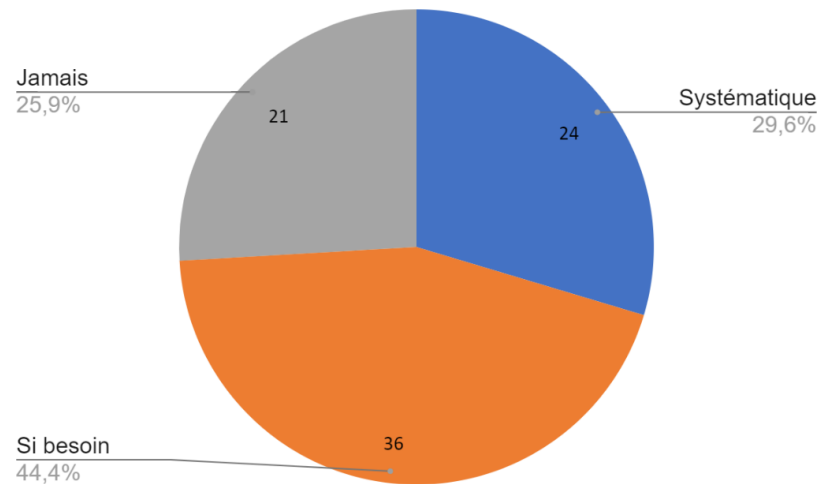


Fig. 29 : répartition de la fréquence actuelle d'usage

26 % (21) des participants n'utilisaient plus le DRC au moment de l'enquête.

29 % (24) le faisaient systématiquement et 45 % (36) seulement lorsqu'ils en ressentaient le besoin.

Analyse en sous-groupes

Ces résultats sont similaires lorsqu'on s'intéresse uniquement aux IMG et médecins installés.

En revanche lorsqu'on s'intéresse au groupe des médecins remplaçants (non installés) :

- Aucun des 26 répondants ne déclaraient utiliser le DRC de façon systématique aujourd'hui,
- 47 % l'avaient totalement abandonné,
- Et 53 % l'utilisaient uniquement lorsqu'ils en ressentaient le besoin.

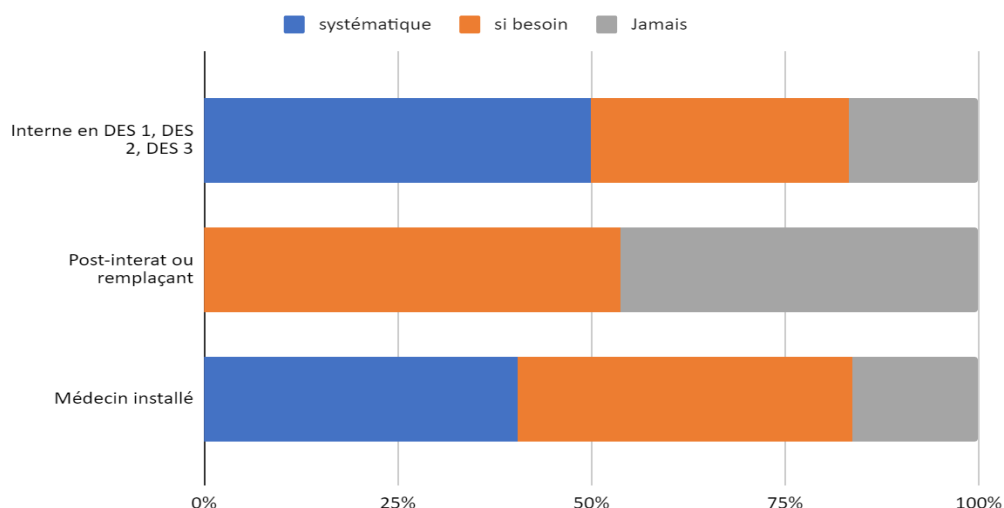


Fig. 30 : répartition de la fréquence actuelle d'usage selon l'exercice ($p < 0.001$)

Ne pouvant tirer de conclusion sur un faible échantillon, on peut néanmoins émettre l'hypothèse que l'adhésion au DRC est forte pendant l'internat mais s'estompe rapidement dès le début de l'activité libérale.

Nb : 80 % de ces 26 médecins remplaçants avaient eu l'apprentissage du DRC par un MSU.

Analyse selon le mode de découverte du DRC (MSU/seul), la contrainte exercée par le MSU et le moment d'utilisation :

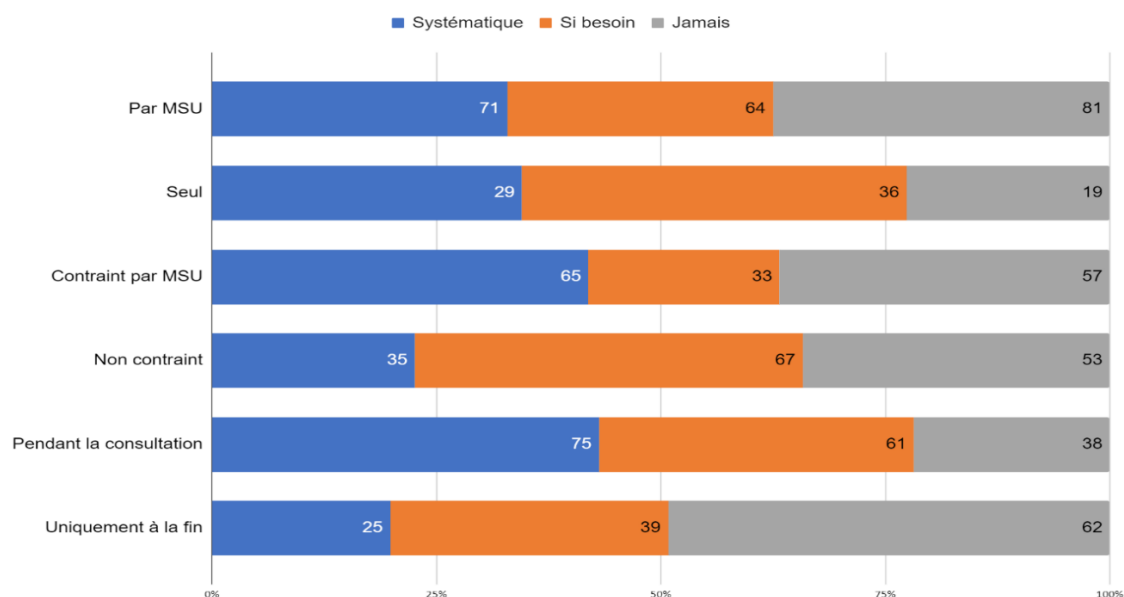


Fig. 31 : analyse en sous-groupes de l'utilisation actuelle, en pourcentage

La différence n'était pas significative pour le mode de découverte (p 0.395), l'utilisation actuelle était plus systématique mais le taux d'abandon similaire parmi les 39 individus qui ont déclaré avoir été contraints par leur MSU pendant leur formation (p 0.039), les personnes qui utilisaient le DRC pendant la consultation présentaient à l'heure actuelle un taux d'abandon inférieur (p 0.041).

Analyse en régression logistique binaire

Parmi les individus qui utilisent encore le DRC aujourd'hui (systématique et si besoin) quels facteurs ont été retrouvés de façon statistiquement significative ?

<i>Items du questionnaire</i>	Odd Ratio (95% CI)	P value
Un manque de temps en consultation	0,23 [0,07 ; 0,66]	0,008
A quel moment de la consultation utilisez-vous le DRC ? Uniquement à la fin (référence : Pendant la consultation)	0,31 [0,11 ; 0,85]	0,025
Une fois l'outil maîtrisé, son utilisation est-elle facile ?	1,60 [1,23 ; 2,16]	<0,001
Pensez-vous que le DRC soit utile à la gestion de l'incertitude diagnostique en médecine générale ?	2,32 [1,42 ; 4,08]	0,002
Pensez-vous que le DRC fut utile à votre formation de médecine générale ?	2,86 [1,73 ; 5,20]	<0,001

Fig. 32 : odd-ratios ajustés sur la variable « utilisation actuelle du DRC »

Le manque de temps en consultation (pendant la période d'apprentissage) avait un impact statistiquement significatif sur l'utilisation actuelle.

Comme vu précédemment, les médecins qui utilisaient le DRC à la fin de leur consultation plutôt qu'au début, en avait une utilisation moindre aujourd'hui.

La facilité d'utilisation, son utilité perçue dans la gestion de l'incertitude diagnostique et son intérêt pédagogique perçu par les utilisateurs furent les facteurs favorisant sa pérennité.

- Pourquoi ne plus l'utiliser systématiquement ?

Chaque participant pouvait choisir un ou plusieurs motifs, sans ordre d'importance.

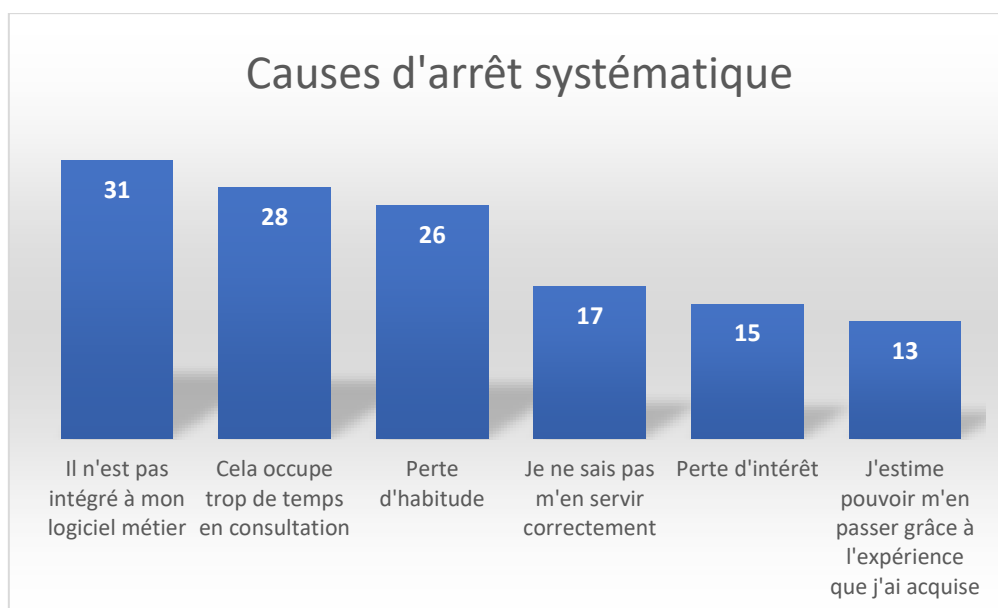


Fig. 33 : causes d'abandon du DRC en pratique actuelle, avec le nombre d'occurrences des modalités

- Finalement, quels mots peuvent exprimer vos sentiments sur le DRC ?

Il s'agit d'un nuage d'adjectifs et de noms communs sélectionnés préalablement et présentés dans un ordre aléatoire et qui se rapportent à la sphère émotionnelle et professionnelle.

Ils permettaient simultanément de relier l'expérience du DRC à une émotion ainsi que de prendre du recul sur celui-ci.

Les participants pouvaient choisir un nombre infini de modalités, sans ordre d'importance.

Certains présentent une connotation négative.

Les mots à connotation positive étaient les plus fréquemment retrouvés : « pédagogique », « atout » et « rassurant » présentaient respectivement 51, 48 et 38 occurrences.

L'expression « médecine basée sur les preuves » était relevée 30 fois alors que la proposition « médecine trop scientifique » qui présente une connotation négative n'est relevée que 3 fois.

Dans la sphère émotionnelle, 18 participants ont associé le DRC au plaisir.

Enfin, 14 participants soit environ 17 % l'ont jugé indispensable et 16 autres (20 %) le considèrent comme une contrainte.

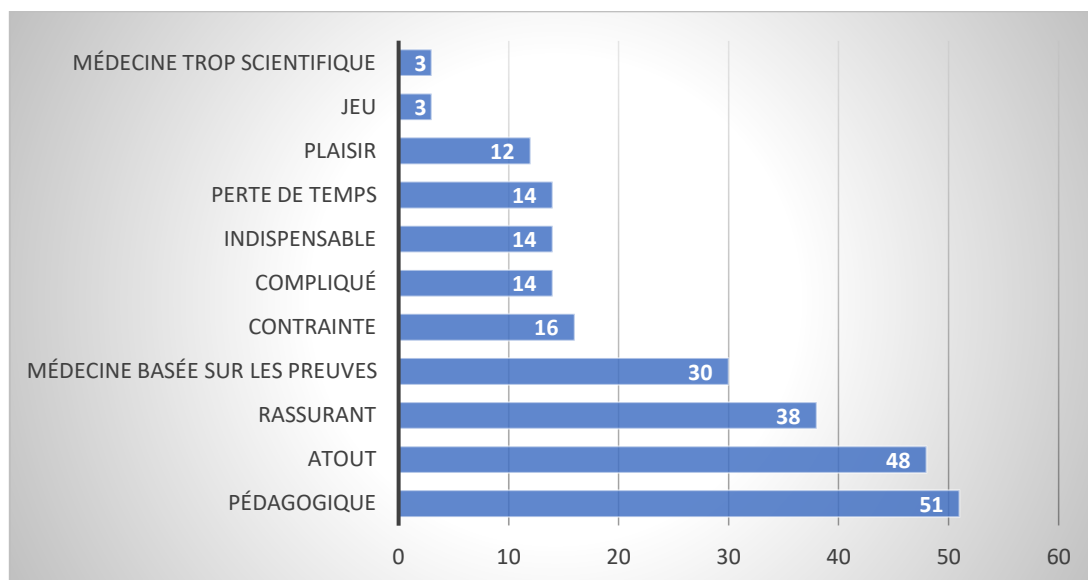


Fig. 34 : adhésion des participants à différentes modalités, classement par occurrence

Analyse univariée :

Item du questionnaire	Odd-ratio	P value
Perte de temps	0,08 [0,02 ; 0,28]	<0,001
Contrainte	0,12 [0,03 ; 0,39]	<0,001
Compliqué	0,18 [0,05 ; 0,60]	0,006
Atout	3,25 [1,18 ; 9,46]	0,025
Pédagogique	5,50 [1,94 ; 16,93]	0,002
Médecine basée sur les preuves	8,31 [2,15 ; 55,11]	0,007
Rassurant	8,40 [2,51 ; 38,67]	0,002

Fig. 35 : odd-ratios des causes d'abandons ajustés sur la variable « utilisation actuelle du DRC »

Comme dans l'analyse univariée précédente dont l'odd-ration le plus défavorable à l'utilisation actuelle du DRC était « le manque de temps », c'est l'item « perte de temps » qui est retrouvé ici (15 réponses soit 18 % de l'échantillon) suivie de la notion globale de « contrainte » et d'outil « compliqué ».

Si le « manque de temps » est une contrainte théoriquement objective (*je manque de temps pour m'en servir*), le sentiment de « perte de temps » présente une double connotation péjorative par sa nuance subjective (*je perds du temps en l'utilisant*) et prémonitoire (*je ne m'en servirai pas même si j'en ai le temps*).

Alors que les items « atout » et « pédagogique » sont logiquement retrouvés avec un odd-ratio favorable, c'est l'item « rassurant » qui prédomine : les 44 (54 %) praticiens qui ont jugés le DRC « rassurant » l'utilisent au moins 2.5 fois plus que les autres à l'heure actuelle.

5 Discussion

5.1 Sur l'échantillon

Cette étude se révèle être ambitieuse dans ses thématiques mais se limite à une population de 81 individus, malgré une diffusion nationale et la recherche systématique mais souvent infructueuse de « référents DRC » au sein des DMG français.

Notre échantillon prouve cet état des lieux : seuls les DMG intégrant des membres de la SFMG ont pu insuffler la théorie praticienne à leurs étudiants (Poitiers, Paris-Saclay, et dans une moindre mesure Amiens avec un potentiel effet centre).

Il n'est pas possible ce jour de déterminer combien de médecins utilisent cet outil : s'il n'existe qu'en français, son applicabilité a par exemple été étudiée avec succès en soins primaires au Bénin [14].

Parmi la littérature actuelle sur ce sujet, notre travail comporte l'échantillon d'utilisateurs du DRC le plus important²⁵.

Biais de sélection

Les personnes ayant pris la peine de répondre le font-elles dans le but de promouvoir cet outil ou expriment-elles leur opinion désintéressée ?

²⁵ L'observatoire de la SFMG a mobilisé 160 praticiens entre 1999 et 2008.

Il fut primordial d'éviter ce biais, l'étude ayant pour but d'évaluer un ressenti, un vécu et non une approbation.

Le taux d'abandon de l'outil (25 % de la population étudiée), la mise en évidence de ses inconvénients (fig. 33 et 34) et l'expression de déceptions dans le verbatim (cf. annexe 5) démontrent l'objectivité des candidats²⁶ dans leurs réponses.

Par ailleurs, le type de pratique (omnipraticien, gynécologie, pédiatrie, psychiatrie ...) n'est pas renseigné et peut rentrer en compte dans l'usage du DRC en pratique quotidienne, si cette « spécialisation » est majoritaire dans la pratique de l'intéressé.

Ce cas est rare en pratique ; selon la loi de répartition des cas²⁷ (voir avant-propos), on émet l'hypothèse que nos participants ont tous fait face aux mêmes problèmes de santé.

De même, il eut été intéressant de savoir si le participant exerçait en cabinet de groupe car le DRC permettrait d'avoir des propos homogénéisés au sein de dossiers médicaux partagés.

Biais d'analyse

La fig. 29 met en évidence un biais d'analyse inhérent à notre échantillon : l'échantillon présente trois groupes d'individus qui n'utilisent pas le DRC à la même fréquence aujourd'hui.

Cette diversité répond à notre objectif d'éviter de n'interroger que des utilisateurs « convaincus » et permet de mettre en évidence les facteurs de son abandon.

Cependant cela rend complexe l'analyse des usages et nous retrouvons notamment l'effet de ces utilisateurs à la question fig. 18 dont l'interprétation nécessiterait une analyse en sous-groupes sur une population plus large.

En conclusion, la diversité de notre échantillon est pertinente mais le faible nombre de sujets en limite l'analyse en sous-groupes et ne nous permet pas de répondre à l'ensemble de nos objectifs : il faut donc considérer notre étude comme exploratoire.

²⁶ Ou plutôt des candidates : seul 1 homme figurait parmi les 21 individus ayant déclarés ne plus utiliser le DRC.

²⁷ Observation initiale de Braun que les MG sont confrontés en moyenne aux même situations cliniques.

5.2 Sur la construction du questionnaire

Les difficultés rencontrées furent inhérentes aux objectifs : d'une part une évaluation de variables nominales et ordinales et d'autre part, la mise en exergue de perceptions qui sont du domaine sensoriel et nécessitent une dénomination commune préalable.

Le but de cette étude n'était pas de réaliser un état des lieux de la codification des consultations de médecine générale : Deborah Busidan s'est intéressée spécifiquement à cette question dans sa thèse de 2012 [10].

Le DRC est promu par la SFMG comme étant un outil de la démarche diagnostique avec une utilité clinique et nous l'avons évalué dans cette utilisation.

Nous avons donc utilisé des termes simples comme le préconisait en 2014 JM NG Cheong Vee [13] : « *Il ne faut pas hésiter à oser des termes moins théoriques et tenter de sortir du vocable interne de la SFMG qui accentue l'impression d'inaccessibilité et de complexité du DRC.* »

Par conséquence, nous avons limité le nombre de questions pour centrer l'attention et la mémoire des répondants sur leur praxie : analyse des pratiques, reproduites au quotidien, dans une intention de soin²⁸.

Par exemple, si plusieurs participants ont suggéré en commentaires libres l'intérêt du DRC en groupe de pairs, cette situation n'est pas fréquente et ne fut pas étudiée.

Par ailleurs, cette étude résulte d'auto-évaluations : elle ne prétend pas à affirmer une supériorité ou une infériorité d'une pratique médicale.

Biais de mesure

On remarquera l'absence de définition de la modalité « parfois ».

Pour certains participants « parfois » peut signifier une occurrence par jour ou une occurrence par mois, alors que la modalité « jamais » présente un caractère fini (0).

Pour éviter ce biais, on aurait pu remplacer les modalités « parfois, souvent... » par « une consultation sur 10, une consultation sur 100 » ou « une fois par jour, une fois par semaine, une fois par mois » : cela aurait introduit un biais de mémorisation et les réponses auraient finalement perdu en objectivité.

²⁸ En opposition avec l'étude interventionnelle de Letrilliard qui était protocolaire.

5.3 Sur les résultats

Notre étude présentait deux forces : elle fut la seule à évaluer l'impact en pratique du DRC par une étude quantitative et présentait l'échantillon le plus important parmi les travaux publiés sur ce sujet.

Notre échantillon présentait une variété de profils d'utilisateurs, ce qui répond au concept d'homogénéisation de la pratique voulu par le Dr Braun : des praticiens de toutes générations utilisant une terminologie scientifique commune.

L'intérêt individuel et collectif du DRC a déjà été mis en évidence par Letrilliart [11] mais nous montrons qu'en pratique quotidienne non contrôlée par un investigateur, chaque médecin en avait une utilisation variable (fig. 18). Il en découle l'impossibilité de mesurer une satisfaction globale mais plutôt une adéquation à des besoins.

En mettant en évidence l'hétérogénéité de son usage en fréquence et en fonctions, nous montrons - que cet outil semble répondre à la diversité des situations rencontrées en médecine générale – qu'il est perçu différemment par chacun de ses utilisateurs.

Ainsi, un tiers de l'échantillon en conserve un usage ponctuel et ont donc arrêté le codage systématique de leur consultation : dans ce cas, le DRC paraît néanmoins répondre à leur besoin.

Toutes les situations rencontrées en MG n'étant pas complexes, une partie des sondés jugent que **le DRC ne nécessite pas d'être utilisé systématiquement pour être utile cliniquement.**

Son impact dans la pratique varie en fonction de chaque situation clinique mais son utilité est certaine en situation d'incertitude diagnostique.

Gestion de l'incertitude diagnostique

Nos résultats permettent de dégager la notion de confiance et révèlent qu'à défaut d'être certains de leur diagnostic, les praticiens étaient plus sûrs de leur raisonnement.

Les études sur l'incertitude diagnostique sont nombreuses ; la sociologie nous a le plus apporté dans ce domaine : les « fondateurs » états-uniens comme Renée Claire Fox²⁹ (1928-2020) ou Fred Davis (1925-1993), et plus récemment en France Géraldine Bloy³⁰.

²⁹ Fox RC. L'incertitude médicale. Paris : L'Harmattan ; Louvain-la-Neuve, France, Belgique : CIACO ; 1988

³⁰ Blois G. Liste des publications. [Disponible en ligne](#)

Dans cette thématique, il est important de noter que les IMG et médecins remplaçants sont handicapés par la connaissance moindre voir absente de leurs patients en tant qu'individus : les déterminants intimes (transfert et contre-transfert) sont absents et les déterminants socio-culturels sont uniquement déclaratifs ou découlent de l'observation.

En situation d'incertitude, ces manques se cumulent au défaut d'expérience. Lorenzo M. nomme cela « l'incertitude relationnelle » dans sa thèse qualitative de 2013 [15] :

« Cette incertitude relationnelle découle de la volonté du médecin de comprendre son patient, et, que son patient le comprenne. De la même manière, on retrouve cette incertitude du point de vue du patient : il cherche à comprendre le médecin et à se faire comprendre. »

Cette problématique est toujours d'actualité et son vécu est propre à chacun : dans une thèse quantitative de M. Pince de 2013 [16], 50 % des 153 médecins interrogés déclaraient y faire face 1 à 5 fois par semaine, tandis que Lorenzo mettait plutôt en évidence son omniprésence : « toutes les consultations », « la médecine, ce n'est jamais une certitude pour moi. »

Si ces deux auteurs montrent que l'anxiété et le stress découlent de cette situation, il faut noter que dans la thèse de M. Pince, les médecins interrogés y trouvaient également une source de motivation.

Quel serait la place du DRC dans ces problématiques ?

Dans un article de la revue Le médecin du Québec [17] intitulé : « Quand l'incertitude s'en mêle, travailler sans filet », les auteurs proposent de délaisser le modèle biomédical et d'adopter un modèle biopsychosocial, faisant appel au tact, à l'empathie, à la franchise, mettant en évidence l'importance de la communication et des valeurs humaines dans cette situation.

Cela répond à l'incertitude diagnostique, thérapeutique mais également relationnelle.

Nous retranscrivons leur méthodologie en y ajoutant la place qu'occupera le DRC : cette démarche démontre l'importance de l'examen clinique et la nécessité d'identifier clairement la situation rencontrée, comme vu en avant-propos.

1- Consolider la relation médecin-patient

- Reconnaître la légitimité de la démarche du patient
- Exprimer son désir d'aider

2- Évaluer le problème

- Effectuer une anamnèse et un examen minutieux

3- Expliciter son analyse

- Expliquer sa caractérisation du problème
- Exclure les diagnostics improbables
- Répondre aux inquiétudes du patient
- Exprimer son incertitude

4- Convenir d'un plan d'évaluation et de traitement

- Expliquer le pronostic anticipé
- Expliquer les options d'évaluation et de traitement
- S'assurer de la compréhension et du consentement

5- S'engager à réévaluer le problème

- Expliquer ce que serait une évolution inquiétante
- Établir la limite de tolérance à l'incertitude
- Donner des consignes claires de réévaluation



Fig. 36 : « Stratégie de gestion de l'incertitude » d'après G. Sanche et N. C. Fon

Sa linéarité peut être source de craintes car elle ne semble pas autoriser l'erreur : en pratique, cette démarche intellectuelle est bi-directionnelle et effectuée par le médecin comme une macro³¹ qu'il exécute inconsciemment en de multiples instances parallèles ; par l'ajout de données acquises par l'interrogatoire ou l'examen, il réalise des va-et-vient dans son raisonnement jusqu'à obtenir un résultat qu'il confronte à d'autres variables telles que la disponibilité des examens complémentaires, le moyen de transport du patient, l'heure, sa situation sociale ...

³¹ Macro-instruction : liste d'ordres préalablement enregistrés et correspondants à des tâches qui doivent être régulièrement effectuées par l'ordinateur.

Dans ce processus cognitif à variables inconnues dont un compromis doit idéalement émerger entre le patient et le praticien, le DRC pourrait y apporter rigueur et cohésion.

L'objectif émit par les auteurs paraît correspondre à notre sujet d'étude :

« Dans une réalité clinique où la prévalence de malaises³² est beaucoup plus grande que celle de maladies organiques dangereuses, une bonne caractérisation des problèmes est aussi acceptable et profitable que l'établissement d'un diagnostic précis. ».

Comme réponse à cette thématique aux multiples dimensions, c'est le sentiment de confiance³³ (fig. 23) et non de certitude qui prévaut dans notre étude du DRC : confiance en soi, en son raisonnement, en son discours.

Les bénéfices de l'utilisation du DRC ne se limitent donc pas à un instant *t* : on retrouve ces trois éléments (le soi et son rapport à l'autre, le raisonnement analytique, le dialogue) dans les parties successives de la méthode des auteurs canadiens.

Cette dimension humaine est confirmée dans notre fig. 37 : la notion de rassurance³⁴ est la plus forte en analyse univariée.

Réticences et place de l'expérience

Les médecins généralistes sont globalement en faveur de la formalisation par la médecine basée sur les preuves (EBM) mais ne sont pas unanimes quant à son intérêt individuel et en perdent l'usage avec le temps [11].

Si notre étude emphase le DRC comme atout pédagogique, nous serions tentés, pour expliquer nos résultats quant à l'évolution de son utilisation par les participants à l'heure actuelle (fig. 29), de conclure de façon binaire : « le DRC est essentiellement un outil d'apprentissage chez les médecins juniors et devient un outil de codage pour les médecins expérimentés ».

Les causes d'abandon mises en évidence nous obligent à nuancer cette hypothèse (fig. 33) : si la « perte d'intérêt » et « l'expérience jugée suffisante pour s'en passer » furent évoquées, les odd-ratios les plus défavorables se rapportaient à la contrainte de temps, comme retrouvé dans la littérature.

³² Au sens de maladie indifférenciée.

³³ Sentiment de sécurité d'une personne qui se fie à elle-même. Dictionnaire Le Robert

³⁴ Rendre confiance à quelqu'un, le tranquilliser. Dictionnaire Larousse

L'utilisation du DRC en pratique quotidienne s'oppose ainsi aux contraintes de notre système de santé. Comme le montre nos exemples en annexe, le temps de codage varie en fonction des situations cliniques : il faut le considérer comme un temps de réflexion au bénéfice du patient et non comme du temps « perdu ».

Nous avons tenté d'analyser par dichotomie les besoins des répondants (fig.18) mais nous devons souligner la présence d'une variable inconnue : le rôle de l'expérience.

Par exemple, si le praticien utilise le DRC lors d'une situation complexe « pour guider sa thérapeutique », et qu'il rencontre par la suite une situation identique, son utilisation du DRC n'en sera plus « qu'informelle ».

Nous théorisâmes que ce cercle vertueux (la performance d'un outil augmente avec l'habitude) s'appliquera au DRC en assurant sa pérennisation en pratique quotidienne, or nous constatons qu'il est rapidement abandonné après l'internat et que ses utilisateurs en perdent l'habitude, acquise principalement grâce au MSU.

Cependant, les médecins en conservent un usage ponctuel : l'utilité clinique du DRC semble se maintenir dans le temps.

Notre étude a ciblé les nouvelles générations comme base du renouvellement des pratiques : quid des médecins aguerris ?

Dans l'étude quantitative de Letrilliard, en fin d'intervention, 25 % des médecins interrogés déclaraient accepter la poursuite de l'activité de codage seulement s'ils étaient rémunérés pour le faire.

Dans cette population de 61 médecins de 48 ans d'âge moyen, malgré des réticences communes aux nôtres, on suppose que l'utilité clinique inavouée fut insuffisante.

Par ailleurs, un participant a émis un commentaire lacunaire : « médecine robotique ».

Cette crainte (déshumaniser la médecine) n'est pas fondée : si l'on valorise la médecine générale comme un art³⁵, celui-ci s'exprime dans l'espace de liberté (cf. avant-propos) du médecin et non dans le domaine diagnostique qui, dans toutes les disciplines médicales (à nuancer en psychiatrie) émane de la recherche fondamentale.

³⁵ Au sens commun de « talent, habileté, don » et non de sa racine latine *ars* : « ensemble des procédés, connaissances et règles intéressant l'exercice d'une activité ».

Avant-gardiste, le dernier ouvrage³⁶ de la SFMG part du constat que nos processus de raisonnement sont déjà robotisés : pour répondre aux contraintes de temps actuelles, nous agissons de façon à être efficace³⁷, voire pour certains, productifs. La quantité a déshumanisé la MG au mépris de la qualité. Le DRC, en fonctionnant par la recherche de critères cliniques, permettrait de remettre la clinique à sa place ancestrale : comme nous l'avons vu, la minutie de l'examen est la base de la gestion de l'incertitude diagnostique.

Le Dr Braun anticipait ces réticences émanant des médecins expérimentés en conclusion [annexe 1] de son ouvrage « la médecine générale, sa position et son rôle dans la médecine ».

Place du DRC dans l'enseignement

Notre étude apporte comme éléments nouveaux, la preuve de son apport pédagogique auprès des internes en médecine générale et la place centrale du MSU dans cette démarche globale d'amélioration des pratiques.

Celui-ci constitue dans notre étude la porte d'entrée (71 %) dans le DRC et en assure l'apprentissage : nous montrons que la contrainte exercée par le MSU favorise un usage plus systématique mais n'en n'empêche pas l'abandon.

Ces résultats sont cohérents avec l'étude de Busidan [10] qui démontra que la formation au codage était le facteur principal qui en détermine la pratique.

Transmission du savoir

-Il est étonnant de constater que si la théorie professionnelle de Braun émane de la recherche fondamentale en médecine générale et s'inscrit donc dans le réel³⁸, elle ne soit pas enseignée au « temple³⁹ » : l'université.

-Si la médecine générale demeure un art qui s'acquière uniquement par l'expérience, comment l'enseigner ?

On pourrait croire à tort qu'il suffirait d'enseigner le DRC de façon théorique pour en obtenir les bénéfices cliniques, mais comme dans toute discipline médicale, l'expérience demeure indispensable.

³⁶ Chouilly J, Jouteau D, Ferru P, Kandel O. Pour un retour au raisonnement clinique, ou comment apprivoiser l'incertitude diagnostique. GM Santé édition. 2019. 195 pages.

³⁷ G. Bloy emploie le concept de « performance médicale ».

³⁸ Validé en France par l'OMG.

³⁹ Temple du savoir ; référence au caractère religieux du serment original d'Hypocrate.

De plus, si on promeut uniquement le DRC comme un manuel, il est logique de penser que certains souhaiteront s'en libérer.

L'utilisation du DRC comme **support d'enseignement en stage praticien** pourrait constituer un sujet de recherche et nous renouvelons l'hypothèse originelle que **le DRC constitue un des moyens de transmission de l'expérience médicale des médecins généralistes**.

Sociologie des rapports interne-MSU

Géraldine Blois, maître de conférences en sociologie à la faculté de Dijon, a réalisé de nombreux travaux éminemment pertinents sur la MG, notamment par le suivi d'une cohorte d'internes (« démarche sociologique longitudinale »), s'intéressant à leur formation et à leur devenir⁴⁰. Elle fournit une critique objective de l'enseignement actuel de la MG [18].

Dans son article [19] « La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien », elle décrit le triangle patient – MSU - IMG sur le plan sociologique et explore les différences qu'il existe entre la rigueur scientifique (EBM) et la pratique quotidienne observée par les internes. Ces deux notions peuvent s'opposer :

« Des stagiaires n'y ont pas vu autre chose qu'un bricolage grossier, fait de compromis nous effectivement adaptés aux contraintes de la satisfaction du patient, mais qui ne saurait prétendre à une valeur scientifique propre »

Ou se rejoindre :

« D'autres résidents, convaincus par leur maître de stage, valident en termes de rigueur et de savoir ce qu'ils ont vu faire au cabinet ».

Elle conclue :

« Ce n'est plus tant l'adéquation d'une pratique à l'état des connaissances qui est ici signifiée mais bien une démarche intellectuelle spécifique qui peut conduire au cas par cas à s'éloigner d'une norme en connaissance de cause pour gagner en pertinence et en efficacité dans l'abord d'un patient donné. Le jugement de rigueur scientifique ne tient plus à la cohérence du médecin avec des normes sur un cas fictif mais à une performance médicale

⁴⁰ Elle a mis en évidence la disparité entre la formation universitaire et la réalité du marché du travail : « une certaine “déspecialisation” n'est-elle pas en cours, qui prendrait à contresens le mouvement engagé dans les facultés pour spécifier la MG, en la distinguant justement de toute autre pratique médicale ? N'en déplaise aux gestionnaires de la filière, les jeunes médecins peuvent choisir d'utiliser leur titre de médecin généraliste sur le marché du travail médical plutôt comme une polyvalence que comme une spécialité. »

située : face à tel patient, porteur de telles craintes, dans tel contexte familial ou socio-économique. »

Dans ce paragraphe qui est une synthèse de la médecine générale actuelle, elle met en évidence la place prépondérante de l'espace de liberté (fig. 4) et la notion de rigueur scientifique qui est devenue subjective car les connaissances qui s'y rapportent ne s'appliquent pas à la MG.

Quelle est la place du DRC dans le triangle MSU – IMG - Patient ?

Le DRC permettrait de réduire le « bricolage cognitif » décrit par Bloy : il constitue déjà en consultation une interface de communication entre un interne dont le savoir est inscrit en langage « items de l'ECN » et un MSU dont la sémantique est propre à son expérience (ex : « rhino bronchite »).

Il permettrait aux IMG de se forger une expérience basée sur la science et non l'inverse, comme l'écrivait R.N. Braun :

« Sans l'introduction aux données de la recherche praticienne, [le jeune médecin] aurait à subir le processus épuisant et démoralisant de l'adaptation aux contraintes réductrices de l'action, avant qu'il ne se sente au bout de décennies rompu à la pratique de sa fonction ».
[Annexe 1]

Considérations

Auparavant, l'évaluation de la formation des médecins généralistes opposait deux questions : « qui enseigne *la* médecine générale ? » et « qui enseigne à devenir *un* médecin généraliste ? ».

Nous en introduisons une nouvelle : « qui va nous permettre de devenir des spécialistes en médecine générale ? »

Cette reconnaissance n'est pas acquise : dans une thèse [20] de 2010 interrogeant 235 étudiants de deuxième cycle (DCEM) après leur stage praticien, 60 % ne considéraient pas la MG comme spécialité à part entière.

Pire, la majorité considérait la MG comme un moyen d'orientation vers un spécialiste d'organe. A défaut de ne pas avoir compris la démarche holistique de la MG, on peut penser que l'absence de « diagnostics » a participé à cette incompréhension.

Les travaux de Bloy auprès d'internes mettent également en évidence ce manque d'intérêt scientifique ou stimulation intellectuelle : le DRC, par son codage scientifique de situations même banales et méthode de gestion du risque, paraît répondre à ce besoin.

Il nous paraît donc essentiel de promouvoir l'enseignement du DRC auprès des nouvelles générations pour permettre à celles-ci de s'affirmer en tant que spécialistes de médecine générale : toutes les situations (exemple sur la toux, annexe 2) nécessitent une rigueur scientifique ; il n'y a pas de petites consultations.

Etat des lieux

Cela nécessiterait un lien fort entre la SFMG et les UFR de médecine par le biais des MSU et praticiens enseignants :

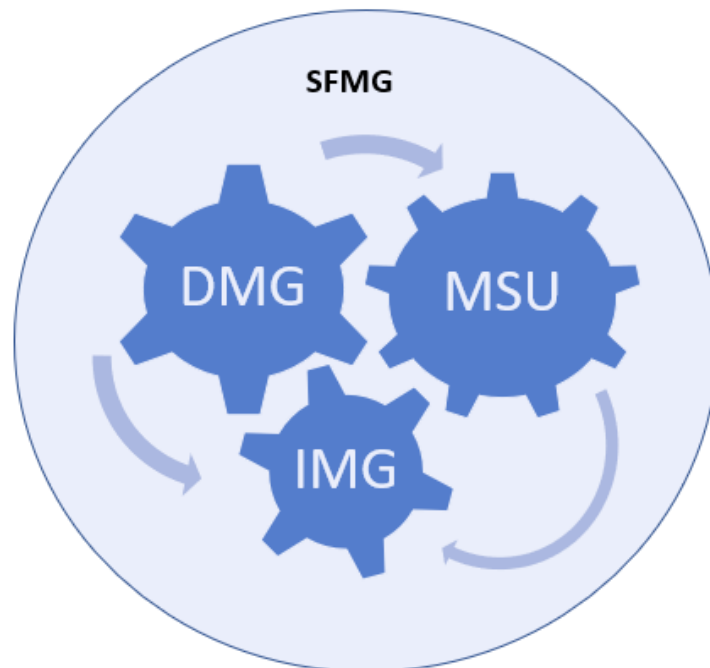


Fig.37 : les acteurs du DRC sont interconnectés et s'influencent entre eux

Cette mécanique est présente au sein des DMG d'Amiens et de Poitiers de façon idéale : un MSU formé au DRC et adhérent à la SFMG y propose un cours facultatif aux internes intitulé « la gestion de l'incertitude diagnostique ».

La relative sur-représentation, involontaire, de ces deux facultés dans notre échantillon démontre l'efficacité de ce système. Il a pour avantage de **promouvoir l'enseignement** du DRC auprès des internes mais n'en permet pas une **diffusion** large, car il fonctionne de façon biaisée :

dans ces facultés, les rouages DMG et MSU se confondent avec la SFMG ; or tous les MSU ne sont pas adhérents à la SFMG, tous les enseignants des DMG ne sont pas des MSU...

Nous surlignons ainsi trois mots clés dans le processus de généralisation du DRC :

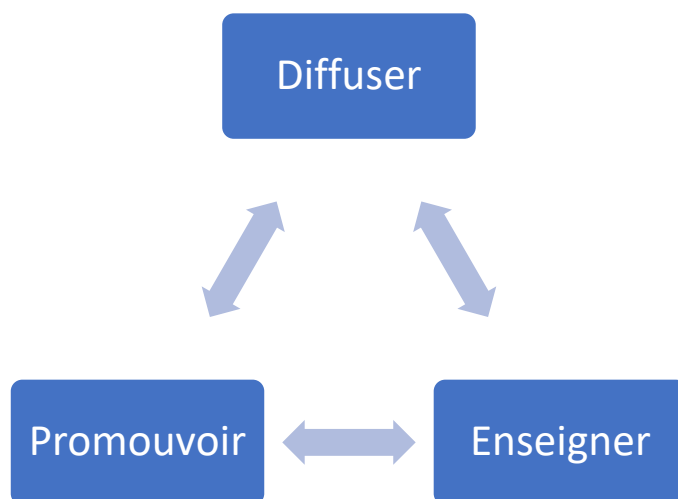


Fig. 38. Triangle de dynamiques interdépendantes

Jean Marie NG Cheong Vee (Poitiers) avait étudié les raisons intrinsèques et extrinsèques de la mauvaise diffusion du DRC et proposait une stratégie de type « marketing » pour le promouvoir.

La plupart de ses propositions ont été suivies d'effets mais celles-ci incombaient principalement à la SFMG. Si elle assure le développement du DRC et « s'engage à apporter son concours à la formation universitaire et post-universitaire des médecins », **le pivot central de la formation des médecins demeure la faculté de médecine**, sous l'égide du CNGE.

Reprenons l'analogie mécanique de la figure 37 : dans la thématique de la formation des internes, *la SFMG ne fait pas tourner la roue*, dans le sens où elle participe (congrès, etc.) aux études médicales mais n'en organise pas le déroulement ; en tant que société savante nous l'avons donc placée en toile de fond, *comme un bain d'huile qui imprègne uniformément ses rouages*.

Qu'en conclure ?

Il appartient à chacun de promouvoir sa discipline médicale.

Si la sensibilisation des DMG ou MSU non affiliés à la SFMG est indispensable, nous ne ferions que reproduire le schéma ancestral de la connaissance qui se transmet vers le bas, de l'enseignant à l'étudiant. Dans notre fig. 37, le savoir peut également être transmis de façon horizontale : un interne peut diffuser le DRC auprès de ses collègues ou le promouvoir à un MSU qui en retour sensibilise son DMG.

Dans sa thèse de 2016 [21] réalisée sous l'égide de la SFMG, A. Ades écrivait l'injonction suivante en évoquant le DRC et le CISP2 :

« L'université doit impérativement apprendre à ses étudiants cette manière de relever les troubles de santé dans le dossier du patient ».

Il faut comprendre ce vœu non pas comme un discours résultant d'une attitude partisane⁴¹ mais comme la poursuite du travail visionnaire de R. N. Braun :

« Le diagnostic est l'obligation scientifique de classer un résultat de consultation dans la catégorie d'un concept nosologique ».

Reformulons : il est impératif d'apprendre aux étudiants que le but de la consultation n'est pas d'obtenir un diagnostic de certitude mais d'adopter une démarche scientifique clinique aboutissant à un diagnostic de situation ; il s'agit d'un changement de paradigme dans l'enseignement de la médecine.

⁴¹ Université de Poitiers.

6 Conclusion

Si nous avons pu mettre en évidence l'utilité du DRC en pratique quotidienne, cet outil demeure peu répandu et présente des contraintes.

Les médecins expérimentés peuvent être réticents à adopter cette démarche scientifique et même présenter une certaine défiance vis-à-vis d'une société scientifique qui ambitionne de promouvoir une médecine de « haut niveau », insinuant qu'elle serait différente de la leur.

Comment expliquer que certaines personnes jugent le DRC indispensable alors que très peu de médecins l'utilisent en France ?

Notre travail a permis de montrer qu'il s'agissait en pratique d'une médecine à **haut niveau de preuve**.

Cette méthodologie nécessite un apprentissage, du temps d'observation clinique et une discipline de la part du praticien, et si nous avons vu les bénéfices qu'elle lui apporte, elle a pour vocation une meilleure prise en charge du patient.

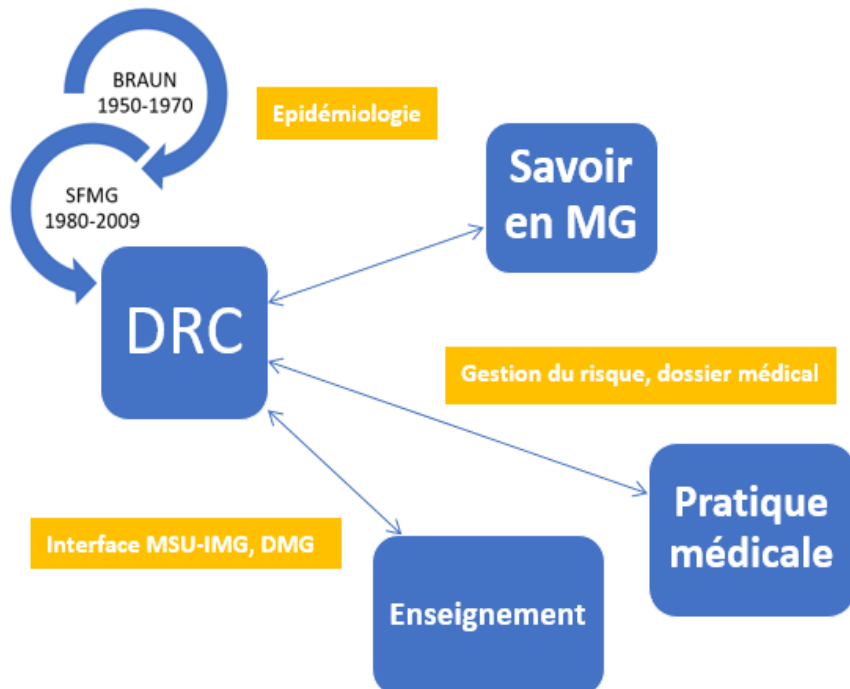


Fig. 39 : les fonctions du DRC

S'il fut utilisé par le passé à des fins statistiques⁴², le DRC est actuellement promu comme outil de gestion du risque en consultation et pourrait à l'avenir être plus généralement utilisé dans l'enseignement de la MG.

En adoptant un langage scientifique comme base commune de réflexion et de communication, il ferait le lien entre le savoir accumulé par l'épidémiologie en médecine générale et l'expérience non transmissible acquise par la pratique.

Il nous paraît également avoir sa place dans le monde médical de demain :

« Je l'utilise surtout dans la perspective d'une utilisation en recherche avec extractions de données de santé plus facilement : adosser une composante recherche à l'outil pourrait permettre de faire des suivis de cohortes décentralisés (type blockchain) et ainsi de récupérer les informations type pharmacovigilance, facteurs de risques connus (recensements) et inconnus (identifications) pour l'ensemble des pathologies, voir même alimenter le DMP en push » [annexe 5].

L'auteur de ces propos n'est pas un biostatisticien évoluant en CHU mais bien un spécialiste en médecine générale.

« J'ai formé aussi deux assistantes médicales, qui ont apprécié l'effet structurant » [annexe 5].

Statistiques, groupe de pairs, paramédicaux, logiciels d'aide à la prescription médicale [4], systèmes d'aide à la décision médicale (SADM) [23] ...le concept de DRC théorisé en 1957 et propulsé par l'informatique est une réponse scientifique à de nombreuses thématiques imposées par l'ère moderne et pourrait à l'avenir dépasser le champ de la médecine générale, en termes d'utilisateurs mais aussi d'utilisations.

En poursuivant l'étude des systèmes de classifications des données médicales dans la pratique quotidienne (*théorie praticienne et médecine appliquée*), notre travail est un jalon supplémentaire vers la reconnaissance de la médecine générale en tant que spécialité.

⁴² L'Observatoire de la Médecine Générale recueilli 8 millions de RC entre 1999 et 2009.

7 Bibliographie

- [1] Braun R.N, Mader H. La médecine générale, sa position et son rôle dans la médecine. Documents de recherches en médecine générale - Société française de médecine générale. 1983; N° 7: G-73bis, page 48. [Disponible en ligne](#)
- [2] Vincent B, Rosowsky O et coll. Recherche épidémiologique et épistémologique sur la prise en charge du malade en médecine générale. Documents de recherches en médecine générale - Société française de médecine générale. 1988; N° 27 : 4-163.
- [3] Société française de médecine générale. Observatoire de la Médecine générale, 1994-2009. Site web. [Disponible en ligne](#)
- [4] Médi-Intel Base Thériaque. Société française de médecine générale. [Disponible en ligne](#)
- [5] Braun R.N, Mader H. La médecine générale, sa position et son rôle dans la médecine. Documents de recherches en médecine générale - Société française de médecine générale. 1983; N° 7: G-73bis.
- [6] Société française de médecine générale. Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale, révision 2010, n°66-70, page : V, Paris, juin 2010.
- [7] Société française de médecine générale. La démarche médicale en médecine générale. Site web. [Disponible en ligne](#)
- [8] Société française de médecine générale. Site web. [L'espace de liberté.](#)
- [9] Marquet S. La C.I.S.P. : un instrument pour la médecine générale ? Société française de médecine générale, 1995, N° 46 : 98-114. [Disponible en ligne](#)
- [10] Busidan D. Pratiques du codage des données de consultation par les médecins généralistes des structures pluriprofessionnelles de soins primaires en Île-de France : une enquête exploratoire. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Créteil, Paris XII, 2012. [Disponible en ligne](#)
- [11] Letrilliart L. Evaluation du projet Prometheus de codage des problèmes de santé diagnostiqués en médecine générale, Réseau Alpha Medica, Mai 2004. [Disponible en ligne](#)
- [12] Hamoudi K. La gestion du risque d'erreur diagnostique en soins primaires par les médecins juniors : une étude clinique exploratoire. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Créteil, Paris XII, 2008. [Disponible en ligne](#)
- [13] 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. Thèse de médecine, Université de Poitiers, 2014. [Disponible en ligne](#)
- [14] 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 subsaharienne. Thèse de médecine, Université Paris Val de Marne, 2010. [Disponible en ligne](#)

[15] Lorenzo M. Tolérance à l'incertitude en médecine générale, Thèse de médecine, Université de Strasbourg, 2013. [Disponible en ligne](#)

[16] Pince M. Gestion de l'incertitude en médecine générale Etude quantitative en Corrèze. Thèse de médecine, Université de Limoges, 2013. [Disponible en ligne](#)

[17] Sanche G, Caire Fon N. Quand l'incertitude s'en mêle, travailler sans filet. Le Médecin du Québec, 2010 ; 45 (5) : 37-41.

[18] Bloy G. Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés. Revue française des affaires sociales 2011/2-3, p9-28. [Disponible en ligne](#)

[19] Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. Revue Française des affaires sociales, 2005, 2005/1. p101-125. [Disponible en ligne](#)

[20] Bour E. Evaluation du stage en médecine générale en deuxième cycle des études médicales à Nancy. Thèse de médecine, Université Henri Poincaré, Nancy, 2010. [Disponible en ligne](#)

[21] Ades A. Une description de la médecine générale par l'analyse d'un recueil de données en continu : revue de la littérature sur l'Observatoire de Médecine Générale. Thèse de médecine, Université de Poitiers, 2016. [Disponible en ligne](#)

[22] Bergeaut M. Évolution du ressenti face à l'incertitude au cours d'un semestre ambulatoire chez les internes de médecine générale du D.E.S. de Toulouse. Thèse de médecine, Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2019. [Disponible en ligne](#)

[23] Haute autorité de santé. Etude des systèmes d'aide à la décision médicale. HAS-CEGEDIM, 2010. [Disponible en ligne](#)

ANNEXE 1 : Conclusion de l'ouvrage « La médecine générale, sa position et son rôle dans la médecine » par Dr R.N. Braun

Cependant, la plupart des confrères préfèrent persister à agir comme s'ils avaient assez de temps pour chaque patient, comme si, en fin de consultation, ils pouvaient toujours établir un vrai diagnostic. On ne peut leur tenir rigueur qu'ils cherchent à dissimuler leur manière de procéder que leur a enseignée l'expérience, derrière les principes qui leur ont été inculqués par leur formation, si tant est qu'ils aient conscience qu'il y a là quelque chose à dissimuler.

Sans doute, celui qui veut penser et agir à partir des nouvelles données acquises par la recherche, aura tout d'abord l'impression de perdre pied. Cependant, il s'apercevra rapidement qu'il a trouvé, en échange, un fond bien plus solide. En tout état de cause, l'anxiété éprouvée par les vieux praticiens devant la nouvelle science n'est pas fondée.

Le généraliste expérimenté consciencieux n'a pas besoin de craindre les résultats de la recherche pratique. Pour l'essentiel, il s'apercevra avec satisfaction qu'il est sur la bonne voie. Peut-être adoptera-t-il une meilleure nomenclature et même une conduite programmée. Il remarquera que tout cela ne rend pas son travail habituel plus difficile, mais le facilitera au contraire. C'est lorsqu'il traitera de façon programmée les cas à problèmes qu'il se rendra plus clairement compte de l'amélioration de sa fonction. En fait, son expérience l'a déjà lui-même "programmé" mais les programmes intuitifs dans son cerveau sont évidemment bien trop nombreux pour qu'il puisse, dans les quelques minutes dont il dispose, produire pour chaque cas plus de la moitié de toutes les questions importantes. Il s'ensuit que la consultation programmée accompagnée d'instructions relatives à la conduite de l'action, non seulement facilite le travail, mais l'améliore.

La situation n'est pas la même pour un débutant. Ici, il ne s'agit pas seulement d'améliorations. Sans l'introduction aux données de la recherche pratique, celui-ci aurait à subir le processus épuisant et démoralisant de l'adaptation aux contraintes réductrices de l'action, avant qu'il ne se sente - au bout de décennies - rompu à la pratique de sa fonction. Ainsi, sera dépassée enfin pour la médecine générale, la situation qui faisait que le vieux praticien emportait dans la tombe, sans en avoir rien transmis, toute l'expérience qu'il avait acquise.

Mais aussi longtemps qu'à l'intérieur de la médecine générale il n'y aura pas le désir clairement articulé d'une optimisation de sa fonction spécifique, sur la balance des spécialités médicales, elle "ne fera pas le poids".

ANNEXE 2 : Exemples d'utilisation du DRC

Le DRC est accessible en ligne sur le site de la SFMG, téléchargeable sur ordinateur, disponible sur smartphones Apple et intégré dans certains logiciels métiers.

L'exemple d'utilisation du DRC présenté ci-dessous sous sa forme en ligne est disponible à l'adresse : <http://webdrc.sfmfg.org/>.

Ecran d'accueil du WebDRC :

The screenshot displays the WebDRC web application interface. At the top, there is a header with the WebDRC logo, a search bar with the placeholder 'Rechercher par mot clé', and filters for 'Âge' and 'Sexe'. A 'Réinitialiser' button is also present. Below the header, a checkbox labeled 'Sur les titres uniquement' is visible. The main content area is divided into several sections:

- espace de recherche**: A large central area for entering search criteria.
- liste des RC**: A list of renal conditions (RC) including ABCES SUPERFICIEL, ABDOMEN DOULOUREUX AIGU, ACCES ET CRISE INEXPLIQUES, ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL, ACNE VULGAIRE, ACOUPHENE, ADENOPATHIE - ADENITE, ALBUMINURIE, ALCOOL (TROUBLE LIE A L'), and ALGODYSTROPHIE.
- Liste des Voir Aussi: 1er risque**: A section for related conditions, currently showing 'Pas de données'.
- Position diagnostique (PD)**: A section for selecting diagnostic criteria, including options for Symptôme (A), Syndrome (B), Tableau de maladie (C), Diagnostic certifié (D), and Non pathologique (Z).
- Code suivi (CS)**: A section for selecting follow-up codes, including options for Nouveau (N), Persistant (P), Révision (R), Asymptomatique, and ALD.
- Diagnostic critique (DiC) : 2ème risque**: A section for critical diagnosis, currently showing 'Les DiC sont en cours d'élaboration' and 'deuxième risque'.
- RC**: A section for the renal condition, currently showing 'Pas de données' and 'codification du résultat'.

At the bottom right, there is an 'Enregistrer RC' button. The footer indicates '© 2016 Bilog - SFMG'.

Exemple n°1

On propose un cas clinique simple en partant d'un patient dont le motif de consultation est une toux isolée. Le mot clé « toux » sera saisi dans le logiciel :

The screenshot shows the WebDRC interface. At the top, there's a search bar with 'toux' entered, and fields for 'Âge' and 'Sexe'. Below the search bar, there's a checkbox 'Sur les titres uniquement'. To the right, there's a logo for SFMG and a button 'A propos'. The main area is divided into several panels:

- Liste des RC:** A list of conditions including HERNIE - EVENTRATION, INCONTINENCE URINAIRE, INSUFFISANCE CARDIAQUE, PNEUMOPATHIE AIGUE, PROLAPSUS GENITAL, REFLUX-PYROSIS, SCIATIQUE, SINUSITE, and **TOUX** (highlighted).
- Définition **TOUX**:** A section titled 'Critère' with the following text:
 - ++++ TOUX
 - ++++ SANS SYMPTÔME OU SIGNE ÉVOQUANT UN AUTRE RC
 - + - toux rapportée
 - + - grasse
 - + - sèche
 - + - rauque
 - + - quinteuse
 - + - d'effort
 - + - émettante
 - + - diurne
 - + - au décubitus
 - + - au procubitus
 - + - récidive
- Position diagnostique (PD):** A section with a radio button for 'Symptôme (A)'.
- Code suivi (CS):** A section with radio buttons for 'Nouveau (N)', 'Persistant (P)', and 'Révision (R)', and checkboxes for 'Asymptomatique' and 'ALD'.
- Diagnostic critique (DiC) : 2ème risque:** A table with two columns: 'Diagnostic critique (DiC)' and 'Criticité'.

Diagnostic critique (DiC)	Criticité
Corps étranger inhalé	***
Hémopathie chronique	**
Syndrome paranéoplasique	**
Cancer	**
Pneumopathie	**
Infection parasitaire	*
Tuberculose	*
Coqueluche	*
Pneumoconiose	*
Sarcoidose	*
Asthme	*
RGO	*
Trachéobronchopathie ostéochondroplastique	*

At the bottom right, there's a button 'Enregistrer RC'.

Le logiciel affichera les critères cliniques du RC « toux » : les critères obligatoires sont matérialisés par 4 + (++++), les critères + - sont facultatifs et permettent de documenter le tableau clinique.

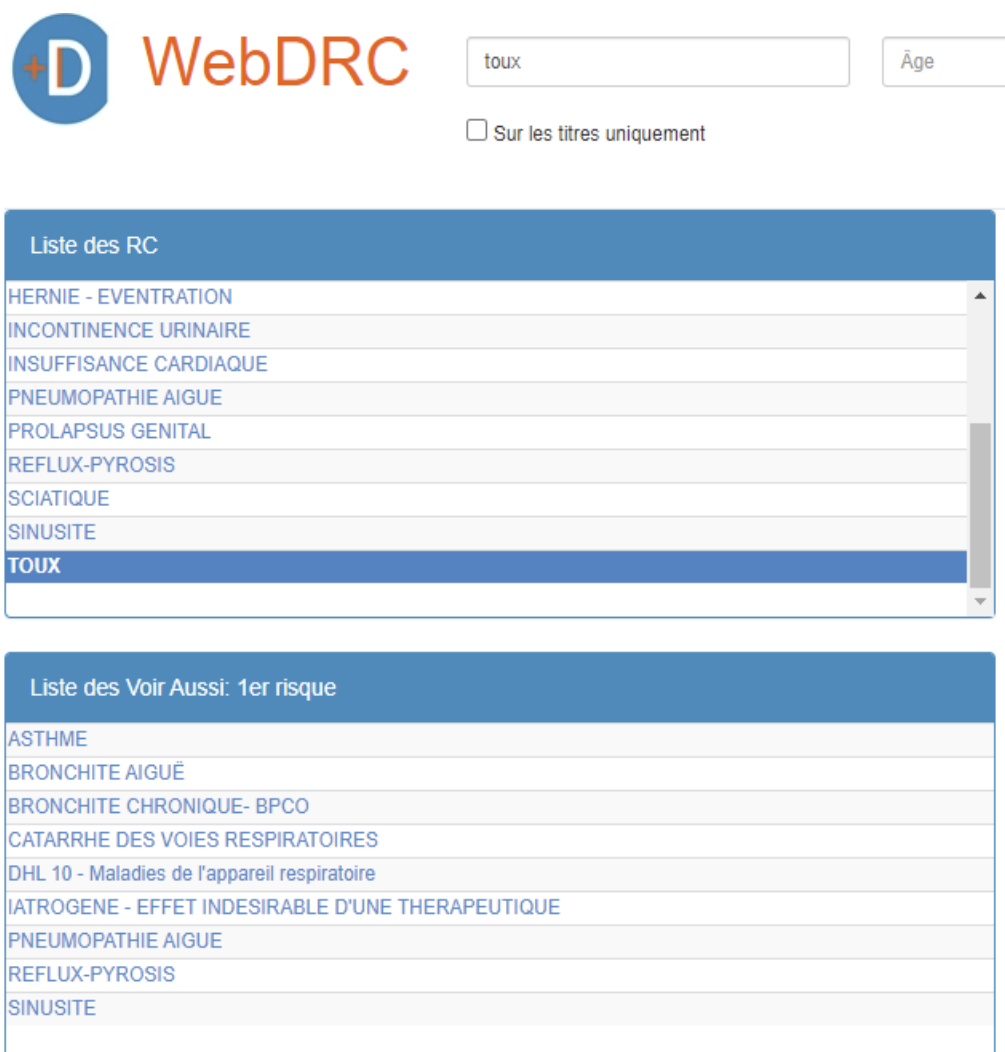
This is a close-up of the 'Définition **TOUX**' section. It shows the criteria for cough, organized into two main groups:

- ++++ TOUX**
- ++++ SANS SYMPTÔME OU SIGNE ÉVOQUANT UN AUTRE RC**

Below these, there are several criteria marked with '+ -' (facultatifs):

- + - toux rapportée
- + - grasse
- + - sèche
- + - rauque
- + - quinteuse
- + - d'effort
- + - émettante
- + - diurne
- + - au décubitus
- + - au procubitus
- + - récidive

Liste des « voir aussi / premier risque » :



The screenshot shows the WebDRC interface. At the top left is the WebDRC logo. To its right is a search bar containing the text 'toux'. Further right is a field labeled 'Âge'. Below the search bar is a checkbox labeled 'Sur les titres uniquement'. Below this is a table titled 'Liste des RC' with a blue header. The table contains the following rows: 'HERNIE - EVENTRATION', 'INCONTINENCE URINAIRE', 'INSUFFISANCE CARDIAQUE', 'PNEUMOPATHIE AIGUE', 'PROLAPSUS GENITAL', 'REFLUX-PYROSIS', 'SCIATIQUE', 'SINUSITE', and 'TOUX' (which is highlighted in blue). Below this table is another table titled 'Liste des Voir Aussi: 1er risque' with a blue header. This table contains the following rows: 'ASTHME', 'BRONCHITE AIGUË', 'BRONCHITE CHRONIQUE- BPCO', 'CATARRHE DES VOIES RESPIRATOIRES', 'DHL 10 - Maladies de l'appareil respiratoire', 'IATROGENE - EFFET INDESIRABLE D'UNE THERAPEUTIQUE', 'PNEUMOPATHIE AIGUE', 'REFLUX-PYROSIS', and 'SINUSITE'.

Liste des RC
HERNIE - EVENTRATION
INCONTINENCE URINAIRE
INSUFFISANCE CARDIAQUE
PNEUMOPATHIE AIGUE
PROLAPSUS GENITAL
REFLUX-PYROSIS
SCIATIQUE
SINUSITE
TOUX

Liste des Voir Aussi: 1er risque
ASTHME
BRONCHITE AIGUË
BRONCHITE CHRONIQUE- BPCO
CATARRHE DES VOIES RESPIRATOIRES
DHL 10 - Maladies de l'appareil respiratoire
IATROGENE - EFFET INDESIRABLE D'UNE THERAPEUTIQUE
PNEUMOPATHIE AIGUE
REFLUX-PYROSIS
SINUSITE

Le premier risque permet de s'assurer que le praticien a bien choisi son RC.

A l'issu de son examen clinique, le praticien peut affirmer aisément que son patient n'a pas les critères diagnostics d'une pneumopathie ou d'un asthme.

Il pourra également vérifier en choisissant le RC « reflux-pyrosis » si la plainte du patient était plutôt la conséquence d'un RGO.

L'informatique ne dispense pas d'un examen clinique. Comment s'assurer que le patient présente une toux isolée si d'autres signes ne sont pas recherchés ?

Pour être certain de son RC, le médecin doit donc s'efforcer d'être exhaustif dans son examen clinique et son interrogatoire.

Il doit donc obligatoirement sélectionner le critère « sans aucun signe évoquant un autre RC » pour valider le caractère isolé du symptôme.

Définition TOUX	Argumentaire
Critère	
++++ TOUX	
++++ SANS SYMPTÔME OU SIGNE ÉVOQUANT UN AUTRE RC	
+ - toux rapportée	
+ - grasse	
+ - sèche	
+ - rauque	
+ - quinteuse	
+ - d'effort	
+ - émetisante	
+ - diurne	
+ - au décubitus	
+ - au procubitus	
+ - récidive	

On poursuit la cotation et on choisit les items « toux grasse », le code suivi « symptôme » et le caractère « récidivant » rapporté par le patient ou déterminé d'après le dossier médical.

Position diagnostique (PD)	Code suivi (CS)	
☒ Symptôme (A)	☐ Nouveau (N) ☒ Persistant (P) ☐ Révision (R)	☐ Asymptomatique ☐ ALD

Il y est d'ailleurs fait mention d'un tabagisme actif.

Et si le patient développait une BPCO ? Le praticien peut alors cliquer en cas de doute sur le RC « bronchite chronique » et rechercher si le patient présente les critères diagnostique de ce RC.

En plus de suggérer des diagnostics différentiels, le DRC permet instantanément au praticien de vérifier si le tableau clinique correspond à ceux-ci (les RC correspondent avec le CIM 10).

A ce moment, le praticien a défini avec certitude son cadre nosologique alors que le diagnostic demeure incertain : un patient présentant un symptôme isolé persistant ne permettant pas de définir un syndrome ou une maladie.

Il lui appartient alors de définir sa conduite thérapeutique en fonction des autres déterminants de la consultation.

Malgré l'extrême simplicité de cet exemple et au vu des nombreux diagnostics différentiels présent dans la case 1^{er} risque, on peut conclure que le praticien aboutissant avec certitude au résultat « toux » a manifestement effectué un travail consciencieux et conforme aux données acquise de la science, du moins sur le plan diagnostic.

Le risque évitable : et si la toux du patient pouvait être le signe d'une maladie potentiellement mortelle sans intervention médicale ?

Il s'agit du 2^{ème} risque ou diagnostic critique.

Diagnostic critique (DiC) : 2ème risque	
Diagnostic critique (DiC)	Criticité
Corps étranger inhalé	***
Hémopathie chronique	**
Syndrome paranéoplasique	**
Cancer	**
Pneumopathie	**
Infection parasitaire	*
Tuberculose	*
Coqueluche	*
Pneumoconiose	*
Sarcoidose	*
Asthme	*
RGO	*
Trachéobronchopathie ostéocondroplastique	*

Dans notre cas, le praticien n'évoquera pas un corps étranger inhalé mais plutôt un syndrome paranéoplasique ou un cancer devant ce patient tabagique.

Il réfléchira par exemple à la prescription d'un TDM Pulmonaire : l'incertitude (quant à l'évolution de ce symptôme) est anticipée de façon rationnelle.

Pour terminer, on copie le RC dans le dossier médical : il suffit de cliquer sur « enregistrer le RC » et le logiciel résume l'ensemble des données renseignées.

							Enregistrer RC
RC							Supprimer Tout Résultat Copier
RC	PD	CS	CIM 10	CISP	Asymp	ALD	Actions
TOUX	A	P	R05	R05	Non	Non	

Résultat intégré au dossier médical :

TOUX (A, P)
CODE CIM 10 : R05 CODE CISP : R05
- toux
- sans symptôme ou signe évoquant un autre RC
- quinteuse
- d'effort

(A, P) : position diagnostic A (symptôme), code de suivi P (persistant).

Le fruit de la réflexion du praticien est intégré directement dans le dossier médical.

Dans cet exemple, celui-ci n'a plus qu'à renseigner sa conduite à tenir.

Exemple n° 2 : de la nécessité de bien choisir son RC, le cas complexe de la plainte abdominale

Un patient se présente avec comme motif de consultation une plainte abdominale.

L'interrogatoire et l'examen clinique sont primordiaux.

Si cet examen est concluant, le praticien peut par exemple, utiliser directement le RC « colique néphrétique » et vérifier que les critères diagnostiques correspondent bien à son

observation (EBM) : le DRC le conforte dans son idée et permet la codification du dossier médical.

Si l'examen n'est pas concluant, le praticien doit choisir un RC qui correspond à une plainte abdominale indéterminée ou non évocatrice d'un syndrome ou maladie connue.

Il peut choisir deux RC :

- 1) « Abdomen douloureux aigu » : ce RC est synonyme d'urgence abdominale ou abdomen chirurgical et évoque un risque d'évolution grave nécessitant la mise en œuvre d'une démarche programmée urgente.

Liste des RC	Définition ABDOMEN DOULOUREUX AIGU Argumentaire
ABDOMEN DOULOUREUX AIGU	Critère
ANEMIE (NON FERRIPRIVE)	++++ DOULEUR ABDOMINALE SPONTANÉE
ASTHME	++++ RETROUVÉE À LA PALPATION
BRONCHITE CHRONIQUE- BPCO	++1 ARRÊT NET DU TRANSIT
CANAL CARPIEN (SYNDROME DU)	++1 DÉFENSE OU CONTRACTURE DE LA PAROI ABDOMINALE
CERVICALGIE	++1 HYPOTENSION VOIRE CHOC
COLIQUE NEPHRETIQUE	+ - nausées ou vomissements
COLOPATHIE FONCTIONNELLE	+ - fièvre ou sensation de fièvre
DEPRESSION	
DHL 01 - Certaines maladies infectieuses et parasitaires	+ - récédive

Liste des Voir Aussi: 1er risque
COLIQUE NEPHRETIQUE
COLOPATHIE FONCTIONNELLE
DOULEUR PELVIENNE
DYSMENORRHEE
EPIGASTRALGIE
HERNIE - EVENTRATION
PLAINTÉ ABDOMINALE
PNEUMOPATHIE AIGUE
PYELONEPHRITE AIGUE
SYNDROME PREMENSTRUEL

- Le médecin généraliste ne fait pas face à un « abdomen aigu/chirurgical » devant chaque patient qui présente une douleur abdominale. Pour valider ce choix, le patient doit obligatoire présenter (++1) soit un arrêt du transit, soit une défense, soit un état de choc.
- On remarque que l'encadré « Premier Risque » ne fait pas mention du diagnostic « appendicite ». En effet, le premier risque comporte d'autres résultats de consultation qui présentent également une douleur abdominale mais ne constitue pas une liste d'étiologie des abdomens douloureux aigus.
- L'encadré 2^e risque est vierge : en effet, le RC « abdomen aigu » avec un patient en hypotension est en soi un tableau clinique d'évolution potentiellement grave ou mortelle.

Ce RC permet de comprendre que le DRC ne sert pas à donner un diagnostic mais à définir un cadre nosologique.

2) « Plainte abdominale » :

- Comment la SFMG a construit ce RC [icône Argumentaire] : *Il s'agit d'une plainte spontanée pas forcément douloureuse, avec ou sans douleur à la palpation de l'abdomen. Sa localisation ne doit pas être exclusivement pelvienne ou épigastrique ni avoir les caractéristiques de l'abdomen douloureux aigu (arrêt net du transit, défense ou contracture, état de choc).*

Liste des RC	Définition PLAINTES ABDOMINALES Argumentaire	Position diagnostique (PD)	Code suivi (CS)																										
OBESITE PANCREATITE PLAINTES ABDOMINALES PNEUMOPATHIE AIGUE PROLAPSUS GENITAL STENOSE ARTERIELLE SYNDROME PREMENSTRUEL TUMEFACTION UTERUS (HYPERTROPHIE - FIBROME)	Critère +++ DOULEUR OU PLAINTES DE LA REGION ABDOMINALE ++1) spontanée ++1) retrouvée à la palpation +++ ABSENCE DE SIGNE D'EXAMEN CARACTERISTIQUE D'UN AUTRE RC + - douleurs permanentes + - douleurs survenant par crises + - digestion difficile + - tendance à la diarrhée + - tendance à la constipation + - alternance diarrhée et constipation + - ballonnement, météorisme + - flatulences + - crampes + - diurne + - nocturne + - localisation ++1) fosse iliaque droite ++1) fosse iliaque gauche ++1) hypochondre droit ++1) hypochondre gauche ++1) diffuse à l'ensemble de l'abdomen + - irradiations (à préciser en commentaire) + - fébrile + - favorisé par la prise de certains médicaments (à préciser en commentaire) + - favorisé par la prise de certains aliments (à préciser en commentaire) + - examen après disparition des symptômes + - récidive	☐ Symptôme (A)	☐ Nouveau (N) ☐ Asymptomatique ☐ Persistant (P) ☐ ALD ☐ Révision (R)																										
Liste des Voir Aussi: 1er risque ABDOMEN DOULOUREUX AIGU ANXIETE - ANGOISSE COLIQUE NEPHRETIQUE COLOPATHIE FONCTIONNELLE DIARRHEE ET/OU VOMISSEMENT DOULEUR NON CARACTERISTIQUE DOULEUR PELVIENNE EPIGASTRALGIE GROSSESSE HERNIE - EVENTRATION MALADIE DE CROHN-RECTOCOLITE HEMORRAGIQUE PYELONEPHRITE AIGUE SOMATOFORMES (TROUBLES) ULCERE DUODENAL ULCERE GASTRIQUE		Diagnostic critique (DIC) : 2ème risque <table border="1"> <thead> <tr> <th>Diagnostic critique (DIC)</th> <th>Criticité</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dissection artérielle</td><td>***</td></tr> <tr><td>Infarctus mésentérique</td><td>***</td></tr> <tr><td>Anévrisme artériel</td><td>***</td></tr> <tr><td>Appendicite</td><td>***</td></tr> <tr><td>Diverticulite</td><td>***</td></tr> <tr><td>Cancer</td><td>**</td></tr> <tr><td>Colique hépatique</td><td>**</td></tr> <tr><td>Infection parasitaire</td><td>*</td></tr> <tr><td>Saturisme</td><td>*</td></tr> <tr><td>Syndrome de Filtz Hurgh Curtis</td><td>*</td></tr> <tr><td>Maladie inflammatoire chronique de l'intestin</td><td>*</td></tr> <tr><td>Psychogène</td><td>*</td></tr> </tbody> </table>		Diagnostic critique (DIC)	Criticité	Dissection artérielle	***	Infarctus mésentérique	***	Anévrisme artériel	***	Appendicite	***	Diverticulite	***	Cancer	**	Colique hépatique	**	Infection parasitaire	*	Saturisme	*	Syndrome de Filtz Hurgh Curtis	*	Maladie inflammatoire chronique de l'intestin	*	Psychogène	*
Diagnostic critique (DIC)	Criticité																												
Dissection artérielle	***																												
Infarctus mésentérique	***																												
Anévrisme artériel	***																												
Appendicite	***																												
Diverticulite	***																												
Cancer	**																												
Colique hépatique	**																												
Infection parasitaire	*																												
Saturisme	*																												
Syndrome de Filtz Hurgh Curtis	*																												
Maladie inflammatoire chronique de l'intestin	*																												
Psychogène	*																												
		Enregistrer RC																											
		RC Pas de données																											

- Dans ce RC, l'appendicite évoquée précédemment est effectivement présente dans les diagnostics critiques. Le médecin devra également évoquer la dissection artérielle et l'infarctus mésentérique en fonction du terrain, de l'âge
- Le cadre « 1^{er} risque » présente une liste de cadre nosologiques comportant une plainte abdominale, qui sont les plus fréquemment retrouvés en médecine générale.

Pour valider le résultat « plainte abdominale », le médecin doit s'assurer que la situation ne correspond pas à un de ces premiers risques : il s'agit donc ici comme souvent en consultation, d'un patient présentant une plainte abdominale que l'on qualifierait de manière subjective comme « atypique ». Grace à la codification, cette plainte n'est plus « indéterminée ».

ANNEXE 3 : Questionnaire de l'enquête

Évaluation et perceptions des médecins généralistes en formation utilisant le Dictionnaire des Résultats de Consultation de la SMFG

Je m'appelle Valérian Gachowitch et suis interne de médecine générale à Amiens.

Je réalise une thèse, dirigée par le Dr Legroux Charles (Urcel, Aisne), sur le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC).

C'est un outil édité par la SFMG et destiné à être utilisé en pratique quotidienne de médecine générale.

Il peut être utilisé directement en ligne à cette adresse : <http://webdrc.sfmfg.org>

Ce questionnaire de thèse s'adresse principalement aux internes qui ont utilisé le DRC lors de leur stage praticien ou SASPAS afin de sonder leur opinion.

Ce questionnaire (anonyme) s'adresse également aux anciens internes afin d'évaluer rétrospectivement leur avis ainsi que leur utilisation actuelle du DRC.

Il n'existe actuellement aucune enquête d'opinion sur ce sujet alors je compte sur vous pour faire avancer la médecine générale et la SFMG !

Merci

I. Qui êtes-vous ?

-Votre faculté de Médecine :

-Votre sexe :

-Votre âge :

-Votre statut actuel : *Interne en DES 1, DES 2 , DES 3 / Post-internat ou remplaçant / Médecin installé*

-Le cas échéant, en quelle année avez-vous soutenu votre thèse ?

II. Votre première rencontre avec le DRC

-J'ai découvert le DRC : *Grâce à mon Maître de stage universitaire (MSU) / Par mes propres moyens*

- Le cas échéant, par quel moyen autre que votre MSU ?
- Votre MSU vous a-t-il contraint à utiliser le DRC ? : *Oui, d'une certaine façon / Non, cela n'a jamais été une obligation*
- Quand on vous l'a présenté, comment l'avez-vous perçu ? *échelle de 1 (plutôt sceptique) à 5 (plutôt enthousiaste).*
- Comment évaluez-vous son apprentissage ? *échelle de 1 (plutôt difficile) à 10 (plutôt facile)*
- Une fois l'outil maîtrisé, son utilisation est-elle facile ? *échelle de 1 (plutôt difficile) à 10 (plutôt facile)*
- Quelles causes de difficultés d'apprentissage reprenez-vous ?

<i>L'interface de l'outil DRC</i>
<i>L'intégration avec le logiciel métier</i>
<i>Le résultat de consultation peut être difficile à trouver</i>
<i>Les plaintes du patient sont trop multiples</i>
<i>Un manque de temps en consultation</i>
<i>Le DRC ne vous paraissait pas utile</i>
<i>Les outils informatiques vous déplaisent de manière générale</i>
<i>Je n'ai pas de formation appropriée</i>

III. Pratique quotidienne

- A quel moment de la consultation utilisez-vous le DRC ? *Pendant la consultation / Uniquement à la fin*
- Lors de chaque consultation :

<i>J'utilise toutes les fonctions du DRC : Systématiquement / Souvent / Parfois / Si besoin</i>
<i>Je recherche uniquement à conforter mon diagnostic clinique : Systématiquement / Souvent / Parfois / Si besoin</i>
<i>Je recherche uniquement les diagnostics différentiels ou de gravité : Systématiquement / Souvent / Parfois / Si besoin</i>
<i>J'intègre le RC obtenu dans le dossier médical : Systématiquement / Souvent / Parfois / Si besoin</i>

- Lors de renouvellements d'ordonnances, utilisez-vous le DRC pour suivre l'évolution des pathologies chroniques ? *Systématiquement / Souvent / Parfois*
- Après être habitué à utiliser le DRC, quel en est votre ressenti ? *échelle de 1 (outil superflu) à 10 (outil indispensable)*

IV. Gestion de l'incertitude diagnostic

-Pensez-vous que le DRC soit utile à la gestion de l'incertitude diagnostic en médecine générale ? échelle de 1 (*plutôt inutile*) à 5 (*plutôt utile*)

-Comment résumez-vous cela ? Grâce au DRC et face à l'incertitude...

J'étais plus sûr de moi : <i>Systématiquement / Souvent / Parfois / Si besoin</i>
Je n'étais pas plus sûr mais plus confiant dans ce que je faisais : <i>Systématiquement / Souvent / Parfois / Si besoin</i>
Paradoxalement, j'étais moins sûr de moi ou plus confus : <i>Systématiquement / Souvent / Parfois / Si besoin</i>
J'ai pu rectifier un diagnostic : <i>Systématiquement / Souvent / Parfois / Si besoin</i>

-L'utilisation du DRC a-t-elle eu un impact dans votre attitude thérapeutique ? échelle de 1 (*utilisation informelle uniquement*) à 5 (*guide ou valide ma thérapeutique*).

V. Conclusion

-Pensez-vous que le DRC fut utile à votre formation de médecine générale ? échelle de 1 (*plutôt inutile*) à 5 (*plutôt utile*).

-Utilisez-vous toujours le DRC en pratique quotidienne aujourd'hui ? *Systématiquement / Parfois / Uniquement quand j'en ressente le besoin*

-Pourquoi ne plus l'utiliser systématiquement ?

<i>Perte d'habitude</i>
<i>Perte d'intérêt</i>
<i>J'estime pouvoir m'en passer grâce à l'expérience que j'ai acquise</i>

<i>Je ne sais pas m'en servir correctement</i>
<i>Il n'est pas intégré à mon logiciel métier</i>
<i>Mon MSU actuel ne me laisse pas m'en servir</i>

<i>Cela occupe trop de temps en consultation</i>
<i>Autre : ...</i>

-Finalement, quels mots peuvent exprimer vos sentiments sur le DRC ?

<i>atout</i>
<i>compliqué</i>
<i>pédagogique</i>
<i>perte de temps</i>
<i>jeu</i>

<i>indispensable</i>
<i>médecine trop scientifique</i>
<i>contrainte</i>
<i>plaisir</i>

<i>médecine basée sur les preuves</i>
<i>rassurant</i>
<i>Autre : ...</i>

ANNEXE 4 : Verbatim des commentaires libres

Je ne l'ai que peu utilisé, n'en ai jamais eu l'apprentissage.

Problème principal : manque d'intégration dans le logiciel Maidis.

Le problème du DRC c'est qu'il faut avoir un diagnostic précis puis cocher les cases correspondantes. Mais du coup si on a des éléments en dehors des cases ils ne sont pas notés. De plus les intitulés sont paradoxalement parfois trop spécifiques (donc intitulé non intuitif à trouver = perte de temps) et parfois trop flou en fonction du motif de consultation. Je préfère noter directement les éléments du patient au fur et à mesure. Même s'il est vrai que quand le diagnostic est bon cela permet de penser à étayer son interrogatoire (utilisé que sur médiateur dans mon cas).

DRC à intégrer dans plus de logiciels médicaux pour éviter une autre interface et perte de temps.

Je trouve le logiciel intéressant et aidant, cependant je n'ai pas encore le réflexe de l'utiliser très fréquemment ailleurs que chez le maître de stage qui me l'a présenté.

J'adore le web DRC, mais souvent il y a plusieurs problèmes et c'est alors plus compliqué de l'utiliser surtout que la plupart des logiciels métiers ne l'intègre pas. Le copier/coller depuis le web n'ajoute pas les +++ c'est dommage. Cependant la version PC/Mac marche très bien, mais je ne peux l'installer chez le médecin que je remplace. Il est toujours ouvert sur mon PC.

Ne l'utilisant que très peu, je n'arrive pas à dégager le réel intérêt de ce logiciel en pratique, peut-être à tort ? Je reste assez campé sur sa méthodologie diagnostique et thérapeutique enseignée à la fac afin de garder de bons réflexes.

Nécessite temps et énergie à l'apprentissage au stade de la découverte, mais une fois cette étape passée, c'est un atout pour le médecin généraliste soucieux de la justesse de son diagnostic de situation pour le patient. Enfin donne la possibilité de coder et de faire des stats si besoin.

Devenu un critère pour le choix du logiciel qui l'intègre.

C'était un outil intéressant mais en pratique quotidienne, par manque de temps, et aussi car mon logiciel métier ne me permet que d'utiliser la liste des titres de DRC, il ne m'apporte pas grand-chose. Cependant, votre questionnaire me permet de me dire "tiens, si j'allais y retourner voir un coup d'œil ?

Un autre reproche au DRC est qu'il est soit trop pointu au niveau des items, soit trop fourre-tout. Je me retrouve souvent à mettre "Examen Systématique et Prévention". Et pourtant je l'ai bien potassé, car il m'a servi d'outil essentiel pour ma thèse afin de standardiser des résultats de consultation.

Intéressant mais pas de formation pour les mots clefs. Un peu long à appréhender malgré 4 mois sur le logiciel mais à long terme utile pour le diagnostic et les diagnostics différentiels qui s'oublient vite avec le temps.

Cela permet aussi d'avoir des consultations homogénéisées dans un cabinet de groupe.

Très bel outil, que je compte intégrer systématiquement à ma pratique quotidienne une fois installée.

J'ai formé aussi 2 assistantes médicales, qui ont semblé apprécier l'effet structurant.

Outil consensuel élaboré par les pairs à partir de situations vécues, pratique et pertinent, facilitant la saisie de la démarche diagnostique.

Peut-être je l'utilise quand je mets un diagnostic sur la consultation.

En revanche, j'utilise le DRC systématiquement dans les formations "Groupe de pairs".

Outil permettant de rationaliser l'incertitude diagnostique, je l'utilise uniquement lorsque je ne me sens pas à l'aise dans l'incertitude.

Outil intéressant utile au quotidien, très formateur pour les étudiants.

Je ne l'utilise pas car je me fie à mon raisonnement, que je ne veux pas perdre la relation au patient en étant trop sur l'ordinateur et que j'ai peur que ce type d'outils finisse à la longue par remplacer les médecins, j'y vois une place en pédagogie pour les internes mais je pourrais l'utiliser au cas où je ne pourrais gérer pour m'assurer d'avoir été systématique dans les diagnostics évoqués.

Intéressant pour le diagnostic différentiel. Restreint le cadre.

Domage que sa prise en main nécessite un peu d'aisance informatique et de prise de temps !

Un outil indispensable qui devrait être le langage commun de tous les généralistes.

Le DRC est aussi une aide à la structuration de l'historique des pathologies du patient dans le logiciel métier.

J'ai trouvé que les RC ne correspondaient pas à la réalité (par exemple où classe-t-on l'infection urinaire à 38°C). Je déteste cet outil : incomplet, imprécis ou trop précis selon les cas et pas très utile en pratique.

Je l'utilise surtout dans la perspective d'une utilisation en recherche avec extractions de données de santé plus facilement, assez peu finalement dans la démarche scientifique.

Il manque désormais l'observatoire de la médecine générale qui permettait à l'époque d'adosser une composante recherche à l'outil DRC et qui s'il était restitué pourrait permettre de faire des suivis de cohortes décentralisés (type blockchain) et ainsi de récupérer les précieuses infos type pharmacovigilance, facteurs de risques connus (recensements) et inconnus (identifications) pour l'ensemble des pathologies, voir même alimenter le DMP en push.

En équipe pluriprofessionnelle, son usage rationalise les diagnostics et améliore la recherche qualitative et quantitative diagnostique.

L'exemple d'une bonne idée mal réalisée. Inutilisable dans ma pratique.

C'est un outil très intéressant, mais difficile à utiliser quand nombreuses plaintes des patients. C'est intéressant pour le suivi des patients chroniques quand mais certaines pathologies sont difficiles à coter. Les critères rouges ne sont pas toujours adaptés à la médecine générale, et ne prennent pas en compte les aspects atypiques de la médecine avec pourtant un diagnostic confirmé.

Résumé

Évaluation et perceptions des médecins généralistes en formation utilisant le Dictionnaire des Résultats de Consultation de la SFMG

Contexte - Le dictionnaire des résultats de consultation (DRC) est un outil informatique conçu par la Société Française de Médecine Générale (SFMG). Fondé sur l'épidémiologie des consultations de médecine générale (MG), il répertorie 300 Résultats de Consultation (RC) qui représentent 95% des situations cliniques rencontrées par un omnipraticien. La validité de cet outil est établie pour la codification médicale en MG mais son implication dans le processus décisionnel des praticiens n'a pas été étudiée. Nous proposons d'évaluer son intérêt en pratique clinique parmi les médecins les moins expérimentés, qui pourraient bénéficier de cet outil lors de situations complexes d'incertitude diagnostique.

Objectif - Recueillir l'opinion des utilisateurs du DRC parmi les médecins en formation pour évaluer son impact clinique en pratique quotidienne.

Méthode - Etude observationnelle quantitative par auto-questionnaire diffusé nationalement entre le 1^{er} septembre 2020 et le 1^{er} février 2021 par le biais des syndicats d'internes de MG et le soutien de la SFMG. Critères d'inclusion : tout médecin généraliste (interne en DES, remplaçant et spécialiste en MG) ayant une expérience passée ou présente avec le DRC. Critère d'exclusion : obtention du doctorat avant 2010.

Résultats - Nous avons obtenu 81 réponses dont 46% de médecins installés, 32% de médecins remplaçants et 22 % d'internes en MG. L'échantillon représentait 19 UFR de médecine. Les participants découvraient le DRC via un MSU dans 71 % des cas et son usage était jugé facile (82 %) après une nécessaire période d'apprentissage. Le codage était déclaré comme systématique dans 40% des consultations. Le DRC était perçu comme utile par 60 % des participants en pratique quotidienne et 67 % des participants en situation d'incertitude. Dans cette situation, le DRC apportait de façon prédominante une plus grande confiance du praticien dans ses raisonnements. Son intérêt pédagogique fut reconnu par 57 % de l'échantillon et 72 % des 18 internes de MG. Au présent, 30 % l'avaient abandonné et 45 % en faisaient un usage ponctuel. Les causes d'abandon étaient similaires à celles décrites dans la littérature.

Conclusion - Si l'utilisation du DRC est une expérience positive et présente un atout certain dans la gestion de l'incertitude diagnostique, son utilisation est hétérogène en temps et fonctions, variant selon les besoins des médecins. L'exploitation de son intérêt pédagogique pourrait justifier une diffusion plus large du DRC.

Mots-clés : Gestion du risque - Incertitude - Médecine générale – Dossiers médicaux – Codage clinique

Abstract

Evaluation and perceptions of « The dictionary of consultation results » tool among junior general practitioners

Background – The dictionary of consultation results (DRC) is a computerized tool elaborated by the French society of general practice (SFMG). Created through general practitioners (GP) case's epidemiology, it identifies 300 consultation results (CR) representing 95% of medical situations met by a GP's common practice. Tool validity of its original purpose as medical classification is established in general practice domain but its involvement in decision-making has never been studied. We intend to evaluate its strengths among low experienced doctor's clinical practice, especially in the management of complex cases of uncertain diagnostic.

Objective – Collect DRC user's opinion among junior doctors to evaluate its clinical impact on their ordinary practice.

Methods – Quantitative observational study based on a self-report survey distributed nationally between the 1st September 2020 and the 1st February 2021 by the resident trade-unions and the SFMG support. It was addressed to all general practitioners (residents, post-docs, family doctors) with a past or present DRC experience, excluding: medical degree (Ph.D.) acquired before 2010.

Results – 81 replies were obtained issued from 46% of established doctors, 32 % of post docs and 22 % of residents. Our sample covered 19 medical universities. Participants discovered DRC through their supervisor in 71 % of the cases and its use was easy (82 %) after a mandatory training period. CR's input in medical file was declared systematic in 40% of the consultations. The DRC was perceived as useful by 60% of participants on their every day's practice, 67 % of them in situations of uncertainty. In such cases, DRC brought predominantly a greater confidence to the practitioner in their assertions. Its educational value was recognized by 57 % of the participants and by 72 % of the 18 residents. At present time, 30 % of the participants did not use the DRC anymore and 45 % maintained occasional use. Dropout causes were similar as already described in literature.

Conclusion – The DRC is perceived as a positive experience and offers a clinical advantage in the management of complex clinical cases among GPs, but its use varies in time and functions, depending on practitioner's daily needs. A better acknowledgment of its educational value is required to promote it.

Key words: - Risk Management - General Practitioners - Uncertainty - Medical Records Systems, Computerized – Clinical Coding