

Le Dictionnaire des Résultats de consultation®

Sémiologie des situations cliniques en médecine générale



Comment gérer le risque de l'incertitude diagnostique



Le Dictionnaire des Résultats de consultation®

Sémiologie des situations cliniques en médecine générale

**Comment gérer le risque
de l'incertitude diagnostique**

Soyez élégant, ayez l'éco-geste !

Vous avez déjà ce livret ?

Offrez-le à un confrère, un interne, un étudiant...

Auteurs

Julie CHOUILLY

Médecin généraliste, Secrétaire générale de la Société Française de Médecine Générale

Damien JOUTEAU

Médecin généraliste, Membre titulaire de la Société Française de Médecine Générale

Pierre FERRU

Médecin généraliste, Membre titulaire de la Société Française de Médecine Générale

Elisabeth GRIOT

Médecin généraliste, Membre titulaire de la Société Française de Médecine Générale

Olivier KANDEL

Médecin généraliste, Membre titulaire de la Société Française de Médecine Générale

Yann THOMAS DESESSARTS

Médecin généraliste, Membre titulaire de la Société Française de Médecine Générale

Table des matières

L' incertitude diagnostique	6
Comment gérer l'incertitude diagnostique ?	7
1 ^{ère} étape : nommer la situation clinique	8
choisir un Résultat de consultation®	
2 ^{ème} étape : ne pas se tromper de RC : Voir aussi	11
3 ^{ème} étape : ne pas passer à côté d'une maladie grave : DiC	12
En pratique	13
Utilisez le DRC	17
Comment ça marche	18
EN SAVOIR PLUS	20
Le dictionnaire des Résultats de consultation®	21
Le Résultat de consultation.....	22
Illustration par un cas clinique	26
4 exemples de RC	28
Liste des 275 Résultats de consultation et DHL	36
En résumé : le DRC en 10 points	42
Le DRC gratuit sous tous ses formats	44

L'incertitude diagnostique

Affirmer que le médecin peut, chaque fois, au terme de vingt minutes de consultation, identifier de façon certaine l'existence d'une maladie nosologiquement définie, est sans doute la plus grande illusion collective des médecins. Le médecin se trouve en effet bien souvent, à l'issue de la consultation, dans l'incapacité d'avoir une certitude sur l'étiologie des troubles, et leur évolution potentielle vers une maladie. Nous appelons cela : **l'incertitude diagnostique**.

Le saviez-vous ?

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

- il est face à des troubles de santé au stade précoce de leur évolution. Tous les signes de la maladie peuvent ne pas être encore apparus.
- de plus, ces troubles n'évolueront que rarement vers une maladie.
- sans plateau technique, il a des moyens diagnostiques limités.
- il est amené à prendre des décisions dans un temps court (18 minutes en moyenne).

70% des consultations concernent des situations non caractéristiques d'une maladie.

Un risque d'erreur médicale

L'incertitude diagnostique est une source potentielle d'erreur médicale :

- se tromper de diagnostic
- méconnaître une maladie grave

Pour évaluer au mieux les dangers et prendre des décisions adaptées, il est indispensable de nommer précisément la situation clinique observée. C'est tout l'intérêt d'utiliser le ***Dictionnaire des Résultats de Consultation***[®] (DRC).

Comment gérer l'incertitude diagnostique en trois étapes ?

1^{ère} étape

Quoi de plus confortable et rassurant que de diagnostiquer une varicelle ou une sinusite...

Mais dans 70% des cas nous sommes face à des symptômes et des syndromes, en situation d'incertitude diagnostique.

Le Dictionnaire des Résultats de consultation® permet de nommer avec rigueur ces situations cliniques et nous donne alors ce même confort.

- Choisir dans le dictionnaire un **Résultat de consultation® (RC)** évoquant le cas observé

2^{ème} étape

Avant de confirmer ce choix, il faut s'assurer de ne pas s'être trompé de RC

Nécessité de **vérifier si un autre RC correspondrait mieux à la situation clinique :**

- Regarder la liste des **Voir aussi**

3^{ème} étape

A partir du bon RC, il faut évoquer les maladies graves qui pourraient correspondre au tableau clinique décrit

Nécessité de **ne pas méconnaître une maladie grave qui, au cours de son évolution, pourrait ressembler à ce RC :**

- Tenir compte de la liste des **Diagnosics Critiques (DiC)**

1ère étape

Dénommer la situation clinique

Nommer la situation clinique
Le Résultat de consultation®

Face à cette incertitude diagnostique et l'impossibilité de "poser un diagnostic", nous utilisons le terme de Résultat de consultation pour décrire les situations cliniques rencontrées en médecine générale.

En pratique, 275 situations cliniques différentes couvrent 95% de l'activité du médecin de premier recours. Chacune d'entre elles est décrite rigoureusement par un Résultat de consultation (RC). Elles sont regroupées dans le *Dictionnaire des Résultats de consultation®* (DRC).

Ce dictionnaire contient l'ensemble des cas observés en moyenne **par chaque médecin** au moins une fois par an.

Chaque Résultat de consultation comporte un **titre** et une **définition** sémiologique avec des critères d'inclusion.

Choisir un Résultat de consultation®

Il est indispensable de **nommer précisément la situation clinique** pour évaluer au mieux les dangers et prendre les décisions adaptées.

Pour retenir un RC il faut

- un **titre** qui correspond à la situation clinique à prendre en charge

Exemples : ANGINE (AMYGDALITE-PHARYNGITE), ASTHENIE-FATIGUE, EPIGASTRALGIE...

- les **critères d'inclusion** proposés par la définition

Ces critères sont obligatoirement présents chez le patient. Ils contribuent à une bonne discrimination entre deux RC.

Ils sont précédés d'une signalétique :

++++ : critère obligatoire pour ce RC

++1| : au moins un critère parmi cette liste doit être présent chez le patient

++2| : au moins 2 critères parmi cette liste doivent être présents...

Sans être nécessaires pour le choix de la définition, des **compléments sémiologiques** permettent de mieux décrire l'observation et de documenter le dossier médical

Ils sont précédés d'une signalétique **+ -**

Exemples

Définition d'APHTE

++++ ULCÉRATION DOULOUREUSE
DE LA MUQUEUSE BUCCALE
++++ À BORDS NETS AVEC AURÉOLE ROUGE VIF
++++ À FOND JAUNÂTRE "BEURRE FRAIS"

Critères d'inclusion
obligatoires

++1 | LABIALE
++1 | LINGUALE
++1 | DU SILLON GINGIVO-JUGAL
++1 | GINGIVALE
++1 | JUGALE
++1 | PALATINE OU DE LA LUETTE

Critères d'inclusion : au
moins une de ces lignes
doit être relevée

+ - multiples
+ - adénopathie
+ - facteur déclenchant

Compléments
sémiologiques

Définition de GALE

++1 | LÉSIONS DERMATOLOGIQUES PRURIGINEUSE
++3 | papules, vésicules
++3 | prurit à prédominance vespérale ou nocturne
++3 | localisation électorale évocatrice (mains, bras, plis)
++3 | notion de contagion ou d'épidémie
++1 | LÉSION PATHOGNOMIQUE (SILLON, NODULE)
++1 | SARCOPTÉ AU PRÉLÈVEMENT CUTANÉ

Pour affirmer GALE il faut
au moins une des lignes
de même niveau ++1 |

Si le médecin est devant
des *lésions
dermatologiques
prurigineuses*, il doit
pouvoir cocher 3 des 4
critères ++3 | pour
pouvoir affirmer le RC
GALE

2e étape

Vérifier que c'est le bon RC

Ne pas se tromper de RC Les Voir aussi

Mais choisir un RC présente un *premier risque d'erreur*, celui de se tromper de RC. Pour contourner ce risque, qui amènerait le praticien à échafauder une conduite à tenir hasardeuse, chaque Résultat de consultation est associé à une liste de RC voisins ou concurrents, les plus proches sémiologiquement.

Ces RC voisins sont appelés *Voir aussi*. Le médecin, pendant la consultation **regarde cette liste avant de confirmer son choix** : existerait-il un autre RC plus précis pour définir le cas ?

Le choix du RC s'il se limitait à celui des critères d'inclusion, si précis soient-ils, n'aurait aucune valeur. Ce RC n'est pertinent qu'après vérification de sa liste des *Voir aussi*. **C'est bien parce qu'on a exclu** les autres RC de la liste des *Voir aussi*, que l'on confirme ce choix.

En nommant clairement la situation clinique qu'il prend en charge, le médecin, malgré l'*incertitude diagnostique*, se trouve en situation de *certitude clinique* la plus élevée possible.

Exemple : Les *Voir aussi* du RC EPIGASTRALGIE

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU

ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE

ANXIETE-ANGOISSE

CONTUSION

DOULEUR NON CARACTERISTIQUE

PLAINTÉ ABDOMINALE

REFLUX-PYROSIS-CESOPHAGITE

3e étape

Tenir compte des maladies graves

Ne pas passer à côté d'une maladie grave Les Diagnostics critiques

Le risque d'une maladie grave hante tout praticien

La même symptomatologie peut être révélatrice d'un trouble bénin comme d'un grave. Le praticien doit penser à évoquer une maladie grave qui à un moment de son évolution pourrait se manifester par le tableau clinique décrit.

En pratique, afin d'aider le médecin, le DRC® affiche pour chaque RC la *liste des maladies graves* à évoquer.

Evaluer ce risque est indispensable à la démarche diagnostique

Il consiste à tenir compte, pour chaque maladie, de sa **gravité**, son **urgence**, sa **curabilité**, et de la **vulnérabilité** du patient. Ces 4 éléments permettent de calculer la *criticité*. D'où l'appellation de *Diagnostic Critique (DiC)*.

Le médecin tiendra compte de ces DiC, sans se lancer pour autant dans une démarche d'investigation systématique qui serait anxiogène, coûteuse, voire iatrogène, avec une forte probabilité de résultats négatifs.

Exemple : DiC du RC EPIGASTRALGIE

	Criticité		Criticité
Infarctus méésentérique	***	Lithiase biliaire	*
Infarctus du myocarde	***	Ulcère gastroduodéal	*
Pancréatite aiguë	***	Gastrite	*
Cancer	**	Pancréatite chronique	*
Syndrome Zollinger Ellison	*	Psychogène	*
Anisakiase (parasitose)	*		

En pratique

plus rapide que le texte libre !

Que mettez-vous dans votre dossier ?

Pour ce patient de 25 ans sans antécédent particulier qui consulte pour la première fois car il présente depuis 2 semaines des brûlures dans la région épigastrique après chaque repas ; il n'a pris aucun médicament. TA 125/78 ; FC 75. L'examen clinique est sans particularité.

1ère étape

Dénommer la situation clinique

➡ *C'est votre certitude clinique en 5 clics*

Définition **EPIGASTRALGIE**

Critère

- ++++ DOULEUR SPONTANÉE DE LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE
- ++++ SANS SIGNE DE REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN
- ++1| BRÛLURE
- ++1| CRAMPE OU TORSION
- ++1| PESANTEUR OU GÊNE
- ++1| FAIM DOULOUREUSE
- ++1| AUTRE (À PRÉCISER EN COMMENTAIRE)
- + - calmée par les aliments
- + - favorisée par les repas, post-prandiale
- + - favorisée par la prise de certains aliments (à préciser en commentaire)
- + - calmée par des médicaments
- + - favorisée par le stress
- + - irradiation (sauf vers le haut, à préciser)
- + - antécédent personnel digestif (gastrique, vésiculaire, pancréatique)
- + - retrouvée ou accentuée à la palpation.
- + - récidive

Copie d'écran du WebDRC

2e étape

Vérifier que c'est le bon RC

Vous éliminez le 1er risque : celui de faire une erreur diagnostique.
Vous vérifiez que le contexte clinique n'évoque aucun des **Voir aussi**.

Si c'était :

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU : il existerait soit une défense, soit un arrêt net du transit ou un état de choc

ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE : la douleur serait thoracique antérieure, ou surviendrait à l'effort et serait calmée par la trinitrine

ANXIETE ANGOISSE : c'est la sensation de malaise psychique qui dominerait le tableau clinique

CONTUSION : la douleur serait secondaire à un traumatisme contondant

DOULEUR NON CARACTERISTIQUE : exclut par définition les douleurs de la région épigastrique

PLAINTE ABDOMINALE : exclut par définition les douleurs de la région épigastrique

REFLUX PYROSIS ŒSOPHAGITE : il existerait soit un reflux, soit des brûlures épigastriques remontant vers la gorge

➔ **Vous confirmez donc le Résultat de consultation EPIGASTRALGIE**



Copie d'écran du WebDRC

3e étape

Tenir compte des maladies graves

Avant de prendre des décisions, **vous pensez au 2ème risque**, celui de ne pas évoquer une maladie grave pouvant imiter le tableau clinique de ce RC.

Vous lisez les **DIC** du RC **EPIGASTRALGIE**.

Diagnostic critique (DIC) : 2ème risque	
Diagnostic critique (DIC)	Criticité
Infarctus du myocarde	***
Infarctus mésentérique	***
Pancréatite aiguë	***
Cancer	**
Syndrome de Zollinger-Ellison	*
Lithiase des voies biliaires	*
Anisakiase (parasitose)	*
Ulcère gastro duodénal	*
Gastrite	*
Psychogène	*
Pancréatite chronique	*

Copie d'écran du WebDRC

Il ne s'agit pas de "*bilanter*" pour éliminer chaque DiC l'un après l'autre. Il s'agit d'y penser pour rester **vigilant devant cette situation clinique ouverte à toute forme d'évolution possible**.

Dans le cas de ce patient de 25 ans, aucune exploration ne sera sans doute utile ce jour-là. Le raisonnement sera peut-être différent lors d'une deuxième consultation pour la même raison.

Avec ces 3 étapes, vous avez les éléments pour sécuriser votre démarche diagnostique

Utilisez le DRC intégré à votre logiciel médical téléchargez gratuitement l'eDRC utilisez le webDRC

S'il n'est pas intégré dans votre logiciel médical, le DRC existe sous deux formats gratuits :

- Sur Internet : <http://webdrc.sfmg.org>
- Ou en téléchargement sur le site de la SFMG



Un simple **copier/coller** depuis ce logiciel vous permet d'utiliser le DRC en complément de votre logiciel médical.

Comment ça marche ?

1ère étape

Dénommer la situation clinique

D'abord **chercher** le RC via le moteur de recherche*

Recherche

Sur les titres uniquement

Rechercher Reinitialiser

Liste des RC

- EPAULE (TENDINO-PATHIE)
- EPICONDYLITE
- EPIGASTRALGIE**
- EPILEPSIE
- EPISTAXIS
- ERYSIPELE
- ERYTHEME FOLLICULAIRE NOURRISSON
- ESCARRA

Liste des Maladies

- ABDOMEN DURE
- ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE
- ANXIETE - ANXIETE
- CONTUSION
- DOULEUR NERVEUSE
- GASTRITE CHRONIQUE
- HERNIE HIATIQUE
- INFARCTUS

Puis **choisir** un RC

Définition **EPIGASTRALGIE**

Critère

- +++ DOULEUR SPONTANÉE DE LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE
- +++ SANS SIGNE DE REFLUX GASTRO-ŒSOPHYGIEN
- +++ BRÛLURE
- ++ CRAMPE OU TORSION
- ++ PESANTEUR OU GÊNE
- ++ FAIM DOULOUREUSE
- ++ AUTRE (À PRÉCISER EN COMMENTAIRE)
- + calmée par les aliments
- + favorisée par les repas, post-prandiale
- + favorisé par la prise de certains aliments (à préciser en commentaire)
- + favorisé par la prise de certains médicaments (à préciser en commentaire)
- + calmés par des médicaments
- + favorisée par le stress
- + irradiation (sauf vers le haut, le dos)
- + antécédents personnels digestifs (gastrite, gastro-œsophagienne, ulcère, pancréatique)
- + retrouvée ou accentuée à la palpation
- + récidive

Et enfin **sélectionner** les critères que présente le patient

* recherche par le titre de RC, un symptôme...

2e étape

Vérifier que c'est le bon RC

Liste des Voir Aussi: 1er risque

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU
ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE
ANXIETE - ANGOISSE
CONTUSION
DOULEUR NON CARACTERISTIQUE
GASTRITE CHRONIQUE
HERNIE HIATALE
INFARCTUS DU MYOCARDE

Regarder la liste des Voir aussi pour confirmer le choix du RC

3e étape

Tenir compte des maladies graves

Diagnostic critique (DiC): 2ème risque

Diagnostic critique (DiC)	Criticité
Infarctus du myocarde	★★★
Infarctus mésentérique	★★★
Pancréatite aiguë	★★★
Cancer	★★
Syndrome de Zollinger-Ellison	★
Anisakiase (parasitose)	★
Ulcère gastro duodénal	★
Lithiase des voies biliaires	★
Gastrite	★
Psychogène	★
Pancréatite chronique	★

Tenir compte de la liste des Diagnostics Critiques

En savoir plus...

**Le DRC n'est pas
seulement un dictionnaire ou un outil de codage,
il formalise aussi votre démarche diagnostique**

Le Dictionnaire des Résultats de consultation®

Le Dictionnaire des Résultats de consultation® regroupe les cas qu'un médecin généraliste rencontre en moyenne **au moins une fois par an**.

L'ensemble des 275 Résultats de consultation (RC) représente plus de 95% des situations cliniques prises en charge en médecine de premier recours.

D'où vient-il ?

Robert Niklaus Braun, généraliste autrichien, a étudié la totalité des 30 897 situations morbides rencontrées pendant ses dix premières années de pratique, en trois lieux d'exercice successifs (rural puis urbain). Il publie en 1957 un tableau statistique récapitulatif et découvre qu'en médecine générale :

- il existe **un corpus d'entités morbides retrouvées régulièrement**, suffisamment spécifiques pour être identifiables et classées sous des dénominations distinctes.
- il existe **moins de 300 cas** qui, à condition de les dénommer toujours de la même manière, sont des entités morbides particulières à la médecine générale. Elles ne peuvent pas être considérées comme des diagnostics au sens nosologique du terme. Elles peuvent être classées en trois catégories : **symptôme cardinal***, **syndrome**, **tableau de maladie**.
- Ces « diagnostics non complets » impliquent le risque d'une **maladie grave sous-jacente**, que le médecin se doit d'avoir toujours présent à l'esprit.

Dans les années 90, **la SFMG** reprend les travaux de Braun et publie la première version du Dictionnaire des Résultats de consultation®.

Une mise à jour annuelle

Le DRC est régulièrement mis à jour pour tenir compte :

- des données acquises de la science et de l'évolution des recommandations
- des remarques des utilisateurs
- de la nécessaire correspondance avec la CIM 10 et la CISP

Le travail de mise à jour est organisé par un secrétariat (7 médecins) qui se réunit tous les deux mois pour préparer la réunion annuelle avec le **comité de mise à jour du Dictionnaire** (25 membres).

* Cardinal : qui constitue la charnière sur laquelle tourne, s'appuie une chose ou un ensemble de choses.

Le Résultat de consultation®

Le médecin de premier recours est confronté à des situations cliniques qui correspondent :

- rarement à des **diagnostics** de maladie confirmée
- mais le plus souvent à une de ces 3 catégories :

Les symptômes cardinaux

C'est le symptôme saillant, cardinal, qui servira de dénomination : une céphalée sans autre constatation caractéristique sera ainsi définie par CEPHALEE.

Les syndromes ou groupes de symptômes

Il existe à l'avant-plan au moins deux symptômes ou signes pathologiques qui paraissent pouvoir être regroupés. C'est le cas d'un ETAT MORBIDE AFEBRILE dont il n'est pas possible au moment de la consultation, de caractériser l'étiologie.

Les tableaux de maladie

Le regroupement des signes cliniques ou paracliniques est alors suffisamment caractéristique pour évoquer une entité morbide correspondant à la nosologie médicale, mais il manque encore la confirmation étiologique. Il en est ainsi de la VARICELLE, avec son éruption papulo-vésiculo-croûteuse, mais pour laquelle le médecin ne dispose pas de la confirmation virologique.

Pour des raisons de commodité la SFMG a pris l'habitude de rassembler diagnostic, symptôme, syndrome et tableau de maladie sous le même vocable de **Résultat de consultation**, en affectant à chacun une **Position diagnostique**, symbolisée par une lettre.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">A symptôme cardinalB syndrome ou groupe de symptômesC tableau de maladieD diagnostic certifié |
|--|

La position diagnostique permet au médecin de **garder l'esprit en éveil** et de surveiller l'évolution. Cette **notion d'ouverture** (cf. page 22) vers une évolution éventuelle est primordiale. Elle évite au médecin de s'enfermer dans des conclusions erronées.

NB : Les situations cliniques rencontrées moins d'une fois par an, ne sont pas des Résultats de consultation et sont appelées **Dénomination hors liste (DHL)**. Il en est ainsi de l'hémoptysie ou de la sarcoïdose.

Chaque RC comporte :

- Un titre
- Une définition comprenant des critères d'inclusion et des compléments sémiologiques
- Une ou plusieurs positions diagnostiques
- Une liste de Voir Aussi
- Une liste de Diagnostics Critiques
- Un code-suivi
- Une correspondance avec la CIM-10
- Une correspondance avec la CISP-2
- Un Argumentaire

Le titre

C'est le nom ou la désignation du RC. C'est le premier élément de classement du RC. Exemples : ANGINE (AMYGDALITE-PHARYNGITE), ACCES ET CRISE INEXPLIQUEE, CANCER, APHTE

Les critères d'inclusion

Ces critères sont obligatoirement présents chez le patient. Ils correspondent à l'expression strictement nécessaire et suffisante pour relever la situation clinique. C'est l'élément taxinomique du RC. Ils contribuent à une bonne discrimination entre deux RC.

Ils sont précédés d'une signalétique :

- +++ : critère obligatoire pour sélectionner ce RC
- ++1| : au moins un critère de la liste doit être relevé
- ++2| : au moins 2 critères de la liste doivent être relevés ...

Les compléments sémiologiques

Ces éléments éventuellement présents chez le patient, ne sont pas obligatoires pour le choix du RC. En revanche, ils permettent de mieux décrire le cas, de documenter le dossier médical, de préciser le contexte du RC. Ils sont précédés d'une signalétique + -

La liste des Voir aussi (Gestion du 1er risque)

La liste des *Voir aussi* permet de limiter le 1er risque, celui de mal décrire la situation clinique et de se tromper de dénomination (page 11). En la consultant, le praticien devra s'assurer qu'aucun RC ne correspond mieux à la situation clinique qu'il observe. La liste est constituée uniquement de RC et de DHL, **voisins cliniquement**, qu'il serait possible de choisir au moment-même de la consultation.

La liste des Diagnostiques Critiques (Gestion du 2^{ème} risque)

Les Diagnostics Critiques (DiC), liés à un RC, sont les maladies potentiellement graves, qui au cours de leur évolution peuvent imiter le tableau clinique de ce RC (page 12).

Chaque DiC est pondéré par une **criticité**, produit de sa gravité, de son urgence et de sa curabilité.

Les RC en position D n'ont pas besoin de DiC puisqu'il s'agit de diagnostics confirmés.

Les positions diagnostiques

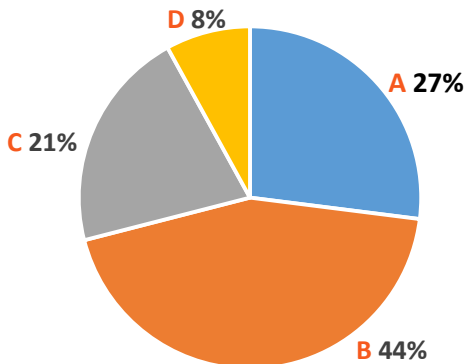
Les 4 positions diagnostiques (page 21) n'ont pas de valeur hiérarchique, puisqu'elles sont toute des **certitudes cliniques**. Elles sont le constat du **degré d'ouverture** de la situation clinique :

- devant une maladie confirmée (position D) le diagnostic est posé : le cas est fermé. Les décisions seront aisées : il suffit d'appliquer les recommandations.
 - en revanche, devant un symptôme (A), un syndrome (B) ou un tableau de maladie (C), le cas reste ouvert à toutes les évolutions possibles. Les décisions seront plus complexes.
- On comprend aisément que le médecin se posera plus de questions devant une épigastralgie (A) que devant un ulcère de l'estomac (D).

Certains RC n'ont qu'une position diagnostique, mais d'autres peuvent en avoir plusieurs en fonction de l'association de critères présents.

Il a été ajouté une 5^{ème} position, qui définit les **états non morbides** : la position **Z** (contraception, grossesse...).

Observatoire de la Médecine Générale
Données sur les actes de 1993 à 2000



Répartition des 4 Positions diagnostiques

Le code-suivi

Il permet de donner au Résultat de Consultation son caractère évolutif :

- **N** qualifie le cas de "**nouveau**" : nouveau car c'est la première fois qu'il est identifié par un médecin, même si le malade présente la symptomatologie depuis plusieurs jours ou plusieurs mois.
- **P** indique qu'il s'agit d'un cas « **persistant** », si le patient a déjà consulté un médecin pour ce Résultat de consultation.
- **R** indique que le Résultat de Consultation a été "**révisé**" parce que la situation a évolué. L'ETAT FEBRILE a évolué et est devenu une PNEUMOPATHIE ; cette DOULEUR NON CARACTERISTIQUE de l'hémi-thorax gauche est devenu quelques jours plus tard un ZONA.

La correspondance avec la Classification Internationale des Maladies (CIM 10)

La CIM est en effet la nomenclature internationale incontournable, permettant un lien entre les différents types d'exercice de la médecine.

Pour chaque RC, un ou plusieurs codes CIM-10 sont générés en fonction des combinaisons de critères. La correspondance est faite automatiquement par l'informatique.

La correspondance avec la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP)

Un ou plusieurs codes CISP-2 par RC sont possibles en fonction des combinaisons de critères. Comme pour la CIM, la correspondance se fait en "tâche masquée".

Un argumentaire

Chaque RC possède un argumentaire. Il apporte une aide en ligne pour une bonne utilisation de la définition.

Les Dénominations Hors Listes (DHL)

Les DHL sont des situations cliniques, dont la fréquence est inférieure à un cas par médecin et par an.

Elles sont regroupées par chapitre de la CIM-10 (par organes) pour permettre un classement plus efficient. Dans chaque chapitre, les DHL sont classées par ordre alphabétique.

Première consultation en SASPAS

M. Dominique L..., 60 ans, consulte l'interne pour une toux avec crachats et parce qu'il se sent « mal fichu ». Il n'a pas d'antécédent notable en dehors d'un tabagisme.

A l'examen clinique, il y a des râles ronflants diffus sans foyer systématisé, et quelques sibilants.

Le patient explique qu'il veut que ça se termine vite et que cela ne recommence pas comme tous les hivers.

Poser un diagnostic... ? !

L'interne note dans le dossier le Résultat de consultation suivant :

ETAT MORBIDE AFEBRILE

- ++++ ASSOCIATION DE SYMPTÔMES ET SIGNES GÉNÉRAUX ET LOCAUX
- ++++ ABSENCE DE FIÈVRE OU SENSATION DE FIÈVRE
- ++++ NON CARACTÉRISTIQUE ET NON CLASSABLE AILLEURS
- + - abattement, lassitude, inappétence
- + - toux
- + - expectoration minime, non caractéristique
- + - signes auscultatoires pulmonaires non significatifs

Débriefing avec le maitre de stage

MSU : es-tu sûr que ce patient présente bien un ETAT MORBIDE AFEBRILE ?

INTERNE : j'ai pensé aussi à BRONCHITE AIGUE

MSU : regardons alors le RC BRONCHITE AIGUE

BRONCHITE AIGUE

- ++++ TOUX
- ++++ RÂLES RONFLANTS DIFFUS MODIFIÉS PAR LA TOUX
- ++++ ABSENCE DE BRONCHITE CHRONIQUE (toux + expectoration au moins 3 mois par an depuis 2 ans)
- + - râles sibilants (surtout au début de l'épisode)
- + - expectoration
- + - fièvre ou sensation de fièvre

L'erreur diagnostique a des conséquences

MSU : et pourquoi n'as pas tu mis BRONCHITE AIGUE ?

INTERNE : à cause de l'item obligatoire ++++ ABSENCE DE BRONCHITE CHRONIQUE

MSU : et si c'était une BRONCHITE CHRONIQUE ?

INTERNE : ah ben oui, je n'ai pas demandé s'il toussait souvent comme ça dans l'année !

BRONCHITE CHRONIQUE - BPCO

++++ TOUX

++++ EXPECTORATION EXTÉRIORISÉE OU NON

++++ AU MOINS 3 MOIS PAR AN DEPUIS 2 ANS

+ - ronchus

+ - sibilants

+ - crachats purulents

++1| épais et colorés

++1| plus fréquents et abondants

+ - fièvre

Le DRC aide à limiter l'erreur de diagnostic

Une erreur de diagnostic entraîne une démarche erronée. Les critères du DRC contribuent à éviter cette erreur.

Dans ce cas, ce n'était pas un ETAT MORBIDE AFEBRILE. Ce n'était pas non plus une BRONCHITE AIGUE mais une BRONCHITE CHRONIQUE avec exacerbation.

On comprend immédiatement que les décisions sont bien différentes !

Nous présentons maintenant

- 4 exemples de RC
- La liste complète des titres de RC
- La liste des chapitres des DHL

EPIGASTRALGIE

La définition

++++ DOULEUR SPONTANÉE DE LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE

++++ SANS SIGNE DE REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN

++1| BRÛLURE

++1| CRAMPE OU TORSION

++1| PESANTEUR OU GÊNE

++1| FAIM DOULOUREUSE

+ - calmée par les aliments

+ - favorisée par les repas, postprandiale

+ - favorisée par la prise de certains aliments

+ - favorisée par la prise de certains médicaments

+ - calmée par des médicaments

+ - favorisée par le stress

+ - irradiation (sauf vers le haut)

+ - antécédent personnel digestif (gastrique, vésiculaire, pancréatique)

+ - retrouvée ou accentuée à la palpation.

+ - récidive

1 ^{er} risque : les Voir aussi	2 ^{er} risque : les Diagnostics critiques
ABDOMEN DOULOUREUX AIGU	Infarctus mésentérique ***
ANGOR INSUFFISANCE CORONARIENNE	Infarctus du myocarde ***
ANXIETE ANGOISSE	Pancréatite aigue ***
CONTUSION	Cancer **
DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	Syndrome Zollinger Ellison *
PLAINTÉ ABDOMINALE	Anisakiase (parasitose) *
REFLUX PYROSIS CÉSOPHAGITE	Lithiase biliaire *
	Ulcère gastroduodéal *
	Lithiase biliaire *
	Gastrite *
	Psychogène *
	Pancréatite chronique *

Position diagnostique : **A : symptôme**

Argumentaire

Dénomination

Cette dénomination recouvre les termes usuels : « mal à l'estomac » ou « crampe à l'estomac », sans impliquer une origine gastrique.

Critères d'inclusion

La douleur ne doit pas s'accompagner de symptômes de reflux (ni brûlures rétro-sternales, ni régurgitations associées).

Le type de douleur doit être défini parmi les quatre options proposées. Choisir « autre » et préciser en commentaire si aucun qualificatif ne convient.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de caractériser les conditions de survenue de la douleur, ses horaires par rapport aux repas, qui pourraient orienter vers une lésion spécifique de l'estomac (gastrite, ulcère gastrique, ulcère du duodénum).

La notion « d'antécédent personnel digestif » est prise au sens large (Œsophage, estomac, duodénum) et intègre aussi les antécédents vésiculaires et pancréatiques.

Code CIM 10

R10.1 Douleur localisée à la partie supérieure de l'abdomen. Douleur épigastrique

Code CISP

D02 Douleur abdominale ou épigastrique

ANGINE (AMYGDALITE-PHARYNGITE)

La définition

- ++++ ROUGEUR DE L'OROPHARYNX
 - ++1| diffuse du pharynx
 - ++1| d'une (ou des) amygdale(s)
- ++++ ABSENCE D'ÉCOULEMENT NASAL CARACTÉRISTIQUE

- + - douleur
- + - fièvre ou sensation de fièvre
- + - hypertrophie
- + - enduit pultacé
- + - adénopathie sous angulo-maxillaire
- + - unilatérale

- + - vésicules
- + - ulcération
- + - fausses membranes

- + - toux
- + - vomissement
- + - douleur abdominale

- + - score de Mac Isaac > = 4
- + - TDR positif
- + - présence bactérienne

1 ^{er} risque : les Voir aussi	2 ^{er} risque : les Diagnostics critiques
ETAT FEBRILE	Diptérie ***
ETAT MORBIDE AFEBRILE	Leucémie aigüe ***
HERPES	Agranulocytose ***
MAL DE GORGE	Hémopathie chronique **
PHLEGMON DE L'AMYGDALÉ	VIH, SIDA **
RHINOPHARYNGITE - RHUME	Cancer de l'amygdale **
DHL 01 - MONONUCLEOSE INFECTIEUSE	Gonocoque **
	Syphilis **
	Tuberculose *
	Maladie de Still *

Positions diagnostiques

C : tableau de maladie : Sans présence bactérienne ou seulement un TDR positif

D : diagnostic certifié : Avec présence bactérienne certifiée au prélèvement

Argumentaire

Dénomination

Cette définition permet d'inclure toutes les atteintes inflammatoires (rougeur) de l'oropharynx (amygdales et/ou pharynx). En effet, elles présentent toutes le même risque et doivent donc bénéficier du même processus décisionnel.

Critères d'inclusion

Ils précisent la topographie des lésions et l'aspect exact des atteintes amygdaliennes. Il ne doit pas y avoir d'écoulement nasal allégué ou constaté. Dans ces cas-là il faut inclure le cas dans le RC RHUME-RHINOPHARYNGITE

Compléments sémiologiques

Le score de Mac Issac peut être calculé en fonction de l'âge du patient et de la présence ou de l'absence de certains des compléments sémiologiques. Le TDR constitue un argument de présomption fort vis à vis d'une origine streptococcique sans en faire véritablement la preuve bactériologique. La présence effective d'un germe retrouvé par prélèvement bactériologique pourra être notée (pour les germes autres que le streptocoque, en préciser la nature exacte en commentaire).

Correspondance CIM10

J02.0 : pharyngite à streptocoques

J02.9 : pharyngite aiguë

J03.9 : amygdalite aiguë

J03.0 : amygdalite à streptocoques

J02.8 : pharyngite aiguë due à d'autres micro-organismes

J03.8 : amygdalite aiguë due à d'autres micro-organismes

Correspondance CISP

R72 : Streptococcie pharyngée

R76 : Angine aiguë

ALCOOL (TROUBLE LIE A L')

La définition

++++ Plainte ou trouble liés à une consommation anormale de boisson alcoolisée

++1 | buveur excessif sans dépendance (H >28 verres / semaine F > 14)

++1 | dépendance psychologique (désir irrésistible de boire dans certaines situations)

++1 | dépendance physique (incapacité d'arrêter de boire plus de jours)

+ - découverte fortuite biologie HTA fatigue

+ - déni malgré des troubles évidents peur honte

+ - poursuite de l'alcoolisation ou refus de changement immédiat

+ - réalcoolisation rechute

1^{er} risque : **les Voir aussi**

COMPORTEMENT (TROUBLE DU)

2^{er} risque : **les Diagnostics critiques**

il n'y a aucun diagnostic critique pour ce résultat de consultation

Position diagnostique D : Diagnostic

Correspondance CIM10

F10.9 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, sans précision

F10.1 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé

F10.2 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance

Correspondance CISP

P15 : Alcoolisme chronique

P 16 : Alcoolisation aiguë

Argumentaire

Dénomination

Elle permet de relever toutes les situations où l'abus de boissons alcoolisées entraîne un trouble somatique, psychique, familial ou social. Cette définition ne recouvre donc pas uniquement le tableau classique de l'alcoolique chronique.

Critères d'inclusion

Ils permettent de classer le cas en fonction du type d'alcoolisation.

- Buveur excessif : pour des consommations au moins égales à 28 verres d'alcool par semaine pour les hommes et 14 pour les femmes. Il n'y a pas encore de dépendance au produit, mais le médecin informe le patient des risques à venir.
- Dépendance psychologique : l'alcool prend une place importante dans la vie du patient. Il y a recours pour faire la fête, pour se stimuler, pour se détendre, pour diminuer ses angoisses... Mais il n'y a pas forcément de dépendance organique au produit, sinon le critère suivant sera relevé simultanément.
- Dépendance physique : c'est le cas de l'alcoolique dit chronique. Il ne peut se passer de boire de l'alcool, sinon il présente des signes de manque (de sevrage). Faire le test des 3 jours sans boire.

Compléments sémiologiques

Déni du problème s'il existe des signes évidents de difficultés liées à l'alcool, malgré la négation du patient. Il peut s'agir d'un mensonge, d'une anosognosie mais surtout de honte, de peur de changer...

Poursuite de l'alcoolisation, permet de tenir compte du patient qui refuse des soins mais aussi de celui qui, tout en poursuivant à consommer, chemine progressivement vers le changement.

Réalcoolisation, rechute : on substitue au critère habituel de récurrence, rechute et réalcoolisation plus usités en alcoologie.

Voir aussi (1er risque)

COMPORTEMENT (TROUBLE DU) : lorsque la prise de risque est d'avantage liée à un trouble du comportement qu'à l'alcool ; en particulier les ivresses avec violence, coma, blessures...

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU

La définition

- ++++ DOULEUR ABDOMINALE SPONTANÉE
- ++++ RETROUVÉE À LA PALPATION

- ++1 | ARRÊT NET DU TRANSIT
- ++1 | DÉFENSE OU CONTRACTURE DE LA PAROI ABDOMINALE
- ++1 | HYPOTENSION VOIRE CHOC

- + - nausées ou vomissements
- + - fièvre ou sensation de fièvre

1 ^{er} risque : les Voir aussi	2 ^{er} risque : les Diagnostics critiques
COLIQUE NEPHRETIQUE	L'urgence de ce RC ne rend pas opérante la création d'une liste de DiC
COLOPATHIE FONCTIONNELLE	
DOULEUR PELVIENNE	
DYSMENORRHEE	
EPIGASTRALGIE	
ETAT MORBIDE AFEBRILE	
ETAT FEBRILE	
HERNIE - EVENTRATION	
PLAINTE ABDOMINALE	
PNEUMOPATHIE AIGUE	
PYELONEPHRITE AIGUE	
SYNDROME PREMENSTRUEL	

Positions diagnostiques : B : syndrome

Argumentaire

Dénomination

Autres dénominations possibles : syndrome abdominal aigu, abdomen chirurgical. Dans cette définition, la douleur de l'abdomen, associée aux signes d'accompagnement, évoque un risque d'évolution grave et nécessite la mise en œuvre d'une démarche urgente. Ce résultat de consultation sera éventuellement révisé une fois le diagnostic prouvé (ex : appendicite).

Critères d'inclusion

Ils caractérisent d'une part la DOULEUR de l'abdomen qui doit être SPONTANEE et RETROUVEE à l'examen, pouvant aller jusqu'à la défense voire la contracture, et d'autre part des signes d'accompagnement qui soulignent l'urgence du tableau (arrêt du transit, hypotension, choc). A noter que l'intensité de la douleur n'est pas précisée. Elle peut s'être atténuée au moment de l'examen ; dans ce cas les données de l'interrogatoire et les autres signes objectifs d'examen prennent toute leur importance mais à condition de ne pouvoir classer le cas sous un autre résultat de consultation.

Compléments sémiologiques

Ils complètent la sémiologie et soulignent son aspect aigu.

Correspondance CIM10

R10.0 : Syndrome abdominal aigu

Liste des 275 Résultats de consultations

ABCÈS SUPERFICIEL	BALANOPOSTHITE
ABDOMEN DOULOUREUX AIGU	BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES
ACCÈS ET CRISE	BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES
ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL	BOUFFÉES DE CHALEUR
ACNÉ VULGAIRE	BRONCHIOLITE
ACOUPHÈNE	BRONCHITE AIGUË
ADÉNOPATHIE	BRONCHITE CHRONIQUE
ALBUMINURIE	BRÛLURE
ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	CANAL CARPIEN
ALGODYSTROPHIE	CANCER
AMAIGRISSEMENT	CATARACTE
AMÉNORRHÉE – OLIGOMÉNORRHÉE – HYPOMÉNORRHÉE	CÉPHALÉE
ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)	CÉRUMEN (BOUCHON DE)
ANÉMIE FERRIPRIVE – CARENCE EN FER	CERVICALGIE
ANÉVRYSME ARTÉRIEL	CHALAZION
ANGINE (AMYGDALITE –PHARYNGITE)	CHEVEUX (CHUTE)
ANGOR –INSUFFISANCE CORONARIENNE	CICATRICE
ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	CIRRHOSE DU FOIE
ANOMALIE POSTURALE	COCCYDYNIE
ANOREXIE –BOULIMIE	COL UTÉRIN (ANOMALIE DU)
ANXIÉTÉ –ANGOISSE	COLIQUE NÉPHRÉTIQUE
APHTE	COLOPATHIE FONCTIONNELLE
APPÉTIT (PERTE D')	COMPORTEMENT (TROUBLES)
ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS	CONJONCTIVITE
ARTHROPATHIE PÉRIARTHROPATHIE	CONSTIPATION - FECALOME
ARTHROSE	CONTRACEPTION
ASTHÉNIE – FATIGUE	CONTUSION
ASTHME	COR – DURILLON
BACTÉRIURIE – PYURIE	CORPS ÉTRANGER DANS CAVITÉ NATURELLE
	CORPS ÉTRANGER SOUS–CUTANÉ

CRAMPE MUSCULAIRE	ENGELURE
CYSTITE – CYSTALGIE	ENROUEMENT
DÉCÈS	ENTORSE
DÉMENCE	ÉNURÉSIE PSYCHOGÈNE
DENT (PATHOLOGIE DE LA)	ÉPAULE (TÉNOSYNOVITE)
DÉPRESSION	ÉPICONDYLITE
DERMATOPHYTOSE	ÉPIGASTRALGIE
DERMATOSE	ÉPILEPSIE
DERMITE SÉBORRHÉIQUE	ÉPISTAXIS
DIABÈTE DE TYPE 1	ÉRYSIPIÈLE
DIABÈTE DE TYPE 2	ÉRYTHÈME FESSIER DU NOURRISSON
DIARRHÉE (ISOLÉE, NON INFECTIEUSE)	ESCARRE
DIARRHÉE – NAUSÉE – VOMISSEMENT	ÉTAT FÉBRILE
DIFFICULTÉ SCOLAIRE	ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
DORSALGIE	EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE	FIBRILLATION – FLUTTER AURICULAIRE
DOULEUR PELVIENNE	FISSURE ANALE
DUPUYTREN (MALADIE DE) –	FOLLICULITE SUPERFICIELLE
FIBROMATOSE PLANTAIRE	FRACTURE
DYSLIPIDÉMIE	FURONCLE – ANTHRAX
DYSMÉNORRHÉE	GALE
DYSPHAGIE	GASTRITE CHRONIQUE
DYSPNÉE	GINGIVITE
DYSURIE	GLAUCOME
ECCHYMOSE SPONTANÉE	GOITRE - NODULE THYROÏDIEN
ECZÉMA	GOÛT (ANOMALIE DU)
ECZÉMA FACE DU NOURRISSON	GOUTTE
ECZÉMA PALMO–PLANTAIRE DYSHIDROSIQUE	GROSSESSE
ECZÉMA PALMO–PLANTAIRE FISSURAIRE	HALLUX VALGUS
EMBOLIE PULMONAIRE	HÉMATURIE

HÉMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE	LIPOME
HÉMORROÏDE	LITHIASÉ BILIAIRE
HÉPATITE VIRALE	LITHIASÉ URINAIRE
HERNIE – ÉVENTRATION	LOMBALGIE
HERNIE HIATALE	LUCITE – ALLERGIE SOLAIRE
HERPÈS	LUXATION
HTA	LYMPHANGITE
HUMEUR DÉPRESSIVE	MAL DE GORGE
HYGROMA	MALADIE DE CROHN - RECTOCOLITE
HYPERGLYCÉMIE	HEMORRAGIQUE
HYPERSUDATION	MALAISE – ÉVANOUISSEMENT
HYPERTHYROÏDIE	MÉMOIRE (PERTE DE)
HYPERURICÉMIE	MÉNOPAUSE (PROBLÈME ET SUIVI)
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE	MÉNORRAGIE – MÉTRORRAGIE
HYPOTHYROÏDIE	MIGRAINE
IATROGÈNE – EFFET INDÉSIRABLE D'UNE THÉRAPEUTIQUE	MOLLUSCUM CONTAGIOSUM
IMPÉTIGO	MOLLUSCUM PENDULUM
INCONTINENCE URINAIRE	MORSURE – GRIFFURE
INFARCTUS DU MYOCARDE	MUSCLE (ÉLONGATION – DÉCHIRURE)
INSOMNIE	MYALGIE
INSUFFISANCE CARDIAQUE	NAEVUS
INSUFFISANCE RÉNALE - MALADIE RENALE CHRONIQUE	NAUSÉE OU VOMISSEMENT
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	NERVOSISME
INTERTRIGO	NÉVRALGIE – NÉVRITE
JAMBES LOURDES	OBÉSITÉ
KYSTE SÉBACÉ	OEDÈME DE QUINCKE – URTICAIRE GÉANTE
KYSTE SYNOVIAL	OEDÈME LOCALISÉ
LANGAGE ORAL ET ÉCRIT (TROUBLE DU)	OEDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS
LEUCORRHÉE	OEIL (LARMOIEMENT)
	OEIL (TRAUMATISME)

OEIL (TROUBLE DE LA VISION)
 ONGLE (ANOMALIE DE L')
 ONGLE (ONYCHOMYCOSE)
 ONGLE (TRAUMATISME)
 ONGLE INCARNÉ
 ORCHI-ÉPIDIDYMITÉ
 ORGELET
 OSTÉOCHONDROSE
 OSTÉOPOROSE
 OTALGIE
 OTITE EXTERNE
 OTITE MOYENNE
 PALPITATION – ÉRÉTHISME CARDIAQUE
 PANARIS
 PANCREATITE
 PARASITOSE DIGESTIVE
 PARESTHÉSIE DES MEMBRES
 PARKINSONNIEN (SYNDROME)
 PHLEGMON DE L'AMYGDALE
 PHOBIE
 PIED (ANOMALIE STATIQUE)
 PIED D'ATHLÈTE
 PIQÛRE D'INSECTE
 PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT
 PITYRIASIS VERSICOLOR
 PLAIE
 PLAINTÉ ABDOMINALE
 PLAINTES POLYMORPHES
 (TROUBLE SOMATOFORME)
 PNEUMOPATHIE AIGUË
 POLLAKIURIE
 POLYARTHRITE RHUMATOÏDE
 POST-PARTUM (COMPLICATION)
 PPR – HORTON
 PRÉCORDIALGIE
 PRÉPUCE ADHÉRENCE – PHIMOSIS
 PROBLÈME DE COUPLE
 PROBLÈME FAMILIAL
 PROBLÈME PROFESSIONNEL
 PROCÉDURE ADMINISTRATIVE
 PROLAPSUS GÉNITAL
 PROSTATE (HYPERTROPHIE)
 PROSTATITE
 PRURIT GÉNÉRALISÉ
 PRURIT LOCALISÉ
 PSORIASIS
 PSYCHIQUE (TROUBLE)
 PYÉLONÉPHRITE AIGUË
 RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE
 RÉACTION TUBERCULINIQUE
 RECTORRAGIE - MELENA
 REFLUX – PYROSIS – OESOPHAGITE
 RHINITE
 RHINOPHARYNGITE – RHUME
 RONCHOPATHIE – APNÉE DU SOMMEIL
 SCIATIQUE
 SCLÉROSE EN PLAQUES
 SEIN (AUTRE)
 SEIN (TUMÉFACTION)
 SÉNILITÉ (SUJET ÂGÉ FRAGILE)

SEXUELLE (DYSFONCTION)
SINUSITE
SOUFFLE CARDIAQUE
SPA - PELVISPONDYLITE
STÉNOSE ARTÉRIELLE
STOMATITE – GLOSSITE
SUICIDE (TENTATIVE)
SUITE OPÉRATOIRE
SURCHARGE PONDÉRALE
SURDITÉ
SYNDROME DE RAYNAUD
SYNDROME MANIACO–DÉPRESSIF
SYNDROME PRÉMENSTRUEL
SYNDROME ROTULIEN
TABAGISME
TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE
TARSALGIE – MÉTATARSALGIE
TENDON (RUPTURE)
TÉNOSYNOVITE
THROMBOPHLÉBITE
TIC
TOUX
TOXICOMANIE
TRAC
TRAUMATISME CRÂNIO–CÉRÉBRAL
TREMBLEMENT
TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)
TUMÉFACTION
TYMPAN (PERFORATION TRAUMATIQUE)
ULCÈRE DE JAMBE
ULCÈRE DUODÉNAL
ULCÈRE GASTRIQUE
URÉTRITE
URTICAIRE
UTÉRUS (HYPERTROPHIE – FIBROME)
VACCINATION
VALVULOPATHIE
VARICELLE
VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS
VERRUE
VERTIGE – ÉTAT VERTIGINEUX
VIH
VULVITE – VAGINITE
ZONA

Liste des chapitres

pour les Dénominations Hors Liste (DHL)

- DHL 01 – Certaines maladies infectieuses et parasitaires
- DHL 02 – Tumeurs bénignes
- DHL 03 – Maladies du sang, des organes hématopoïétiques et certaines maladies du système immunitaire
- DHL 04 – Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
- DHL 05 – Troubles mentaux et du comportement
- DHL 06 – Maladies du système nerveux
- DHL 07 – Maladies de l'œil et de ses annexes
- DHL 08 – Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
- DHL 09 – Maladie de l'appareil circulatoire
- DHL 10 – Maladies de l'appareil respiratoire
- DHL 11 – Maladies de l'appareil digestif
- DHL 12 – Maladies de la peau et des tissus cellulaires sous cutanés
- DHL 13 – Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles
- DHL 14 – Maladies de l'appareil génito-urinaire
- DHL 15 – Grossesse, accouchement et puerpéralité
- DHL 16 – Certaines affections dont origine période périnatale
- DHL 17 – Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
- DHL 18 – Symptômes, signes et résultats anormaux, non classé ailleurs
- DHL 19 – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes

En résumé : le DRC en 10 points

1. Le dictionnaire permet au médecin de relever par le RC, la **certitude clinique** (le plus haut niveau de preuve), en fonction des éléments en sa possession au moment de la consultation. Le RC décrit le "problème" que le médecin prend en compte et pour lequel il doit prendre des décisions.
2. Le dictionnaire permet au praticien de retrouver facilement dans une liste alphabétique, les 275 termes qu'il utilise le plus souvent dans son exercice journalier. En vertu de la "**Loi de répartition régulière des cas**", tout praticien exerçant la médecine générale, doit s'attendre à retrouver de façon régulière environ 300 situations cliniques, pourvu qu'il les désigne toujours de la même manière.
3. **Le RC n'est pas un motif de consultation.** Ce terme est réservé aux dires et aux mots du patient. Le RC est le fruit d'un raisonnement professionnel : le RC peut n'être qu'un symptôme (exemple : TOUX), si au terme de la consultation le médecin n'a trouvé aucun autre élément associé pour en savoir plus.
4. Les 275 RC recouvrent **95 % des phénomènes pathologiques** rencontrés par un praticien généraliste dans son exercice. Il ne doit pas pour autant, méconnaître les 5 % d'affections qu'il observera plus rarement.
5. Chaque RC comporte un titre, une **définition** avec des critères d'inclusion et des compléments sémiologiques.

6. Les quatre "*positions diagnostiques*" (symptôme, syndrome, tableau de maladie et diagnostic certifié) n'ont pas de valeur hiérarchique. Elles sont équivalentes en tant que certitude clinique en fin de séance. En revanche, elles définissent le degré d'ouverture diagnostique de la situation clinique relevée.
7. En consultant la liste des "*Voir aussi*", le praticien s'assurera qu'aucun RC plus caractéristique ne correspondrait mieux à la situation clinique à prendre en charge. Il élimine le premier risque d'erreur diagnostique, celui de se tromper de RC.
8. En consultant, la liste des "*Diagnostics Critiques*", le praticien pourra évoquer les maladies graves qui, à un moment de leur évolution pourraient se manifester par le tableau clinique décrit par le RC retenu. Il élimine ainsi le deuxième risque d'erreur diagnostique, celui de méconnaître une maladie grave sous-jacente.
9. La correspondance de chaque définition du dictionnaire avec la *CIM-10* est la garantie d'un langage transversal et international commun à toutes les spécialités médicales.
10. Il existe aussi une correspondance entre chaque RC et un ou plusieurs codes des composants 1 ou 7 des 17 chapitres de la *CISP*.



Le Dictionnaire des résultats de consultation®

gratuit sous tous ses formats

Le WebDRC



Le WebDRC est en *accès libre sur Internet* : <http://webdrc.sfmfg.org>

Un simple copier-coller vous permettra d'intégrer les RC de votre consultation dans le dossier du patient.

A bord de certains logiciels médicaux

Le DRC est aussi à bord de certains logiciels médicaux. Les éditeurs l'ont intégré en respectant un cahier des charges fournis par la SFMG. Les informations enregistrées sont dites structurées et permettent au médecin d'analyser ou de retrouver des données issues de son codage.

Les logiciels qui ont intégré le DRC :



Un kit formation, pour en savoir plus

Vous êtes enseignant, maitre de stage

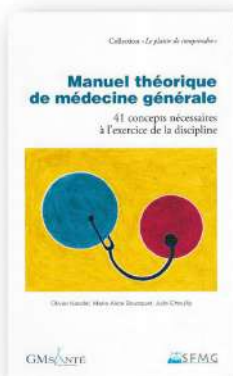
Plusieurs modules de formation vous aideront lors les discussions de cas avec vos internes ou vous serviront de support pour vos enseignements à la faculté.

Vous êtes interne, étudiant

Plusieurs modules de formation qui vous aideront à vous rassurer en consultation et à rédiger vos cas cliniques.



2^e édition - 2023



La collection

Le plaisir
de
comprendre



Bon de commande

Pour sécuriser votre démarche diagnostique
utilisez le
Dictionnaire des Résultats de Consultation®

Plus rapide que le texte libre

- Une sémiologie facile et précise
- Des diagnostics pertinents
- Une sécurité médico-légale
- Un codage automatique en CIM10 et CISP

