
**QUELLE PLACE POUR LE GUT FEELING
DANS LE DIAGNOSTIC DE L'EMBOLIE PULMONAIRE
EN PREMIERE LIGNE DE SOINS ?**

**Etude qualitative auprès de médecins généralistes et
urgentistes**

ANNEE ACADEMIQUE 2020 – 2021
MASTER COMPLEMENTAIRE DE MEDECINE GENERALE



DOCTEUR HOUVET ELISE

ASSISTANTE EN MEDECINE GENERALE

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN

Promotrice : Docteur BONNELANCE Audrey

Co-promotrice : Docteur DE ROUFFIGNAC Ségolène



Faculté de médecine et médecine dentaire

Ecole de médecine

Prologue

« Bonjour Elise, on ne se connaît pas mais l'Embolie Pulmonaire, c'est ..., je ne trouve pas d'adjectif d'emblée. Trois exemples sur mes trente ans de métier :

Le premier, la belle-fille d'une patiente d'une soixantaine d'années qui me tient le discours suivant à 18H00 en pleine consultation :

« Docteur, venez, ce n'est pas normal, ma belle-mère m'a raccroché au nez, cela ne lui est jamais arrivé... » !

J'y vais, le soir, après mes consultations, tout est normal, je suis jeune, je fais « tout » : pouls, tension, sucre, état général, auscultation, ..., et... ECG !

Elle est ... normale. Je ne sais pourquoi j'ai fait un ECG et pourquoi je continue de me méfier, « Docteur, ma belle-mère m'a raccroché au nez » !

In fine, par sécurité, j'embraye, à plus de 21H00, sur une biologie avec D-Dimères. Je ne sais toujours pas pourquoi je pense D-Dimères et Embolie pulmonaire. Il n'y a AUCUN signe d'appel. Je mets bien sur la demande « copie FAX » : en urgence sur GSM (j'étais équipé ainsi à l'époque) « si et seulement si D-Dimères supérieurs à la norme ».

Le beau-fils va conduire la biologie à l'hôpital. Je rentre tranquille... Je dors.

Six heures du matin, téléphone. C'est le mari, je comprends tout de suite, le temps de t'écrire et je suis déjà chez eux, ben oui, elle est... morte !

Je téléphone, ému, de chez eux, à l'hôpital, D-Dimères « explosés » !

Je contrôle ma demande et ma certitude de demande de transfert de résultat urgent en jaune fluo par sms.

Ils ne m'ont jamais téléphoné, l'hôpital s'est confondu en excuses mais le mal était fait, le mari a perdu son épouse.

L'embolie pulmonaire, ...

Le deuxième exemple, je suis toujours aussi jeune. Je suis en remplacement, à distance de Liège, dans le fond des Ardennes, en plein bois ; c'est ce que l'on appelle, si tu connais, la

forêt d'Anlier. Elle est belle notre médecine, c'est mon dernier jour de remplacement d'été d'un confrère que j'ai remplacé pendant 25 ans pendant mes vacances quand il prenait congé. Concrètement, une jeune fille, passée voici une semaine aux urgences pour cervicalgies aspécifiques revient me voir le vendredi suivant pour la même raison. Il est de nouveau 18H00. Ici, c'est moins facile, on est tout de même un vendredi soir, à vingt kilomètres de tout hôpital et donc de tout labo mais tout de même, bio, hôpital, labo et résultats... au petit matin, le samedi, en plein été, par un super beau soleil.

Zut, enfin pas tout à fait. Quel beau métier. Je me méfie des D-Dimères importants. Je suis d'accord, sensibles mais non spécifiques et donc, plein de faux positifs. Mais je me rends quand même chez elle, à l'orée des bois au petit matin pour lui proposer, en urgence (purée, il fait beau, je suis en plein à la limite des bois et on entre dans le Week end), une scintigraphie pulmonaire pour suspicion non exclue d'embolie pulmonaire.

Je m'excuse de l'avoir réveillée, je ne sais pas pourquoi elle est compliante, elle ira quand même faire sa scintigraphie, elle a 20 ans. Je suis sur le retour vers Liège quand l'hôpital me téléphone, ils ne l'ont jamais laissé partir ni se relever de sa salle de scintigraphie. Direction illico l'unité de soins intensifs sur embolie pulmonaire massive !

20 ans, tabac, pilule... Elle vit toujours. J'ai passé un beau WE.

Allez, un petit troisième. Je suis de garde Médecine Générale mobile, du côté de Namur, toujours en été.

C'est la fête, on marie les « petits ». Mais ne voilà-t-il pas que le temps d'un instant, « Papy », 90 ans, tombe dans son assiette pour se redresser aussitôt.

Doc-teur...

Bon : mariage, ambiance et quand même, j'envoie papy à l'hosto pour... Embolie pulmonaire, et oui.

Voilà, voilà, ces trois exemples ne datent pas de moins de six mois mais je voulais t'en faire part. Quel beau métier ! »

Docteur Luc Mottard

4020 LIEGE

Table des matières

I.	Abstract français	5
II.	Abstract anglais	6
III.	Remerciements.....	7
IV.	Abréviations.....	9
V.	Introduction	10
VI.	Méthodologie	13
1.	Revue de la littérature	13
2.	Type d'étude	14
3.	Echantillonnage.....	15
4.	Recrutement	16
5.	Déroulement de l'entretien	16
6.	Analyse des données.....	17
VII.	Résultats.....	18
1.	De la plainte principale à la plainte collatérale.....	18
1.1.	Consultation de routine	18
1.2.	Plainte aspécifique	18
1.3.	Modification de comportement	19
2.	L'apport d'une consultation structurée.....	21
2.1.	Approfondissement de l'anamnèse.....	21
2.2.	Contexte diagnostique	22
2.3.	Place des antécédents	23
2.4.	Pauvreté auscultatoire.....	25
2.5.	Paramètres suggestifs	26
3.	L'assimilation de tous les éléments	27
3.1.	Acteur réflexif	27
3.2.	Raisonnement clinique	28
3.3.	Absence de diagnostic patent.....	29
3.4.	Utilisation d'un score	30
4.	La place d'un élément irrationnel.....	32
4.1.	Intégration du ressenti.....	32

4.2.	Remise en question.....	34
4.3.	Contribution de l'expérience	36
4.4.	Probabilité clinique implicite	37
VIII.	Discussion.....	38
1.	Résumé des résultats	38
2.	Analyse des résultats	40
3.	Limites et biais	47
IX.	Conclusion	49
X.	Bibliographie.....	51
XI.	Annexe	53
	Annexe 1 : Questionnaire GFQ (GFs Questionnaire)	53
	Annexe 2 : Guide d'entretien.....	54
	Annexe 3 : Score de Wells (5)	55
	Annexe 4 : Score de PERC (5)	55
	Annexe 5 : Knowledge-based model of GPs' diagnostic reasoning (21)	56
	Annexe 6 : Déterminants du gut feeling (9)	56
	Annexe 7 : Retranscription des entretiens	57

I. Abstract français

Contexte : Lors d'un diagnostic de pathologie grave, le médecin généraliste peut ressentir un sentiment d'alarme qui l'incite à poursuivre ses investigations. L'embolie pulmonaire ayant une symptomatologie aspécifique, plusieurs éléments entrent en jeu dans le processus diagnostique de cette pathologie. Les éléments influençant le gut feeling et son implication dans le raisonnement clinique pour un diagnostic d'embolie pulmonaire sont encore mal définis.

Objectif : L'objectif de cette étude qualitative auprès de médecins généralistes et urgentistes est de déterminer les éléments déclenchant l'intuition diagnostique de l'embolie pulmonaire ainsi que la place du gut feeling dans le processus réflexif du médecin. Une autre intention est d'évaluer l'implication de la connaissance du patient dans l'émergence de ce gut feeling en comparant le diagnostic d'embolie pulmonaire en médecine générale versus en médecine d'urgence.

Méthode : Cette étude est abordée par une méthode qualitative. 11 médecins généralistes et 6 urgentistes, de la région Bruxelloise et région Wallonne, ont été interviewés de façon individuelle avec un guide d'entretien semi-dirigé. Le critère d'inclusion est d'avoir diagnostiqué une embolie pulmonaire dans les 6 derniers mois précédant l'entretien.

Résultats : Lors du diagnostic d'embolie pulmonaire, il ressort dans un premier temps une diversité des plaintes présentées par le patient avec une brutalité de changement de comportement. Ensuite, une discordance entre des éléments cliniques et paracliniques évocateurs et la symptomatologie décrite par le patient ou l'évocation d'autres diagnostics est mise en évidence. Enfin, l'apparition d'un sentiment d'alarme éveille l'attention du médecin et oriente la prise en charge. Les médecins généralistes interrogés n'utilisent pas de score diagnostique.

Conclusion : Ce travail de fin d'étude met en évidence la présence d'un gut feeling dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire. La connaissance du patient participe à son développement mais n'est pas le seul élément contributif car il est également présent en médecine d'urgence. Le gut feeling est pour les médecins généralistes plus déterminant que les scores diagnostiques de l'embolie pulmonaire dans la décision de prise en charge des patients.

Mots clés : Embolie pulmonaire, Gut feeling, Sens d'alarme, Sentiment d'intestin, Score, Connaissance du patient, Raisonnement

II. Abstract anglais

Background : During the diagnosis of a serious pathology, general practitioners can feel a sense of alarm that prompts them to continue their investigations. In a Pulmonary embolism, which has non-specific symptoms, several elements come into play in the diagnostic process of this pathology. The elements influencing gut feeling and its implication in clinical reasoning for a diagnosis of pulmonary embolism are still poorly defined.

Objective : The objective of this qualitative study with general practitioners and emergency physicians is to determine the elements triggering the diagnostic intuition of a pulmonary embolism as well as the place of gut feeling in the reflexive process of the doctor. Another intention is to evaluate the implication of the knowledge of the patient in the emergence of this gut feeling by comparing the diagnosis of pulmonary embolisms in general medicine versus in emergency medicine.

Method : This study is approached by a qualitative method. 11 general practitioners and 6 emergency physicians, from the Brussels region and the Walloon region, were interviewed individually with a semi-structured interview guide. The inclusion criterion is to have diagnosed a pulmonary embolism in the last 6 months preceding the interview.

Results : When diagnosing a pulmonary embolism, a variety of complaints presented by the patient first emerge with a sudden change in behavior. Then, a discrepancy between suggestive clinical and paraclinical elements and the symptomatology described by the patient or evocation of other diagnoses is highlighted. Finally, the appearance of a feeling of alarm awakens the doctor's attention and guides management. The general practitioners surveyed do not use a diagnostic score.

Conclusion : This end of study work highlights the presence of a gut feeling in the diagnosis of pulmonary embolism. Knowing the patient participates in his development but is not the only contributing element because it is also present in emergency medicine. For general practitioners, gut feeling is a more determining factor than pulmonary embolism diagnostic scores in deciding patient management.

Key Word : Pulmonary embolism, Gut feeling, Sense of alarm, Gut feeling, Score, Patient knowledge, Reasoning

III. Remerciements

La réalisation de ce travail de fin d'étude a été possible grâce à plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner ma gratitude.

Je tiens tout d'abord à remercier ma promotrice le **Docteur Audrey Bonnelance** pour son aide dans l'élaboration de ma problématique, sa confiance, ses conseils, sa rigueur et sa relecture qui ont contribué à la réalisation de mon travail.

Je tiens également à remercier le **Docteur Ségolène de Rouffignac** pour son soutien et sa confortation dans l'amorce de mon sujet mais également pour son encadrement dans la méthodologie qualitative. Son positivisme m'a confortée dans le choix de cette thématique qui me passionne.

Je tiens à remercier tous les **médecins généralistes et urgentistes** qui ont donné de leur temps pour la réalisation des entretiens. Leurs récits, anecdotes, conseils et encouragements m'ont énormément appris et stimulée dans la réalisation de ce travail. Quel beau métier à explorer.

Je remercie également le **Docteur Luc Mottard** pour le partage des souvenirs des diagnostics d'embolie pulmonaire qui m'ont interpellée malgré le fait qu'ils ne rentraient pas dans mes critères d'inclusion. J'ai souhaité les intégrer dans mon TFE par la rédaction d'un prologue.

Je tiens également à remercier mon maitre de stage, le **Docteur Emmanuel Eeckhout** pour la formation médicale au cours de ces deux dernières années ainsi que toute **l'équipe du cabinet de la Rue des Pavots** pour leur écoute, soutien et ambiance de travail offert lors de la réalisation de ce travail.

Je souhaite également remercier **Sophie et Hélène**, mes deux alliées de médecine générale pour leurs partages, aides, encouragements, rires et plaintes durant ces mois de travail. Quelle chance de faire cet assistantat avec vous.

Je tiens à remercier **mes colocataires** pour leur soutien et collaboration lors de la réalisation de mon TFE. J'aimerais particulièrement les remercier pour leur écoute, partage, réconfort, humour et surtout disponibilité lors de toutes mes péripéties durant ces trois années d'assistantat. Des colocataires en or.

Je tiens à remercier **mes parents** pour leur participation avec enthousiasme et amour dans l'élaboration de ce travail. Merci pour les échanges médicaux, méthodologiques, relecture attentive et tout simplement leur temps. Merci pour votre investissement durant tous mes projets (et ce n'est qu'un début). Merci également à ma sœur et mon frère, **Laure et Clément** pour leurs encouragements et bonne humeur durant toutes ces années.

Enfin, merci à **tous mes amis** (sans citer de nom mais ils se reconnaîtront) avec qui j'ai échangé sur ce sujet de TFE. Merci pour leurs motivations et petites attentions.

IV. Abréviations

EP : Embolie Pulmonaire

GF : Gut Feeling

BPCO : Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive

EBM : Evidence Based-Medicine

PERC : Pulmonary embolism rule-out criteria

PERCEPIC : Pulmonary embolism rule-out criteria rule in European patients with low implicit clinical probability

GFQ : Gut Feeling Questionnaire

TFE : Travail de Fin d'Etude

V. Introduction

Lors de ma première année d'assistantat, j'ai diagnostiqué une embolie pulmonaire (EP) chez un patient qui se présentait, amené par sa fille, pour une dyspnée d'apparition brutale et des palpitations. A l'anamnèse il ne présentait aucun symptôme. Il n'avait pas de facteur de risque pour l'EP (alitement, chirurgie, thrombophilie...) et pas d'antécédents connus. Mon examen clinique était tout à fait normal. Au niveau des paramètres, seul une désaturation à 85% m'a questionnée. Sa situation m'a interpellée car il ne consultait jamais et était inquiet. Le diagnostic d'EP m'est passé par la tête. Ce patient refusait de se présenter aux urgences. Le score de Genève pour ce patient s'élevait à 2. J'ai quand même insisté pour faire un dosage des D-Dimères et réaliser un angioscanner en externe. Le patient avait bien une EP massive. A la fin de cette consultation, mon maître de stage m'a dit qu'il ne se serait pas inquiété outre mesure et que j'avais peut-être exagéré en demandant cet angioscanner. Mais j'avais, à ce moment-là, le sentiment que quelque chose n'allait pas (d'autant plus que dans son suivi le patient ne venait pas souvent). Je ne savais pas encore que ce sentiment avait un nom : le gut feeling (GF).

Après cette expérience, je me suis questionnée sur le ressenti que j'avais développé et qui m'avait poussée à approfondir mes investigations. Après m'être appropriée la définition du GF et avoir orienté ma réflexion sur l'intégration de ce sentiment dans la démarche diagnostique, j'ai décidé de me concentrer sur l'apport de cette sensation dans le processus diagnostique de l'embolie pulmonaire.

L'Embolie Pulmonaire est l'un des diagnostics manqués le plus fréquemment répertorié en première ligne de soins. (1) Elle a une incidence annuelle de 69 pour 100 000 habitants. (2) Cette incidence est susceptible d'être majorée due au faible nombre d'investigation causale des décès brutaux. Sans prise en charge rapide, le taux de mortalité est élevé avec 18% des patients décédant dans les trois mois suivant l'évènement. (1) Une difficulté majeure dans le diagnostic de l'EP est le côté aspécifique des signes et symptômes de la présentation de la pathologie. La plupart des patients chez qui le diagnostic est évoqué n'en souffrent pas. (3) De plus, les manifestations cliniques de dyspnée et douleur thoracique combinées à l'état émotionnel du patient chevauchent celles de nombreuses autres maladies. (4)

Le processus diagnostique de l'EP est maintenant bien décrit et a fortement évolué ces vingt dernières années. Initialement, un patient présentant une suspicion d'EP subissait une séquence d'examens commençant par une scintigraphie pulmonaire ventilation perfusion. (5) Aujourd'hui, les stratégies diagnostiques chez les patients soupçonnés d'avoir une EP commencent par une analyse de la probabilité clinique de la maladie. Le clinicien doit s'efforcer de sélectionner les patients présentant une symptomatologie compatible mais non spécifique pour ne pas réaliser des examens complémentaires inutiles. La présence de facteurs reconnus de la maladie thrombo-embolique veineuse peut orienter la suspicion. Ces éléments, cités dans la revue de médecine interne sont, à l'anamnèse, la présence d'antécédents familiaux ou personnels de maladie thrombo-embolique veineuse qui peut faire suspecter une thrombophilie familiale (déficit en antithrombine, protéine C ou protéine S ; mutation Leiden du facteur V, mutation de la prothrombine ou facteur II) ou acquise (anticorps antiphospholipides et ou anticoagulant circulant). D'autres situations favorisantes sont également à rechercher telles qu'une chirurgie dans les 3–4 semaines qui précèdent (en particulier la chirurgie orthopédique, la neurochirurgie), la présence d'un cancer, l'immobilisation d'un membre inférieur, un long voyage, la grossesse ou la prise d'une contraception orale ou d'une substitution hormonale contenant des œstrogènes. (6) Aucun élément isolé ne permet de confirmer ou d'exclure le diagnostic d'EP mais la combinaison de différents paramètres augmente la probabilité clinique de la maladie. (6) L'analyse décisionnelle a permis de démontrer qu'une basse probabilité clinique pouvait à elle seule affaiblir, voire annuler la portée d'un test positif et que la négativité d'un test diagnostique ne pouvait plus permettre l'exclusion de la maladie si elle avait une haute probabilité clinique. (5) Des règles de décisions cliniques ont été établies pour que la suspicion ne se base pas uniquement sur le jugement du médecin. Les scores les plus fréquemment utilisés sont le score de Wells (2000) qui inclue le jugement du médecin pour savoir si l'EP est plus probable qu'un autre diagnostic et le score de Genève (2001) qui ne contient que des éléments objectifs pour l'exclusion de l'EP. Une étude du docteur Janneke Hendriksen et son équipe montre que la sensibilité variait de 88% (Genève révisée simplifiée) à 96% (puits simplifié) et la spécificité de 48% (Genève révisée) à 53% (Genève révisée simplifiée. Alors que l'efficacité était comparable pour toutes les règles, les règles de Wells ont donné les meilleures performances en termes de taux d'échec plus faibles.(7) En 2002, le score de PERC (Pulmonary Embolism Rule-out Criteria) a été créé dans le but de déterminer les patients à très faible risque d'EP sur

base de la probabilité clinique et d'éviter tout type d'investigation y compris les D-Dimères. Ce score se base sur une liste des huit items (Annexe 4) qui, s'ils sont tous négatifs, identifie ce groupe à très faible risque d'EP. Ce score a une sensibilité proche de 100% et un taux de faux négatifs égal ou inférieur à 1%. (5) Il ne s'applique actuellement qu'en médecine d'urgence.

Certaines études suggèrent que le score de Wells aurait un pouvoir de discrimination légèrement majoré du fait de l'inclusion du jugement clinique du médecin. (5) Avant d'utiliser une règle de prédiction, le médecin généraliste doit avoir des soupçons d'EP et c'est précisément cette étape initiale qui n'est pas claire. (1) Cette intuition ressentie par les médecins est appelée gut feeling (GF) ou « sentiment d'intestin ». Un consensus sur ce terme a été établi par une étude néerlandophone. (8)

Le GF distingue deux types d'intuition : le « sens d'alarme » et le « sens de réassurance ». (9) Le sens d'alarme est défini comme un malaise perçu par le médecin qui s'inquiète d'une issue possiblement défavorable pour le patient alors qu'il n'y a pas d'éléments objectifs pour l'expliquer. Il perçoit intuitivement qu'une intervention est nécessaire pour éviter la survenue d'un problème grave. La sensation de réassurance apparaît lorsque le médecin est sûr du pronostic du patient et de sa prise en charge malgré l'absence d'un diagnostic établi. (9)(10)

Je me suis également demandée suite à ces lectures, si la connaissance du patient pouvait jouer un rôle dans l'apparition du GF. J'ai pour ce fait choisi d'intégrer des urgentistes dans l'étude afin de comparer le processus du gut feeling face à un patient connu et inconnu. Ma question de recherche, « Quelle place pour le GF dans le diagnostic de l'EP en première ligne de soins », s'adresse aux médecins généralistes (hommes et femmes) de la région de Bruxelles et de Wallonie et urgentistes ayant diagnostiqué une EP lors d'une consultation pour dyspnée/douleur thoracique chez un patient de plus de 18 ans. Je cherche à déterminer l'apport du GF dans le diagnostic de l'EP en comparaison à l'utilisation unique de score. Le but serait de montrer les éléments faisant évoquer le diagnostic d'EP et la place accordée au GF dans l'évocation ce diagnostic. Le second objectif serait d'apprécier la part de la connaissance du patient et les éléments déterminants de l'examen clinique et anamnèse potentialisant le raisonnement clinique orientant le diagnostic d'EP. Pour répondre à ces questions, j'ai commencé par faire une revue de littérature afin de choisir la méthodologie la plus appropriée. Je vous présente cela à la suite.

VI. Méthodologie

1. Revue de la littérature

Tout d'abord j'ai commencé à investiguer le thème du GF en discutant avec le docteur Ségolène de Rouffignac. Elle m'a encouragée dans le choix de mon sujet et lancée dans mes recherches. Je souhaitais initialement travailler sur la part de l'intuition dans la prise en charge médicale en médecine générale.

Pour commencer, j'ai orienté mes recherches sur le thème de l'intuition. Le Docteur de Rouffignac m'a envoyé deux articles intitulés *L'intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « GFs »* (10) et *Le raisonnement et la décision en médecine* (11). C'est à la suite de ces deux lectures que j'ai découvert le terme « GF ». Le docteur de Rouffignac m'a également partagé les articles dénommés *The diagnostic role of GFs in general practice A focus group study of the concept and its déterminants* (9) et *Consensus on GFs in general practice*. (8) Ces deux références m'ont permis d'explorer les déterminants du GF, le principe de sentiment d'alarme et de réassurance et leur application en médecine générale.

Suite aux références mentionnées dans ces publications, j'ai découvert le site <https://www.gutfeelings.eu/>, reprenant le programme de recherche international « GFs in General Practice ». Ayant du mal à préciser ma question de recherche, j'ai directement contacté en avril 2019, le Docteur Barais Marie, une des médecins rédacteur de l'article *L'intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « GFs »*. (10) Elle travaille à Brest et a fait sa thèse sur le sentiment d'alarme en soins primaires, à Anvers (Belgique). Elle fait partie du groupe COGITA (groupe européen d'experts sur les processus cognitifs et interactifs en diagnostic et gestion en médecine générale). Son nouveau projet de recherche était « *La précision du sentiment d'alarme du médecin généraliste face à une dyspnée et / ou des douleurs thoraciques : protocole pour une étude observationnelle prospective* ». (12) Elle a établi ce protocole pour faire son étude à Brest. Elle m'a suggéré de travailler ce même domaine en Belgique.

Une autre idée était d'investiguer les patterns qui pouvaient influencer l'apparition d'un GF en consultation de médecine générale. J'ai à ce moment-là contacté le Prof. Dr. Paul Van Royen (Professor of Family Medicine/General Practice), spécialiste du GF en Belgique, faisant partie de l'université d'Anvers et également membre du groupe COGITA. Il m'a partagé le

questionnaire d'évaluation du GF joint en annexe 1. Il m'a conseillé d'utiliser ce questionnaire pour observer la fréquence du GF dans un certain contexte mais aussi de me baser sur un problème de médecine générale pour essayer de répondre à ma question de recherche. Ayant développé mon intérêt pour le GF dans le décours d'un diagnostic d'EP j'ai décidé d'investiguer son apport dans la suspicion de cette pathologie.

J'ai poursuivi mes recherches sur pubmed en utilisant les MeSH (Medical Subject Headings) « GF », « general practice », « pulmonary embolism ». J'ai créé deux équations de recherche. Successivement « GF in general practice or family practice or with general practitioners » puis « GF and pulmonary embolism or pulmonary Thromboembolisms ». Un seul article trouvé en mars 2020 m'a permis de préciser ma question de recherche. (1)

Pour finir, j'ai recherché sur des sites internet, que je me suis efforcée de sélectionner avec rigueur (tel que pubmed, revues médicales), des informations sur l'EP, son contexte d'apparition, sa symptomatologie et les scores de probabilité clinique utilisés pour orienter la prise en charge lors d'une suspicion diagnostique.

J'ai réalisé ces recherches entre avril 2019 et mars 2021. J'ai principalement sélectionné pour références de ce travail des publications du journal BMC family practice et du journal BMJ Open. D'autres références proviennent de journaux scientifiques de médecine générale. La publication la plus ancienne remonte à 2009 et la plus récente de 2020. Ces données m'ont aidée à décider du type d'étude que je souhaitais réaliser.

2. Type d'étude

J'ai réalisé une étude observationnelle rétrospective en mettant en place des entretiens semi-dirigés individuels de médecins généralistes et d'urgentistes.

Tout d'abord, je me suis orientée vers une étude qualitative pour essayer de comprendre le comportement des médecins généralistes face au diagnostic d'EP et plus précisément d'investiguer leur GF dans le diagnostic de cette pathologie. Mon but était de faire un état des lieux de ce ressenti. Ensuite, j'ai décidé d'échanger avec les médecins de façon individuelle afin de leur permettre de se livrer totalement sur le vécu de leur consultation, sans jugement de la part d'autres confrères. Enfin, j'ai choisi des entretiens semi-dirigés pour orienter le discours sur le thème du ressenti et de l'EP tout en laissant une expression libre au médecin.

Le GF étant un ressenti personnel il est préférable que chaque médecin puisse témoigner librement. Il m'a fallu établir des critères d'inclusions et d'exclusions pour réaliser l'étude.

3. Echantillonnage

Pour commencer, les médecins généralistes interrogés devaient avoir envisagés eux-mêmes le diagnostic d'EP dans les six mois précédents mon entretien. J'ai choisi une courte période pour éviter de perdre en précision sur l'histoire clinique et le GF du médecin. Le nombre d'années de pratique a été notifié. Ce critère avait pour but d'appréhender la part de l'expérience dans le GF et le diagnostic d'EP.

Enfin, j'ai décidé d'inclure des médecins pratiquant dans la région de Bruxelles ou en Wallonie sans discrimination entre milieu urbain ou rural. La localisation du médecin n'influait pas le développement d'un GF. Le sexe du médecin ne rentrant pas dans les critères de développement du GF je n'ai pas fait de discrimination à ce niveau.

Dans l'hypothèse où la connaissance du patient entrerait en jeu dans l'apparition d'un GF, j'ai choisi d'interroger six urgentistes. Ces entretiens supplémentaires avaient comme finalité de comparer l'apport du GF dans le diagnostic d'EP en première ligne de soins (médecine générale versus urgences).

Le thème de mon TFE et ma méthodologie utilisée ont été approuvés par le site MGTFE éthique et ne nécessitaient pas d'approbation par le comité d'éthique pour poursuivre l'étude.

Critère d'inclusion : médecin généraliste ou urgentiste, toutes années de pratique confondues, ayant diagnostiqués d'eux même une EP dans les 6 mois précédent l'entretien.

Critère d'exclusion : EP diagnostiquée chez un patient Covid positif (algorithme Covid aux urgences demandant d'emblée le dosage de d-Dimères et ne permettant pas la réflexion clinique).

4. Recrutement

Afin d'augmenter le nombre de participants, j'ai envoyé un mail à tous les maitres de stage répertoriés dans le réseau UCL (Université Catholique de Louvain). Les médecins pratiquant dans mon lieu d'assistanat ont également partagé ma demande à leurs collègues de GLEM (Groupe Local d'Evaluation Médicale). J'ai obtenu dix-neuf réponses positives de médecins généralistes. En relançant les médecins pour programmer une date d'entretien, onze entrevues ont été programmées. Concernant les urgentistes, j'ai envoyé des mails directement aux urgences de différents hôpitaux et ai demandé des contacts à ma promotrice de mémoire et des collègues assistants travaillant dans des hôpitaux. J'ai choisi de structurer mes entretiens et vous explique cela dans le paragraphe suivant.

5. Déroulement de l'entretien

J'ai réalisé mon guide d'entretien pour en premier lieu permettre à chaque médecin de raconter spontanément la dernière consultation où leur EP a été diagnostiquée. Ensuite, j'ai choisi d'orienter l'entretien sur les éléments cliniques (paramètres et examens cliniques) influençant le diagnostic d'EP. Enfin, je me suis attardée sur la description du ressenti de chaque médecin au cours de leur consultation. Mon guide d'entretien est joint en annexe 2. Il a légèrement été adapté à la suite de l'entretien avec le deuxième urgentiste. La découverte du score de PERC m'a incitée à interroger les autres urgentistes sur l'emploi de cet outil. Je les ai également questionné sur son utilité en pratique de médecine générale.

A cause des mesures Covid (télétravail, éviction des rencontres de personnes hors de la bulle établie), tous mes entretiens ont été réalisés par appel vidéo via Teams ou Skype. Chaque entretien, d'une durée de vingt à trente minutes, a été enregistré sur accord de chaque participant. Les interviews ont été entièrement retranscrites en anonymisant les données. Les seize entretiens sont accessibles en annexe 7 et ont été explorés comme décrit ci-dessous.

6. Analyse des données

J'ai réalisé une analyse inductive de mes entretiens en m'inspirant de l'analyse par théorisation ancrée. Premièrement, j'ai fait ressortir les verbatims pour codifier les différents résultats. Ensuite, j'ai classé ces étiquettes par thème pour regrouper les éléments ressortant des entretiens par catégorie. J'ai finalement essayé de mettre en relation ces rubriques pour modéliser une théorie. Ces processus m'ont permis d'extraire des résultats que je vous présente dans le paragraphe suivant.

VII. Résultats

Mon échantillonnage comprend dix-sept médecins. Parmi les médecins, onze sont médecins généralistes (deux assistants et neuf médecins agréés) et six sont urgentistes (deux assistants et quatre urgentistes). J'ai dû écarter un entretien réalisé chez un urgentiste. Ce dernier m'a témoigné du diagnostic d'embolie pulmonaire découvert fortuitement chez une patiente positive pour la Covid-19. J'ai analysé onze entretiens de médecins généralistes et cinq d'urgentistes, respectivement huit hommes et huit femmes. Les années de pratique des médecins interrogés varient d'un an (assistant en médecine générale) à 45 ans de pratique.

Certains ayant eu précédemment des expériences de diagnostic d'EP, ils ont complété l'entretien par le récit d'autres consultations.

1. De la plainte principale à la plainte collatérale

1.1. Consultation de routine

Les médecins généralistes interrogés révèlent que le diagnostic d'EP peut être évoqué au cours d'un rendez-vous de suivi chronique. De même, c'est parfois un autre motif de consultation qui incite les patients à prendre rendez-vous. Trois diagnostics ont été posés au cours d'un rendez-vous pris pour un renouvellement d'ordonnance.

- « Donc c'est une patiente qui vient pour un contrôle. En l'interrogeant elle me dit « oh bah je suis vite essoufflée ». [...] Et puis elle me dit « mon genou fait mal ». [...] Elle venait pour ses médicaments. Elle venait pas pour sa plainte. » (MG 5)
- « Alors, donc c'est un patient de 69 ans qui, euh, qui vient... A la base ce n'était pas une consultation prévue pour lui. [...] Les gens qui s'en occupent avaient rendez-vous et puis ils l'ont pris avec parce que depuis 2 jours ils le trouvent essoufflé. » (MG 6)
- « Et j'allais vraiment simplement pour un renouvellement d'ordonnance. » (MG 7).

1.2. Plainte aspécifique

Certains médecins interrogés rapportent que les patients signalent une plainte aspécifique au cours de la consultation. Sans investigations, les médecins évoquent que cette plainte peut

initialement être banalisée. Individuellement, le symptôme évoqué ne représente pas d'urgence de prise en charge. Il entre également dans le diagnostic différentiel de plusieurs pathologies ce qui complexifie le raisonnement clinique. Le côté atypique de la plainte est évoqué par les médecins généralistes comme par les urgentistes.

- « Elle avait une fatigue » (MG1)
- « Seulement les signes sont polymorphes. Souvent c'est quand même la dyspnée, la polypnée. Mais ça peut être des quintes de toux, des crises d'asthmes. Parce que j'ai une patiente, mais ça fait un an, je me demande si elle je ne l'ai pas loupée au début. Parce qu'elle faisait des quintes de toux, des bronchospasmes et puis après elle a fait sa phlébite et on a vu qu'elle avait fait des embolies. » (MG5)
- « Elle m'a appelé le 11 mai, elle m'a appelé pour dire qu'elle se sentait moins bien. » (MG8)
- « Euh après la syncope un peu atypique, un peu bizarre bah ça aide aussi. Bizarrement dans le sens où quand ça ressemble à rien c'est parfois une EP quoi. » (URG5)

1.3. Modification de comportement

Un changement d'attitude du patient éveille le médecin généraliste sur la nécessité d'investiguer les plaintes. Cette modification se remarque parfois dès le début de la consultation.

- « Euh, bah elle ne s'est jamais plainte de problèmes respiratoires. Euh c'est une dame qui a ses troubles psychiatriques mais en général quand elle se plaint de quelque chose je trouve quelque chose. [...] Et donc voilà je me fie quand même à ce qu'elle me dit. [...] Elle me dit « depuis hier je suis essoufflée, c'est pas comme d'habitude. » (MG4)
- « Alors, euh, aussi bizarre que cela puisse paraître c'est le fait déjà qu'il ne soit pas aussi stressé qu'il ne l'est d'habitude. [...] Donc ça clairement, c'était interpellant chez lui. Euh, le fait que son épouse soit inquiète alors qu'elle n'est pas très vite inquiète. Donc que ce soit vraiment l'inverse de d'habitude. [...] Il est pas bien. Et là il était en mode tout zen et c'était sa femme qui l'amenait quoi. Ce qui est assez inhabituel pour lui. [...] Fin, vraiment dans leur comportement ils n'étaient pas comme d'habitude. » (MG11)

De plus, un symptôme chez un patient habituellement non plaintif ou un patient qui n'a pas l'habitude de consulter suscite l'attention du médecin. L'anxiété décrite par les patients peut également éveiller l'attention du médecin.

- « Euh et donc du coup, euh et en plus une patiente qui n'est pas spécialement plaintive non plus donc voilà. Pour qu'elle me dise vraiment j'ai mal, ça ne passe pas pour qu'elle revienne etc. Donc du coup j'avais quand même sonné à une pneumologue [...] ». (MG3)
- « Disons que c'est une dame qui ne se plaint pas vite. Ça c'est quand même un élément important qui tout à coup, si elle me dit ça c'est que c'est vrai ; il faut faire quelque chose. » (MG5)
- « Je pense effectivement que l'inquiétude du patient il ne faut pas la mettre de côté. [...] Mais ici dans les deux cas d'embolie où il y avait très peu de signes, dans ces deux cas-là, les deux fois c'était des patients qui venaient très rarement au cabinet. Donc je trouve que le fait que ce soit combiné à une inquiétude il faut quand même un petit peu s'y fier du coup. » (MG10)

Lorsque le patient n'est pas connu du médecin, la notion de « pas comme d'habitude » relatée par le patient doit être prise en compte, de même que la modification de comportement du patient décrite par l'entourage.

- « Bah c'était la première fois que je voyais cette dame. En voyant le dossier elle ne vient pas souvent donc je me suis dit, si elle vient c'est qu'elle sent qu'il y a quelque chose qui n'est pas normal. Elle n'avait pas l'air anxieuse de nature. [...] Je me suis dit, si elle vient, si elle est inquiète c'est qu'il y a effectivement quelque chose qui ne tourne pas rond. » (MG10)
- « Oui alors je répondrai que, que je suis très sensible au caractère aigu. Au caractère que le patient nous dise il y a un truc qui a changé relativement brutalement. Ça ça m'interpelle toujours. Et il y a aussi le fait qu'effectivement il n'y ait pas de composante de stress euh avoué par le patient. » (URG1)
- « Euh mais non, c'est sur base de l'anamnèse et de, de l'anamnèse du patient qui te dit je ne suis pas comme d'habitude. Et même, tu ne le sens pas. » (URG2)

Les urgentistes insistent sur leur manque de possibilité d'apprécier le changement de comportement du malade. L'entourage et le médecin généraliste sont plus à même de déceler ces éléments évocateurs.

- *« Je pense qu'effectivement la connaissance du patient fait que le médecin généraliste, à mon avis va être très embarrassé sur tout changement par rapport à une situation qu'il connaît. » (URG1)*
- *« Alors la grosse différence justement c'est que, je pense que, ce GF est beaucoup plus développé et acceptable au sein de la médecine générale qui connaît les patients qui, c'est suivi, et tu vois directement un patient que tu connais tu vas te dire « Oh my god celui là ». Euh, même si j'ai des bons paramètres, que j'ai tout, il n'est pas comme d'habitude. C'est comme, je dis toujours aux urgentistes, quand une maman vient avec son gosse et qui vous dit « il est pas bien ». Même s'il vous paraît bien, croyez la mère. Ça c'est fondamental quoi. » (URG 2)*

2. L'apport d'une consultation structurée

2.1. Approfondissement de l'anamnèse

Une anamnèse approfondie permet de préciser la plainte du patient. Les médecins rapportent qu'ils sont souvent acteurs dans la récolte des informations anamnestiques. Le patient ne faisant pas le lien entre les différents symptômes et ne connaissant pas les facteurs de risque de l'EP, c'est au médecin de réaliser une anamnèse systématique des différents systèmes organiques. Cette systématisation se retrouve tant en médecine générale qu'en pratique d'urgence.

- *« Les gens viennent en générale se plaindre en disant je ne me sens pas bien. Mais bon, le terme je ne me sens pas bien ça ne veut rien dire évidemment. Donc il faut un peu fouiller. » (MG1)*
- *« Voilà j'ai justement eu le même cas comme je vous dis au mois de décembre. (renouvellement d'ordonnance) A part que la patiente, en creusant un peu l'anamnèse, même si elle ne venait pas pour ça, parlait d'une dyspnée et d'une fatigue plus importante. » (MG7)*
- *« J'essaie en fait, je pense que je ratisse un peu plus large au niveau des symptômes et des signes cliniques et si je vois qu'il y a quelque chose en plus ça me mène un petit peu plus vers le diagnostic. » (MG10)*
- *« Tu sais, il faut te dire que la médecine d'urgence, 95% des diagnostics sont fait sur base d'une bonne anamnèse et un bon examen clinique. Une bonne anamnèse et les bons antécédents, c'est les bons médicaments. » (URG2)*
- *« Pour moi ce qui permet de bien se dire en première intention c'est une EP c'est d'avoir procédé à une bonne anamnèse et un bon examen clinique qui exclut les autres causes de dyspnée. » (URG3)*

2.2. Contexte diagnostic

Les médecins mettent en évidence que la plainte la plus fréquemment évoquée est la dyspnée. Cette dernière est souvent d'apparition brutale. Elle est parfois associée à une douleur thoracique. L'une comme l'autre peut également être isolées.

- « *J'ai une patiente qui est venue qui avait vraiment des douleurs thoraciques importantes ; un peu de dyspnée. Elle avait eu ça soudainement.* » (MG3)
- « *Et euh, j'ai, j'ai pensé à une EP par la brutalité de la survenue de se, de sa dyspnée principalement.* » (MG8)
- « *A l'anamnèse c'était la douleur thoracique. Elle n'avait rien d'autre. [...] Euh, en fait c'est la deuxième patiente qui se plaint d'une douleur thoracique isolée sans aucun autre symptôme.* » (MG10)
- « *D'abord c'est face à une symptomatologie de dyspnée et/ou douleur thoracique sans d'autres causes évidentes. C'est à ce moment-là. Ça c'est des critères dans lesquels tu dois penser une EP.* » (URG2)
- « *Qui venait pour une dyspnée brusque, euh..., euh..., et ce qui était le plus étonnant c'est elle était capable de pouvoir marcher les marches, elle savait marcher le matin et puis le lendemain elle était, elle était, l'après-midi elle était dyspnéique.* » (URG3)
- « *Alors au niveau anamnestique c'est une dyspnée qui est, qui n'est pas intermittente. Je ne sais pas comment expliquer ça. Souvent il y a des gens qui vont dire, ici c'est vraiment une dyspnée continue et qui est apparue de manière brutale. Ça c'est important.* » (URG4)

D'autres éléments anamnestiques comme la présence d'un alitement, d'une intervention chirurgicale, d'une douleur dans le mollet, d'une thrombose veineuse profonde sont primordiaux dans l'évocation d'un diagnostic d'EP. Ces facteurs de risques de la maladie thrombo-embolique veineuse décrits dans la littérature sont à rechercher. Néanmoins ces éléments peuvent être absents et compliquer l'évocation du diagnostic.

- « *C'est dyspnée, une dyspnée aigüe. Une dyspnée d'origine subite. Voilà. Et le fait qu'il ait été opéré c'est ça qui m'a mis la puce à l'oreille. L'intervention sur le petit bassin d'une part et la dyspnée aigüe. Ça, ça pu l'EP. [...] Moi compte tenu du contexte comme je vous ai dit, une intervention, une dyspnée un peu après, pour moi j'avais aucun doute quant au diagnostic. [...] C'est principalement la dyspnée qui est le signe qui revient le plus souvent.* » (MG9)

- « D'abord c'est face à une symptomatologie de dyspnée et/ou douleur thoracique sans d'autres causes évidentes. C'est à ce moment-là. Ça c'est des critères dans lesquels tu dois penser une EP. [...] ; tu dois, ou bien que, et dès que tu as des facteurs de risques thrombo-embolie, enfin, événement thrombo-embolique antérieur, ou bien alitement prolongé, ou bien plâtre, bah j'y songerai quoi. » (URG2)
- « C'était une dame qui avait une obésité morbide. Qui consultait pour de la tachycardie et de la dyspnée à l'effort, au moindre effort. C'était pas des grands efforts. Et c'était un contexte d'immobilisation récente. Une dame qui avait eu une chirurgie du genou, euh trois semaines auparavant. » (URG4)

2.3. Place des antécédents

Tant les médecins généralistes que les urgentistes évoquent l'importance des antécédents personnels du patient. Ces éléments sont intégrés de façon explicite ou implicite dans le raisonnement clinique du diagnostic et favorisent l'évocation du diagnostic d'EP.

- « Par contre, dans ses antécédents elle est sous Femara pour un cancer du sein. Et donc évidemment moi, vu l'examen clinique, cette dyspnée, bon elle a cette Sat qui diminue sans rien j'ai pensé quand même assez rapidement à l'EP. » (MG4)
- « Elle me dit « Catherine il faut que je t'explique. J'ai fait une crise d'asthme ». Mais je dis « mais maman, tu n'as jamais fait de crise d'asthme jusqu'à maintenant. Tu n'es pas asthmatique, tu fais une embolie » (MG5)
- « Euh, bah, à l'anamnèse, je pense que on a souvent, en fait, je pense que ce qu'on a et que les spécialistes n'ont pas forcément, c'est que d'une certaine façon on a intégré le patient. Donc, nous on sait à quoi ressemble notre patient quand il est normal. Et même quand il est malade. Et donc on arrive à lire le patient. Et en plus on a en tête tous ses antécédents même si on a tendance parfois à les oublier consciemment. On va toujours connaître le pattern de notre patient d'une certaine façon quoi. » (MG11)
- « Peut-être qu'en médecine générale c'est, il y a quelque chose qui est important c'est qu'on connaît son patient. Ça c'est l'immense avantage que vous avez par rapport à nous. On à chaque fois des patients dont on ne connaît rien. Et alors bien sûr qu'un patient peut très bien avouer qu'il n'est absolument pas stressé « mais non tout va bien à mon travail » et qu'en fait c'est pas vrai du tout. Et donc on ne peut pas trop, voilà ; on n'a pas de point de vue. Bah voilà. » (URG1)

Les médecins généralistes relatent l'enrichissement du contexte diagnostique par la connaissance de la famille du patient. Le suivi médical de l'entourage permet d'intégrer les antécédents familiaux dans le raisonnement clinique.

- *« Qu'il y a des gens qui ont des thrombophilies élevées et en général c'est d'origine familial. J'en tient compte. » (MG1)*
- *« Oui toujours euh, une fois j'avais fait un lien parce que je savais que, le patient en question qui faisait une EP... Je soignais, j'avais déjà soigné son frère qui avait un facteur V de Leiden. Et donc quand il est venu avec moi et qu'il m'a dit qu'il était essoufflé j'ai vite fait le lien et j'ai dit « oh oh ». Là, vous avez même chose et je l'ai envoyé directement aux urgences. J'avais en tête qu'il y avait un facteur V de Leiden dans la famille et on l'a découvert comme ça. » (MG6)*

La connaissance du patient peut à contrario compliquer le diagnostic. Un patient souvent dyspnéique ou souvent plaintif va moins alerter le médecin généraliste. Ce dernier aura parfois tendance à banaliser initialement la plainte. De plus, la pluri-pathologie (cardiaque et pulmonaire) augmente la possibilité de diagnostic différentiel et donc la difficulté d'évoquer du diagnostic d'EP. Ces facteurs peuvent agir comme un élément confondant qui retardera la prise en charge en médecine générale alors qu'elles ne biaiseront pas la réflexion clinique de l'urgentiste. On peut de ce fait nuancer l'apport de la connaissance du patient.

- *« Bah c'est-à-dire qu'à postériori oui, j'aurai dû appliquer peut-être strictement les critères. Mais je pense que cette patiente dans, dans, dans énormément de situation aurait été à ce moment susceptible de correspondre à un score de risque d'EP. Même dans des situations où elle ne se plaignait pas d'une recrudescence de sa dyspnée. Mais donc ici recrudescence de dyspnée qui était complètement fréquente et récurrente chez elle. Donc c'est difficile d'apprécier la validité en quelque sorte de cette plainte. » (MG2)*
- *« Donc ces antécédents-là ont un rôle important. D'ailleurs même compliquent les choses. Quand on a un patient BPCO ou cardiaque c'est pas simple d'imaginer que c'est une embolie qui est le nouveau diagnostic alors qu'on pense avant tout à d'autres diagnostics plus évidents. » (URG1)*

2.4. Pauvreté auscultatoire

Pour la totalité des médecins interrogés, aucun élément pathognomonique ne peut être révélé à l'auscultation. Au niveau pulmonaire les médecins décrivent des bruits respiratoires normaux bilatéralement.

- *« Ce n'est pas à l'auscultation, c'est généralement assez pauvre, on a généralement peu de signes auscultatoires, celui qui dit qu'il entend une EP soit le patient est en train de mourir parce que c'est massif, soit euh il a inventé car ce n'est pas possible. » (MG1)*
- *« Du coup c'était interpellant aussi. Je n'avais pas du tout d'hypoventilation ou quoi que ce soit mais je n'avais pas non plus de crépitants et donc bon, de ronchis. Je n'entendais rien, fin une auscultation normale. » (MG3)*
- *« Euh, la tachycardie, dyspnée c'est les deux symptômes... Dyspnée, on va dire sine-matériale, avec une auscultation tout à fait normale. » (MG4)*
- *« Au niveau clinique, il n'y a rien quoi. » (URG3)*
- *« Donc oui la clinique de l'EP je trouve est très pauvre. Euh et c'est justement ça qui rend le diagnostic plutôt difficile. » (URG4)*

Une douleur à la palpation du mollet, un œdème du membre inférieur unilatéral ou un signe de Homans positif peut orienter l'origine de la thrombose veine profonde. Cet élément clinique est inconstant lors des diagnostics d'EP.

- *« Et puis je ré-interroge et je dis « mais votre jambe qui fait mal, est ce que ce n'est pas le mollet plutôt que le genou ? ». Elle me dit « oui et j'ai une jambe gonflée ». Donc je la fais venir, j'examine. Elle avait une thrombose veineuse profonde et j'ai hospitalisé parce qu'en fait sa dyspnée était due à l'EP. » (MG5)*
- *« Et bien quand j'ai pensé à l'EP j'ai tâté ces mollets. Je lui ai fait un examen clinique au niveau d'une possibilité d'une thrombose, d'une phlébite, d'une thrombophlébite profonde. Et il n'y avait aucun symptôme. » (MG8)*
- *« Les cas qui sont criants et évidents rien qu'en voyant le patient on se dit « bah oui ça ça va être une embolie c'est évident, il a un gros mollet, il respire vite, il est tachycarde et il désature », oui c'est évident à ce moment-là. Mais c'est pas la majorité des cas. » (URG1)*

2.5. Paramètres suggestifs

Les entretiens font ressortir que la tachycardie est un paramètre inconstant mais évocateur d'une EP lorsqu'il est associé à un contexte. Une désaturation accompagne occasionnellement la clinique du patient mais ne permet pas de poser le diagnostic.

- « *Ce qui attire souvent mon attention dans les embolies pulmonaires c'est évidemment la légère dyspnée chez un patient qui n'est pas BPCO, bien entendu associé à une tachycardie par exemple.* » (MG1)
- « *Et une Sat par contre quand même basse. [...]D'habitude elle a une super bonne sat. [...] Ah oui elle était tachycarde aussi. J'ai oublié. Elle était légèrement mais elle avait genre, entre 90 et 100 de fréquence cardiaque ce qui n'est pas du tout non plus dans ces habitudes.* » (MG4)
- « *Et c'est une patiente qui est sous bêtabloquant. Et j'étais un peu interpellé parce qu'au repos, j'ai discuté avec son mari et elle et elle était tachycarde. [...] Bah la tachycardie est souvent présente dans mon expérience, souvent.* » (MG7)
- « *Ses paramètres sont, non en fait le seul truc bizarre c'est qu'il a une saturation à 94 ce qui n'est pas habituel pour lui. Et une fréquence cardiaque aux alentours de 100 ce qui est habituel pour lui.* » (MG11)
- « *Et euh, et alors on est un petit peu étonné parce que bon il n'y a pas grande chose à se mettre sous la dent. Il n'est pas vraiment, il est un petit peu tachycarde mais bon il vient de faire du vélo et puis, euh il a une saturation en oxygène qui n'est pas trop mauvaise On va dire 95%. Pas parfait mais ce n'est pas non plus mauvais.* » (URG1)
- « *C'était une dame qui avait une obésité morbide. Qui consultait pour de la tachycardie et de la dyspnée à l'effort, au moindre effort.* » (URG3)

Comme signalé précédemment, les médecins généralistes ont, par leur connaissance du patient, la possibilité d'apprécier la différence des paramètres par rapport à d'habitude. Ce changement de paramètre alerte sur une atteinte organique chez le patient. Une urgentiste a également évoqué la modification de fréquence respiratoire chez le patient.

- « *Bah il y en a aucun qui a une spécificité. Donc euh, dans les examens cliniques, nous, moi, tout le monde à qui tu veux qui est passé dans mon service, la fréquence respi pour moi est quelque chose de fondamental. Tu as bien sûr la tachycardie éventuelle, tu as une, enfin, tu as ton examen général mais si en plus tu as un gros mollet tu vas y penser plus facilement quoi.* » (URG2)

3. L'assimilation de tous les éléments

3.1. Acteur réflexif

L'EP est un diagnostic difficile à évoquer. Cela s'explique premièrement par l'a-spécificité de la présentation clinique. Ensuite, l'EP est évoquée après d'autres diagnostics plus fréquents en prévalence tel que la pneumonie, l'asthme ou la décompensation cardiaque. Les médecins généralistes interrogés évoquent la nécessité d'évoquer l'EP dans notre diagnostic différentiel de dyspnée pour ne pas oublier de la rechercher ou de l'exclure.

- *« C'est un diagnostic qui n'est pas évident parce que d'abord il est sous diagnostiqué déjà, hein donc, très nettement sous diagnostiqué l'embolie pulmonaire, parce que, parce que, les médecins n'y pensent pas suffisamment. [...] Oui j'y songe régulièrement et j'essaie de demander aux assistants que j'ai de ne pas oublier d'y songer parce-que c'est un truc qui est difficile et si on n'y pense pas on passe systématiquement à côté. » (MG1)*
- *« Mais il peut y avoir, malheureusement dans mon expérience, c'est ce que j'ai eu, c'est beaucoup, ces patients n'ont ni antécédents personnels, ni antécédents familiaux. Et c'est ce qui rend difficile ce diagnostic parce qu'il faut y songer, et euh, je dirai un petit peu que c'est le feeling. Je n'ai pas de signes, euh, anamnestiques ou cliniques ou pathognomoniques d'une EP. » (MG1)*
- *« J'ai superbement raté un diagnostic d'EP. [...] Euh, mais donc ce qui montre, si besoin était que le diagnostic d'EP est quelque chose d'extrêmement compliqué et que à avoir trop raison on a tort. Et quand on a tort on a tort. [...] Je dirai qu'il faut essayer d'y penser à chaque fois que c'est plausible. » (MG2)*

Bien que ce soit au médecin de songer au diagnostic d'EP, il faut respecter un certain contexte pour l'évoquer. Celui-ci reprend la dyspnée plus ou moins associée à une douleur thoracique sans autre cause diagnostique évidente comme explicité par l'urgentiste 2 plus haut. L'EP n'entre pas dans le diagnostic différentiel de toute dyspnée ou douleur thoracique.

- *« Et euh, donc voilà. Maintenant on ne va pas faire de toutes les douleurs thoraciques des embolies pulmonaires. Donc il faut bien essayer de screener. » (MG2)*
- *« Bah en gros, quand est ce qu'on pense à une EP ? D'abord c'est face à une symptomatologie de dyspnée et/ou douleur thoracique sans d'autres causes évidentes. C'est à ce moment-là. Ça c'est des critères dans lesquels tu dois penser une EP. » (URG2)*

3.2. Raisonnement clinique

Premièrement, que ce soit le médecin généraliste ou le médecin urgentiste, ils évoquent un raisonnement par exclusion. Ils vont écarter les diagnostics différentiels de dyspnée les plus fréquents comme la pneumonie, la crise d'asthme, l'exacerbation de BPCO ou encore la décompensation cardiaque. Ces pathologies présentent une symptomatologie plus typique. Une description de dyspnée avec une clinique normale va éveiller l'alarme du médecin en faveur d'une EP.

- *« Bah une dyspnée sans autre, sans autres symptômes. Vraiment une dyspnée isolée. Euh avec cet antécédent quand même de cancer du sein. Je dirai que c'est vraiment les deux éléments les plus importants et surtout le fait qu'il n'y ait rien. Rien à l'auscultation. Pas de toux. [...] Bah, moi ce qui m'a frappé chez les deux, c'est plutôt une dyspnée sans autres symptômes accompagnateurs. Donc euh, ni chez l'une ni chez l'autre il y avait de la toux, de la fièvre ou d'autres symptômes qui auraient pu me faire penser à un autre diagnostic. C'est que, en fait c'était une dyspnée nue les deux fois. C'est surtout ça. » (MG4)*
- *« Et sinon je dirai dyspnée + auscultation normale. Fin je ne sais pas. Je ne sais pas. Dans un OAP on entend que ça crépite des deux côtés. Dans une pneumonie bah t'entends des râles bien d'un côté. C'est fort systématisé. Dans une crise d'asthme c'est des sibilances. Donc oui je ne sais pas. Ce contraste entre une auscultation normale et un niveau d'essoufflement important. » (MG6)*
- *« Dyspnée de façon nue alors qu'il n'y a pas d'histoire infectieuse forcément c'est pour ça que, que j'y pense. Donc c'est directement aussi l'autre, l'absence de signes qui est, pas d'OMI, pas de sibilances, pas d'antécédent asthmatique ou quoique ce soit, pas fumeur etcetera donc oui, non je n'ai été interpellé que par cette dyspnée avec désaturation. » (URG3)*
- *« En fait c'est vraiment de se dire, ok on, j'essaie de trouver quelque chose de systématique que je pourrai expliquer. C'est de se dire, en fait clairement ça me fait penser à une pneumonie, clairement c'est une exacerbation de BPCO. Je vois quelqu'un qui prolonge son temps expiratoire, qui a des sibilances etcetera. Clairement ça me fait penser à un OAP, il a un pic hypertensif, il crépite, avec des sécrétions mousseuses, avec un œdème des membres inférieurs bilatéral. Ok si clairement ce n'est pas une décompensation cardiaque, ce n'est pas une exacerbation de BPCO, c'est pas une pneumopathie bactérienne typique et je suis face à quelqu'un de dyspnéique, bizarre parce que ça ne tombe pas dans les autres, mais alors le switch EP s'allume. Je ne sais pas comment dire ça autrement. » (URG4)*

Deuxièmement, l'idée d'une association de dyspnée ou douleur thoracique décrite par le patient, avec une tachycardie sans autres anomalies à l'examen clinique peut suggérer l'hypothèse d'une EP.

- « Euh, en fait c'est la deuxième patiente qui se plaint d'une douleur thoracique isolée sans aucun autre symptôme, sans avoir spécialement non plus de TVP associée. Euh donc ça. Et alors la tachycardie isolée je trouve que ça pue un petit peu. » (MG10)
- « Il faut rester quand même avec des, avec euh une définition de la suspicion. Euh, il faut qu'il y ait euh une dyspnée récente et/ou une douleur thoracique récente et qu'on n'ait pas une autre explication évidente. [...] Euh, alors on sait bien qu'il n'y a aucun signe qui est vraiment pathognomonique hein. Et donc on est un tout petit peu coincé. Alors je dirai, la tachycardie ça me, ça me, je dirai ça, dans ce contexte de douleur thoracique, et tout ce que je viens de dire juste avant, un peu de tachycardie ça, ça c'est quand même un argument fort. Non pas fort mais c'est un argument. C'est un petit truc en plus. » (URG1)

Enfin, les médecins évoquent l'importance d'associer tous les éléments obtenus lors de l'anamnèse et l'examen clinique. Individuellement une dyspnée, une tachycardie de repos ou une légère désaturation n'alarment pas mais corrélés ils peuvent devenir significatifs.

- « Mais donc voilà c'est plus les éléments contingents qui peuvent mener à une EP. » (MG2)
- « Et donc tout ça mis à bout ça m'y faisait quand même penser fortement. » (MG4)
- « Parce que même si vous avez, même si vous avez une saturation à 96 ou 97%, ça n'exclut pas une EP. Tout dépend aussi de la massivité. Est-ce qu'elle est massive ou pas. » (MG9)

3.3. Absence de diagnostic patent

Les médecins généralistes comme les urgentistes expriment l'idée que l'EP est un diagnostic évoqué lorsqu'ils n'arrivent pas à se convaincre d'un autre diagnostic.

- « Les médecins n'y pensent pas suffisamment, donc il faut y penser dès l'instant comme je dis où le patient ne se sent pas bien. Le patient, pfff, le patient a une légère dyspnée, ou une tachycardie qui n'est pas expliquée par autre chose. » (MG1)

- « L'absence de diagnostic alternatif. C'est vraiment ça qui compte. [...] Si j'arrive à convaincre mon jeune collègue que non, non c'est bien une crise d'hyperventilation, non, non, c'est sa pneumonie, ne cherchons pas midi à 14h il n'y a pas de suspicion d'EP [...] Et même convainquant vis-à-vis du patient en disant « écoutez je n'y crois pas à cette EP vous avez tout à fait une autre explication [...] A l'inverse si je vais voir le patient et que je n'arrive pas à être convainquant. Que je n'arrive pas moi-même, je pense que c'est pas une EP, j'en suis sûre à 95% mais quand même je suis un peu embêté, j'arrive pas à être convaincu, ok c'est qu'il faut le faire. Tu vois, là on est un peu dans le GF dont tu, dont tu parles. Ça vaut ce que ça vaut, euh ça se discute, c'est sensible, c'est voilà. Mais ça intervient effectivement. » (URG1)
- « Euh parce que souvent il y a d'autres diagnostic avant qu'on va exclure. Et puis à partir du moment où on se dit « ok je n'ai vraiment pas d'autres diagnostics évidents que je pense que c'est une EP », alors on creuse cette piste-là. » (URG4)

3.4. Utilisation d'un score

Lorsque la suspicion d'EP est évoquée par le médecin le processus réflexif varie entre les pratiques de médecine générale et médecine d'urgence. Ceci est même relevé par un urgentiste dans un entretien.

- « Donc il faut d'abord qu'il y ait une suspicion. Et ça le médecin généraliste là, je pense l'a fait à sa façon et le médecin urgentiste à son autre façon parce qu'ils n'ont pas les mêmes, par le fait que ce n'est pas le même métier. Mais de toute façon, peu importe c'est une fois que on a fait la suspicion que on peut oui ou non faire un score et à priori demander les d-dimères, bon. » (URG1)

Aucun médecin généraliste interrogé n'utilise de façon explicite un score d'évaluation de la probabilité clinique de l'EP. La plupart des médecins généralistes en fin de carrière n'utilisent ni le score de Genève ni le score de Wells car ces deux scores leurs sont inconnus. Les médecins ayant une pratique plus récente expliquent se baser sur les questions du score pour détailler leur anamnèse mais ne pas calculer explicitement la probabilité clinique.

- « Non parce que, parce que je n'ai pas l'habitude de le faire, et c'est probablement un tort. Je veux bien essayer mais je ne connais même pas le score qu'on utilise donc euh. » (MG1)
- « Euh j'utilise fort peu ces scores. Je les connaîtrais, en clinique habituelle c'est difficilement utilisable au chevet du patient. Donc on en arrive quand même à se baser sur notre « pif clinique » qui le plus souvent est adéquat mais de temps en temps on se plante lamentablement. » (MG2)

- *« Euh, alors, je dirai informellement je vais utiliser des scores. Donc j'ai toujours medicalcul qui est ouvert en arrière-fond sur mon ordinateur. Et ça m'arrive assez fréquemment de juste ouvrir la page pour poser les bonnes questions, genre de chose là. [...] Bah je pense que je le fais mais sans le faire de façon formelle quoi. Et donc euh, j'utilise exactement les mêmes critères que ceux qu'il y a dans le score mais je ne vais pas remplir des petites cases et faire le calcul quoi. » (MG11)*

Les médecins généralistes se basent plus sur leur sens clinique pour évoquer le diagnostic d'EP.

- *« Je n'utilise jamais les scores. Mais je pense qu'avec l'âge je travaille plus de façon intuitive. Et que ça va beaucoup plus vite. » (MG5)*
- *« Non. Non, non, non. C'est purement, non. Il y a peut-être des scores qui existent mais bon, écoutez, moi je suis un petit peu tout ça de loin en loin [...] Mais bon, en tenant compte qu'il y a actuellement des scores très chiffrés et très mathématiques, je dois dire que je ne les connais pas. [...] Donc ça été purement instinctif, hein, de dire que ça été peut-être une EP. Ça s'est avéré, c'était plus une impression, une intuition sur base un peu de la clinique. Sa dyspnée d'apparition brutale et sa tachycardie. » (MG8)*
- *« Pourquoi pas ? D'abord parce que pour moi ce diagnostic étant important, j'ai tout de suite adressé à l'hôpital et là on fait des examens complémentaires. Mais je vous dirai que moi ça fait 40 ans que je travaille, je n'ai jamais utilisé de score ou quoi. Parce que, bah parce que je me fie à mon score clinique et voilà. » (MG9)*

De plus, les médecins généralistes interrogés se disent peu convaincu par les résultats du score de Genève ou de Wells. En cas de suspicion d'EP, ils ont tendance à faire eux même des d-dimères ou référer aux urgences quels que soit le résultat du score.

- *« Je ne suis pas persuadé qu'en utilisant un score euh, j'aurai été plus, enfin, je n'ai pas pensé. [...] Mais si j'avais songé je n'aurais pas pris de risque je l'aurai référé. [...] Mais donc il y a des scores qui ont, dont on a suffisamment venté la pertinence. Moi je suis relativement dubitatif par rapport à leur utilité en clinique habituelle. [...] Donc si, il faut que la pertinence du score global, par rapport à l'impression clinique, ne permet pas d'être déterminant, d'être vraiment quelque chose de significatif. » (MG2)*
- *« Euh non. Il y a le score. Voilà, mais c'est plutôt le feeling que vraiment le score ; J'ai pas commencé à compter les points pour le score. Ma suspicion était assez forte que pour l'envoyer. [...] Et même si le score avait été moyen euh, je l'aurai quand même envoyé donc euh, voilà. » (MG4)*

- « Non. J'utilise jamais. [...] Parce que j'aurai quand même jamais une certitude à mon niveau. Si j'ai justement le GF, j'envoie faire un angioscan ou une scinti si pas possible. Mais, toujours, toujours. » (MG7)

Les urgentistes stipulent de leur côté utiliser presque systématiquement un score pour déterminer la probabilité clinique de l'EP. Ce score est directement encodé dans leur logiciel ce qui facilite leur utilisation. L'importance de la probabilité clinique va déterminer l'ordre des examens complémentaires.

- « Ah c'est intéressant parce que pour moi euh, quand on évoque ce score c'est qu'on est dans une démarche objective. Euh, c'est quand on considère subjectivement qu'il y avait une suspicion. Quelque chose nous fait dire « ah j'y pense » et donc je vais l'objectiver par le score. C'est pas obligatoire. [...] Ce score intervient dans une phase où on veut objectiver les choses. On c'est bien ça veut dire qu'on est dans une démarche. » (URG1)
- « Donc j'ai besoin ... mon GF ne suffit pas. Mais par contre, je ne veux pas qu'on commence euh, euh, ... l'EP, j'exige que dans chacun des dossiers je commence par voir, j'ai fait ma probabilité clinique, quel est mon score et comment je l'évalue. » (URG2)
- « Euh, et puis bon, ça a l'air un peu élémentaire mais, avoir un bon court de base sur la probabilité préclinique et la probabilité post clinique d'une EP, c'est quelque chose qui m'a moi beaucoup aidé [...]. Mais j'ai eu un bon sénior qui m'a dit, ok c'est hyper important de t'asseoir et de te dire « ok j'ai un autre diagnostic plus probable avant que ce soit l'EP donc ta probabilité préclinique est très basse [...] Et donc on doit revenir sur la base et dire « ok, quelle est ma probabilité clinique avant d'être biaisé par juste le dosage des D-dimères ». (URG4)
- « Bon il y a le score de Wells. Moi je vais vous dire, moi je ne fais pas systématiquement le score de Wells (rire). Parce que c'est pas toujours facile. Parfois on doit agir vite, parfois on est en extérieur en SMUR et, et, on est en train de réanimer bon voilà. En fait c'est vraiment de se dire, ok on, j'essaie de trouver quelque chose de systématique que je pourrai expliquer. » (URG4)

4. La place d'un élément irrationnel

4.1. Intégration du ressenti

Les médecins généralistes rapportent « écouter » leur ressenti pour proposer une investigation de la plainte du patient.

- « Dans mon cas une bonne part. Je dirai au moins la moitié, certainement la moitié des cas c'est au pif. Je sens qu'il y a qq chose qui cloche je ne sais pas quoi et je suspecte l'embolie. » (MG1)
- « Non, non. Est-ce que, quand on a une intuition, quand on ne sait pas très bien d'où ça vient, je crois que c'est un, un ensemble de chose. D'abord je dis l'expérience peut être, le fait que je sais bien que l'EP est quelque chose qu'on, qu'un médecin généraliste rate souvent parce qu'on pense à tout autre choses qu'à ça. [...] Mais, je sentais que c'était ça. Mais c'est purement du ressenti. » (MG8)
- « Bah c'est aspect de GF pour moi, c'est pas tant subjectif que inconscient. C'est de la reconnaissance, fin moi je le vis vraiment comme de la reconnaissance de pattern inconscient. J'aurai tendance à dire que, quand j'ai un patient en face de moi, j'ai un peu l'impression d'avoir une espèce de boussole qui va du verre au rouge habituellement. Et euh, le GF, c'est quand j'ai un patient où, dès le début de la consultation et sans que forcément consciemment je puisse expliquer pendant je suis tout de suite au rouge. Alors que d'habitude ça va selon mes questions faire plouc, plouc, plouc et ça va se mettre. Et là c'est vraiment des situations où très rapidement, où tout d'un coup ça se met dans le rouge sans que j'ai un élément hyper décisif à un moment qui me dit, euh ouais c'est ça je le sais. Mais c'est plutôt... Mais en fait souvent avec le regard après, quand je revérifie, bah ici je revois mon truc je fais tiens « bah en fait saturation élevée, tachycardie, bah pff ouais lui j'étais pas complètement à côté de mes pompes c'était logique ». Mais sur le coup, dans ma tête ça n'a pas fait « ah oui j'ai tel ou tel éléments c'est probablement une EP ». Dans ma tête ça a juste fait pimpon pimpon. Et c'est tout. » (MG11)

Les médecins généralistes reconnaissent que la connaissance du patient aide à développer ce sentiment d'alarme.

- « Bah c'est beaucoup de chose. A part la saturation ça va être des choses subjectives finalement. Oui, c'est la tachycardie, c'est la dyspnée et c'est le patient. » (MG3)
- « Je pense que ça prend quand même une place importante. Mais il faut connaître son patient. Sans connaître son patient c'est plus compliqué. » (MG4)

Les urgentistes témoignent également ressentir un sentiment d'inquiétude face à certains patients. Ce sentiment les aide à orienter leur diagnostic et à proposer les bons examens complémentaires.

- « Et donc il faut te dire que la difficulté avec l'EP c'est qu'il y a très peu de symptômes spécifiques. Et c'est dû à ce manque de spécificité que tu peux éventuellement mettre un score implicite. » (URG2)

- « Quand moi j'examine quelqu'un et que je vois que tous ces paramètres sont normaux... Que je n'ai pas relevé à l'anamnèse euh, je globalisais un peu, parfois je fonctionne un peu effectivement plus avec les tripes et à sentir certaines choses. » (URG3)
- « Et que parfois on ne sait pas pourquoi. Donc voilà, j'ai du mal à expliquer ça mais c'est vraiment un sentiment qui n'est, qui passe dans, dans le non objectif, non-dit. Parfois juste devant le, le contact qu'on a eu avec le patient. Peut-être quelque chose qui peut paraître un détail à d'autre moment qui nous a marqué chez un tel patient. Et que voilà qu'on a envie de creuser pour infirmer ou confirmer l'inquiétude ou pas pour ce patient. » (URG4)

Parmi les entretiens réalisés, 15 médecins sur 16 estiment prendre en compte à plus de 50% leur ressenti dans l'orientation diagnostic de l'EP.

4.2. Remise en question

Il ressort des entretiens un sentiment d'inconfort présent du côté médical. Les médecins généralistes ou urgentistes se disent mal à l'aise face à ce manque d'élément explicite à l'anamnèse ou l'examen clinique. Il ressort un sentiment d'alarme inexpliqué.

- « Et donc voilà c'est une situation euh qui est particulièrement euh inconfortable je dirai. Bien sûr pour le patient mais pour le médecin également. » (MG2)
- « A partir du moment où on a l'impression que ça pourrait être une EP on est inquiet évidemment. » (MG8)
- « Il y avait rien qui me semblait normal dans la situation. J'avais vraiment l'impression que, à chaque étape, euh, tant au moment de se dire bonjour, que même quand je les ai vu dans la salle d'attente je me suis dit « tient c'est bizarre il est venu avec Madame ». Déjà à ce moment-là je me suis fait « Mmm, c'est marrant, c'est inhabituel quoi ». J'avais l'impression que vraiment à chaque étape tout était inhabituel. » (MG11)
- « Là je dirai que c'est un petit peu l'art, c'est, souvent je suis interpellé quand l'assistant est en difficulté. Et je suis obligé de passer du temps. Je ne peux pas régler une suspicion d'EP rapidement. C'est impossible ; il faut poser 2-3 questions, il faut observer, il faut se... voilà c'est le temps. Il faut passer un petit peu de temps. Il faut passer au moins une dizaine de minutes pour se dire « Mmmm il y a un truc qui cloche ici ». (URG1)
- « J'avais de l'inquiétude parce que je m'interrogeais de ce qu'il avait et que j'avais peur que comme d'habitude je trouve rien. Donc là c'est plutôt pour moi un sentiment d'anxiété à devoir gérer dans le sens où je vais devoir le libérer et j'avais

pas eu d'éléments objectifs pour expliquer ce qu'il s'est passé. C'est pas confortable donc c'était plutôt ça. » (URG5)

Ce sentiment d'alarme pousse le médecin à investiguer la plainte par des examens complémentaires. Lorsque que la suspicion est trop forte, ils admettent même remettre en cause la négativité des résultats et poursuivre l'exploration médicale. Les urgentistes reconnaissent garder un patient en observation malgré des bons paramètres et des examens complémentaires rassurant uniquement parce que le patient les inquiète.

- *« Mais surtout j'allais dire, remettre en question. Parce que maman a refait une deuxième embolie après. Et elle avait vu le cardio. On lui avait dit « mais non c'est rien, vous avez un peu... » Elle avait un peu mal au mollet. On lui avait dit « non c'est rien ». Et puis finalement j'ai de nouveau dû lutter pour lui faire un angioscan et elle refaisait une embolie quelque années plus tard. [...] Ça moi oui, je dirai tant pis si on nous prend pour des connes. Au moins on essaye. L'erreur est humaine, les spécialistes peuvent se tromper aussi. » (MG5)*
- *« Je ne vais jamais négliger, si j'y pense et que je n'ai pas d'autres explications plausibles à un symptôme, et que l'embolie fait partie du diagnostic différentiel, toujours je vais la rechercher. Exclusivement. » (MG7)*
- *« Mais si maintenant je ne suis pas d'accord avec les résultats j'irai plus loin. C'est pour mon acharnement, trouver plus loin. C'est ça. Mais te dire un pourcentage c'est impossible à dire. Non, c'est s'il y a désaccord entre ma perception clinique et le résultat des examens je vais m'acharner. Et c'est là qu'elle va prendre tout son poids. » (URG2)*
- *« Et que, et que parfois, quand on transmet un patient où on vient de travailler deux trois heures sur un patient, où on a fini notre shift et on dit à son collègue « mais écoute, oui, le monsieur au box 7 je le sens pas ». C'est pas qu'il va mal à ce moment-là mais c'est voilà ; c'est juste dire ok, il y a quelque chose qui ne se manifeste pas encore mais qui est dans le sentiment de l'échange médecin patient qui fait que je suis plus inquiet pour ce patient que pour un autre. Et c'est quelque chose, ce GF, c'est aussi quelque chose qui se transmet quand on est entre collègues qui s'entendent bien et qui ont l'habitude de travailler ensemble. Voilà je lui dis « écoute, moi, ce patient là je ne le sens pas. Il faut le garder plus à l'œil. Du coup voilà je le garde à l'HP cette nuit et je le sens pas ». (URG4)*

4.3. Contribution de l'expérience

Les résultats sont partagés. Il ressort qu'une partie des médecins généralistes et urgentistes signalent que l'expérience diagnostique d'EP aide à l'évoquer chez d'autres patients. Plus le diagnostic a été posé, plus il devient facile de l'évoquer dans son diagnostic différentiel.

- « *Je ne sais pas expliquer. Je crois que c'est un peu l'expérience clinique. J'ai quand même presque 45 ans de pratique donc euh, j'ai, j'ai senti qu'il y avait autre chose que seulement un problème cardiaque. Euh et j'ai pensé à la possibilité d'une EP.* » (MG8)
- « *Ah une place très importante. Une part très très importante. Parce que comme je vous ai dit, maintenant ça fait quand même 40 ans que je travaille, le feeling me permet si vous voulez, aussi d'orienter les examens complémentaires que je pourrai demander. Et euh, c'est, c'est surtout vraiment l'expérience.* » (MG9)
- « *C'est un petit peu du feeling je pense. Fin ça c'est un peu plus personnel mais j'ai été sensibilisée peut-être par le fait que moi-même j'ai eu une EP et que le diagnostic avait un peu trainé ; parce qu'on pensait que c'était des douleurs. J'avais une bête douleur thoracique aussi et on pensait que c'était locomoteur. Donc peut être que je suis un peu plus sensibilisée à ça. De part cette histoire-là.* » (MG10)
- « *Mais par contre quand il va être en formation ici, je vais le laisser faire ses examens complémentaires parce que ça va l'aider à construire petit à petit son sens, son feeling et tout ça. Quand il aura fait plusieurs fois des examens, que ceux-ci reviendront négatifs, il pourra se dire, ah non moi je pensais ça mais finalement ce n'est pas comme ça. Tu construis ton, son GF. Ça se construit avec ton expérience.* » (URG2)
- « *Maintenant je pense qu'au bout d'un certain temps, 50 ans, les gens qui ont senti ça, c'est parce qu'ils en ont déjà perdu deux il y a dix ans, il y a vingt ans donc c'est un sens un peu bizarre.* » (URG3)
- « *Euh et puis c'est, j'ai envie de dire c'est plutôt l'expérience clinique qui aide le plus. Donc le GF c'est vraiment quelque chose qui vient avec le fait qu'on en a vu plusieurs.* » (URG4)

D'autres médecins et urgentistes exposent que la symptomatologie de l'EP est tellement diversifiée que l'expérience n'aide pas et qu'il faut rester alerte pour songer à ce diagnostic.

- « *Pff, pas vraiment non. Je ne dirai pas non. Parce que des embolies pulmonaires ici, tu en as une finalement c'était une EP difficilement diagnosticable, l'autre beaucoup plus facilement.* » (MG4)

- « Mais euh, mais oui, je pense que c'est quelque chose qui s'améliore avec l'expérience mais qui peut aussi devenir moins bon avec l'expérience parce que justement on a vu tellement de situation où finalement ce n'était pas grave que bah, on apprend à relativiser quoi. » (MG11)
- « Et c'est pas parce qu'on en diagnostique une, on voit suivant on se dit « putain ça c'est d'office une EP ». Et en fait ça l'est pas quoi. C'est pas, fin pour moi ça reste assez mystérieux quoi. C'est assez embêtant comme maladie et on a beau suivre des colloques, faire des scores et des trucs finalement ou c'est très évident et c'est facile et c'est des gens qui ont des grands antécédents et qui ont toute la clinique ou c'est de la chance je crois. » (URG5)

4.4. Probabilité clinique implicite

L'urgentiste 2 interrogé m'informe au sujet de l'étude PERCEPIC qui intègre la probabilité clinique intrinsèque (GF) dans le score de probabilité de l'EP. Ce score est peu utilisé aux urgences et inconnu en médecine générale. A ce jour, les études sur son utilisation n'ont été réalisées qu'en milieu hospitalier.

- « Tu peux, avant de faire quoi que ce soit comme examen, tu vas d'abord faire sa probabilité clinique. Qui est faible, modérée ou élevée. Alors pour faire cette probabilité clinique, tu peux, tu dois employer, soit tu prends la probabilité clinique implicite, c'est le GF, la (mot non compris), tout ce que tu peux imaginer. Ta présomption comme ça. Ou bien tu vas employer les scores comme tu peux prendre le Wells, ou des scores de Genève modifié ou compagnie. » (URG2)
- « Et donc quand ils ont fait, donc euh, euh, rétrospectivement ils ont revu toutes ces études en remplaçant la valeur prédictive explicite par une implicite ; donc ton GF comme tu dis ; ils ont vu que peut être qu'il y aurait nettement moins de faux négatifs. [...] PERCEPIC elle s'appelle. Le score de PERC d'abord et puis ils mettent PERCEPIC je crois parce que Probabilité Clinique Implicite. » (URG2)
- « Et donc il faut te dire que la difficulté avec l'EP c'est que il y a très peu de symptômes spécifiques. Et c'est dû à ce manque de spécificité que tu peux éventuellement mettre un score implicite. » (URG2)
- « Et donc c'est pour ça que ce n'est pas encore tout à fait, voilà, c'est pas encore dans les outils diagnostic que j'ai devant moi. Euh et donc souvent je ne vais pas aller chercher plus loin. Mais quand c'est, vous savez, quand on est vraiment face à un patient où on dit ok j'ai besoin d'exclure ça, euh, j'y pense, euh et que je me dis ok est ce que j'ai assez de critères pour le faire, on va s'asseoir et on va faire un score. Et donc on va aller trouver le score de PERC, et on va le faire. Et puis on va dire ok est ce que ça vaut la peine de vraiment avancer ou pas ? » (URG4)

VIII. Discussion

1. Résumé des résultats

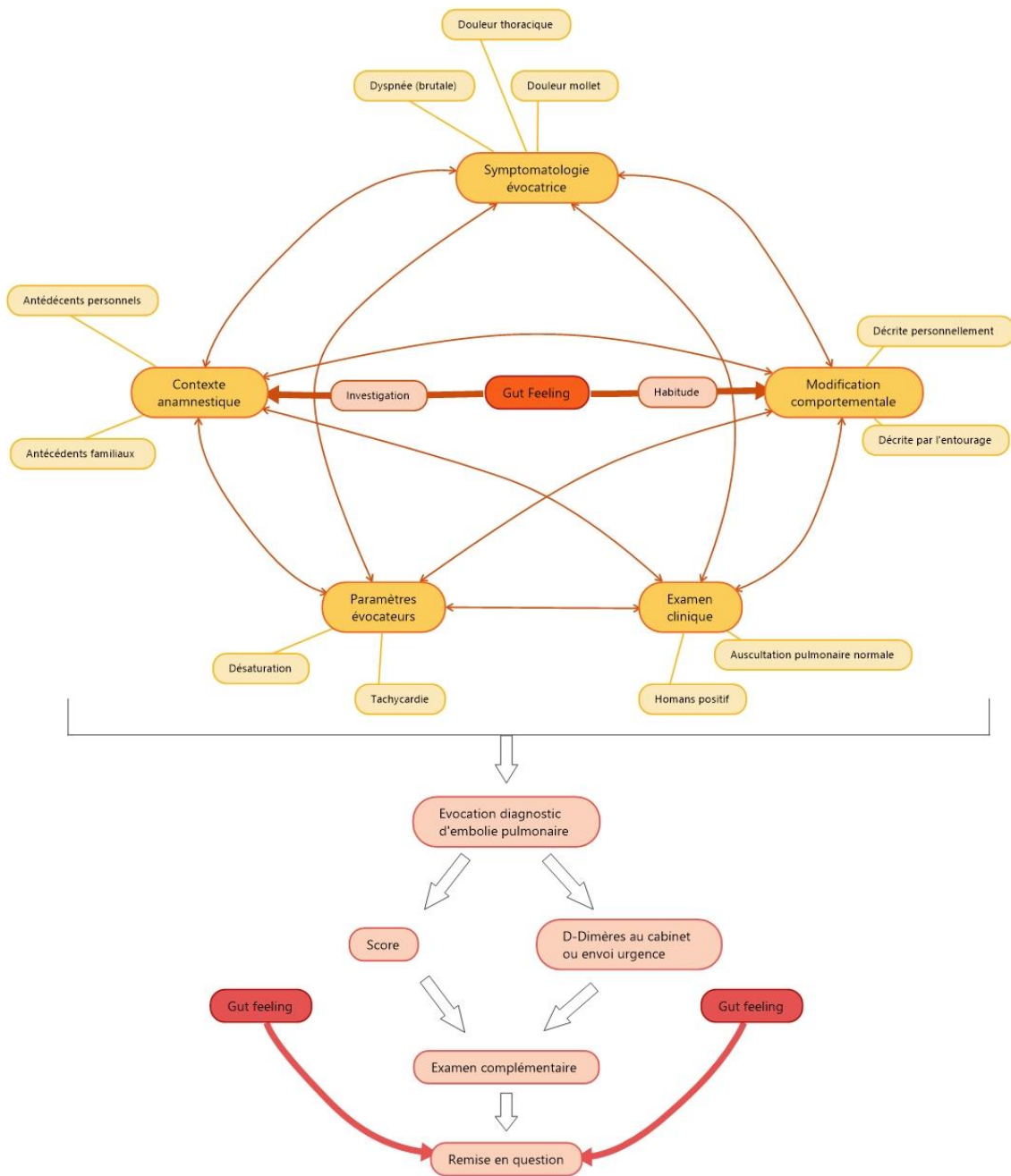
L'analyse des entretiens a permis de faire ressortir cinq éléments clés lors du diagnostic de l'embolie pulmonaire. Tout d'abord, les médecins rapportent une diversité des plaintes avec lesquelles le patient peut se présenter en consultation. Celles-ci peuvent varier d'une plainte de dyspnée brutale associée ou non à une douleur thoracique, jusqu'à une simple fatigue inhabituelle qu'il sera important d'investiguer. La brutalité du changement d'attitude est prépondérante.

De plus, les médecins font ressortir un élément clinique ou paraclinique évocateur. Une tachycardie associée ou non à une désaturation avec une auscultation pulmonaire normale.

L'apparition d'un sentiment d'inconfort présent dans la consultation va accentuer la nécessité d'une réflexion active. La discordance entre les plaintes et l'examen clinique, entre la connaissance de la pathologie et l'absence de signes correspondants, entre la connaissance du patient et la modification par rapport à d'habitude va stimuler un raisonnement analytique. Cette convergence d'information vers le diagnostic d'EP est confirmée de façon différente en médecine générale et aux urgences.

Les urgentistes utilisent un score diagnostique de l'EP avant la réalisation d'un examen complémentaire alors que l'échantillon des médecins généralistes de mon étude n'emploient pas ces scores par méconnaissance ou par méfiance du résultat.

Pour faciliter la lisibilité de ces différents résultats, ceux-ci peuvent être schématisés comme suit :



Résumé des résultats « Quelle place pour le Gut Feeling dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire ? »

Je me permets maintenant de mettre en lien ces résultats avec les données déjà connues de la littérature.

2. Analyse des résultats

L'EP se présente par des motifs de consultation diversifiés. Elle reste un défi diagnostique pour les cliniciens par sa fréquence et la spécificité insuffisante des signes cliniques et des symptômes. (13) Les entretiens font ressortir un contexte évocateur du diagnostic d'EP. Comme l'ont signalé les médecins, les situations aussi claires que dans la littérature avec une dyspnée associée à une douleur dans le mollet, une intervention chirurgicale ou un post partum sont rares. Les patients signalent souvent uniquement l'apparition d'une dyspnée aiguë et/ou d'une douleur thoracique. L'un comme l'autre peut se présenter de façon isolée et compliquer le diagnostic. Le Docteur Marie Barais a réalisé une étude qualitative sur le raisonnement diagnostique développé par les médecins généralistes lors d'une suspicion d'EP. Cette étude réalisée à Brest est mon principal point de comparaison car elle évoque la place du gut feeling dans le diagnostic de l'EP. (1) Elle révèle que la douleur thoracique dans un contexte d'EP pourrait survenir à la fois pendant l'effort, ainsi que pendant l'inspiration profonde et pourrait même être reproduite par palpation thoracique. (1) Alors que la douleur thoracique sous-sternale n'a pas de valeur prédictive positive pour l'EP, la douleur thoracique pleurétique (douleur thoracique latérale ou postérieure entre la marge costale et les clavicules qui augmente avec la respiration) a été trouvée dans plusieurs études et augmente significativement la probabilité d'EP. (4) L'EP est la source de la douleur thoracique pleurétique dans 5 à 21% du temps. (14) Concernant la dyspnée, elle a été décrite avec une intensité variable allant d'un incident ponctuel à une tachypnée presque intolérable. (1) La dyspnée et la douleur thoracique pleurétique sont décrits chez 73% et 66% des patients diagnostiqués pour une EP. (14) Un urgentiste interrogé rappelle que l'EP peut être évoquée dans un contexte de syncope ou un arrêt cardiorespiratoire. En effet, d'après le Docteur Serge Motte, interniste dans le service de médecine vasculaire à l'Hôpital universitaire Erasme, les trois modes de présentation clinique les plus fréquents sont les suivants : la douleur pleurétique, la dyspnée isolée d'apparition brutale ou progressive et la syncope. (15) Cette dernière, si non expliquée par un autre diagnostic, justifie des investigations pour exclure l'EP. D'autres éléments suggestifs sont révélés suite aux entretiens comme l'apparition brutale d'une toux, une fatigue importante ou encore une crise d'asthme sans antécédents asthmatiformes connus. Le Manuel du MERCK ajoute à cela une hémoptysie et de la

température. (16) La notion de brutalité décrite par les patients dans les entretiens alerte le médecin sur la survenue d'une pathologie sérieuse.

La connaissance du patient et la description d'un changement brutal d'habitude sont deux informations ressortant des entretiens. Les médecins généralistes signalent être attentifs au fait qu'un patient n'ayant pas l'habitude de consulter, se présentant avec une des plaintes signalée précédemment, va plus l'inquiéter qu'un patient qui se présente régulièrement en consultation. De même, un patient chez qui le médecin a l'habitude de poser un diagnostic somatique lors d'une plainte va plus inquiéter le médecin. Enfin l'anxiété rapportée par le patient peut aider à orienter la réflexion clinique. Ce constat ressort également de l'étude du Docteur Barais. Elle rapporte que l'anxiété faisait partie intégrante de l'image globale des médecins de famille qui avaient récemment établi un diagnostic positif chez le patient. Ils ont considéré que c'était un indice fort les guidant pour suspecter l'EP. Pour les autres médecins de famille, l'anxiété était liée à la dyspnée et n'avait aucun lien spécifique avec le diagnostic d'EP. (1) Si l'anxiété est provoquée par la sensation de dyspnée elle peut orienter le clinicien vers le diagnostic d'EP ou vers d'autres pathologies pulmonaires dyspnéisantes. L'inclusion des urgentistes dans mon analyse permet d'insister sur l'importance de la notion de changement décrite par le patient et l'entourage. Ils admettent que cela peut faciliter comme déconcerter le médecin généraliste dans sa démarche clinique. Ces spécialistes, qui n'ont pas la possibilité de connaître le patient dans son état de base, se fient aux dires du patient. Une étude montre que la capacité de détecter précocement une infection grave chez les enfants était aussi influencée par l'inquiétude des parents. (17) Cette même étude expose l'idée que la prise de décision clinique induite par le gut feeling dépendait plus de la connaissance de ce qui est normal que de la connaissance de la maladie potentiellement grave. Le gut feeling décrit semble alors se référer à la déviation d'un motif reconnu, déclenché par l'interprétation du clinicien par rapport au récit du patient et la connaissance du patient et de sa famille. (17) On peut se demander s'il en serait de même pour la réflexion précoce vers le diagnostic d'EP. Une étude prospective incluant l'intuition pour la suspicion d'EP pourrait être envisagée.

Les antécédents du patient ont un rôle important dans l'aide au diagnostic d'EP. Ils consistent en la recherche de facteurs de risque pro-coagulants tels que la prise d'oestro-progestatifs, la présence de pathologie cancéreuse, une chirurgie dans les trois derniers mois ou encore un état d'hypercoagulabilité. (16) Les médecins généralistes ont cet avantage

comparativement aux urgentistes. Ils connaissent l'environnement du patient et traitent parfois d'autres membres de la famille. Ils peuvent alors supposer, grâce aux antécédents familiaux, des états d'hypercoagulabilité encore non décrits chez le patient.

A côté de ce contexte anamnestique, l'examen clinique et des éléments paracliniques peuvent orienter la réflexion clinique. Les patients peuvent présenter une tachycardie (fréquence cardiaque > 100 battements par minute) et/ou une hypoxémie (oxymétrie de pouls anormale à 95%). (4) A l'auscultation, ce qui alerte les médecins généralistes comme les urgentistes est la discordance entre la dyspnée décrite par le patient et parfois objectivée par le médecin et l'auscultation pulmonaire normale. La dyspnée et la douleur thoracique combinées avec tachycardie étaient directement associées à un diagnostic d'EP. (1) De même, une association dyspnée, douleur thoracique et symptômes de thrombose facilite l'identification de l'EP. (1)

L'embolie pulmonaire fait partie du diagnostic différentiel d'un grand nombre d'affections telles que l'insuffisance coronarienne, l'insuffisance cardiaque, les exacerbations de BPCO, les pneumonies, le pneumothorax, le syndrome thoracique aigu ou encore les crises d'angoisse avec hyperventilation. (16) Le médecin va investiguer par l'exclusion de ces diagnostics différentiels ayant une symptomatologie plus typique avant d'envisager celui de l'EP. Cela ressort également de l'étude qualitative du Docteur Barais qui rapporte que « l'absence de signes cliniques indicatifs pour d'autres diagnostics chez des patients présentant des plaintes spécifiques était en soi un indice fort, susceptible d'évoquer le diagnostic d'EP. » (1) L'absence d'un diagnostic différentiel plus probable est d'ailleurs un critère repris dans le score de Wells et augmente la probabilité clinique d'une EP (annexe 3).

Face à cette suspicion d'EP, médecins généralistes et urgentistes confirment leur intuition de façon différente dans mon étude.... Les médecins généralistes plus âgés interrogés confient n'avoir jamais entendu parler du score diagnostic de l'EP et se fient uniquement à leur feeling pour lancer des investigations. Celles-ci seront basées sur un dosage de D-Dimères si leur suspicion est légère. Lorsque que la suspicion est plus importante, ils signalent référer directement aux urgences. Le Docteur Barais a fait la même constatation dans son étude à Brest. (1) Les médecins généralistes diplômés plus récemment connaissent les scores diagnostiques de l'EP mais les utilisent peu en pratique. Ils avouent que ces scores sont peu

pratiques à utiliser au chevet du patient (encore plus en visite à domicile). Cependant, ils signalent connaître les intitulés des questions et les intégrer dans l'anamnèse. Ils analysent les réponses sans y joindre de valeurs. Comme pour les médecins plus âgés, avec une suspicion légère ils auront tendance à réaliser un dosage des D-Dimères au cabinet. Un dosage inférieur au seuil ajusté par rapport à l'âge ($\text{âge} * 10 \text{ ng/mL}$) permet à lui seul d'exclure le diagnostic d'EP si la probabilité préclinique d'EP est faible. (4) En revanche, lors d'une suspicion plus élevée ils préfèrent également directement référer aux urgences. Le Docteur Barais ajoute que tous les médecins de famille ont considéré ces scores comme un outil inadapté aux soins primaires. La notation comme moyen de quantifier une gravité serait plus appropriée en médecine d'urgence. Les médecins utilisant un score ne le feraient que lorsqu'ils pensent déjà référer le patient à l'hôpital. De plus le résultat du score n'influencerait pas le processus décisionnel du praticien. Ils estimeraient que le système de notation est impersonnel et déconnecté du patient car il n'inclut pas la vision holistique de la situation basée sur l'examen et la connaissance du patient. (1) Bien que cette prise en charge ne soit pas celle décrite en EBM, elle reflète la pratique de la médecine générale. Jeunes comme plus âgés annoncent ne pas faire confiance au score. Un sentiment d'alarme ressenti pour un patient les poussera toujours à investiguer la plainte quelque soit le décompte obtenu. Pour opiner cette pratique, une étude hospitalière du Professeur Penalosa et de son équipe décrit que l'évaluation par la gestalt (sentiment d'intestin) semble plus performante que les règles de décisions cliniques en raison d'une meilleure sélection de patients avec une probabilité clinique faible et élevée. La prévalence de l'embolie pulmonaire était significativement plus faible avec l'utilisation du gestalt versus les règles de décision clinique dans les groupes à faible probabilité clinique (7,6% pour la gestalt versus 13,0% pour le score de Genève révisé et 12,6% pour le score de Wells) et les groupes à probabilité clinique non élevée (18,3% pour la gestalt versus 29,3% pour Wells et 27,4% pour le score de Genève révisé). L'EP était significativement plus élevée avec le score gestalt versus Wells dans les groupes à forte probabilité clinique (72,1% contre 58,1%). Le gut feeling comparé aux scores incite le médecin à prendre en compte tous les signes, symptômes et facteurs de risques des patients suspectés d'EP. (18) De plus, face à une incertitude, les médecins généralistes auront tendance à référer où à initier d'eux même une prise en charge selon l'attitude du patient pour confirmer ou infirmer leurs craintes. De leur côté les urgentistes utilisent de façon algorithmique un des scores diagnostic de l'EP (souvent le score de Wells) avant de se lancer dans la réalisation d'examens complémentaires. La valeur

obtenue va les orienter vers le dosage de d-Dimères ou d'emblée la réalisation d'un angioscanner. (19) Un autre score, appelé score de PERC (Annexe 4) est récemment utilisé en médecine d'urgence. Cet outil est un score d'exclusion de l'EP. Il permet, si les huit critères sont négatifs, d'exclure le diagnostic d'EP sans réalisation d'investigation supplémentaire (dont les D-Dimères). Ce score, lorsqu'il est associé à une probabilité clinique faible d'EP, a une sensibilité proche de 100% et un taux de faux négatifs (FN) égal ou inférieur à 1% et ce dénomme alors PERCEPIC. (13) Ce score n'est actuellement pas validé en dehors des urgences. Son utilisation en médecine générale pourrait permettre de diminuer le dosage des d-Dimères lors d'une suspicion clinique faible d'EP. Il pourrait également aider le médecin généraliste à réorienter son diagnostic différentiel lors d'un score PERCEPIC négatif et un sentiment d'alarme persistant.

Malgré l'utilisation algorithmique des scores, les médecins urgentistes confient qu'ils s'autorisent à garder un patient en observation quand « ils ne le sentent pas », bien que ce patient ait des paramètres dans les normes, que la biologie soit blanche ou que le score diagnostic de l'EP soit faible. Il en est de même pour les médecins généralistes qui ressentent lors d'une consultation une impression de quelque chose « qui cloche » chez le patient. Cette « sensation tripale » que quelque chose ne va pas chez le patient a été nommée « gut feeling » par une équipe Néerlandophone. (9) Ce concept est maintenant reconnu comme un phénomène familier dans la pratique de médecine générale dans toute l'Europe. (20)

Le Docteur Erik Stolper et son équipe ont par l'intermédiaire d'un consensus, permis de distinguer deux composants de ce GF. Le premier est un « sentiment de réassurance » et le deuxième un « sentiment d'alarme ». (8) La validation française du consensus définit la sensation de réassurance comme une impression de sécurité perçue par le médecin sur la prise en charge et l'évolution ultérieures du problème du patient alors qu'il n'était pas forcément certain du diagnostic : « tout colle ». La sensation d'alarme était, elle, caractérisée comme un malaise perçu par le médecin. Il s'inquiétait d'une issue possiblement défavorable pour le patient alors qu'il n'avait pas d'éléments objectifs pour cela : « il y a quelque chose qui cloche ». La sensation d'alarme le poussait à mettre en œuvre une procédure diagnostique et une prise en charge particulière afin de prévenir la survenue de problèmes de santé graves chez le patient. (10) Lors des entretiens, bien que je ne sois pas arrivée à saturation des données, tous les médecins (généralistes comme urgentistes) ont relaté que le GF intervenait

à plus de 50% dans leur processus réflexif. Le docteur Stolper explique que lors d'un processus de démarche clinique, le médecin généraliste va inclure un raisonnement analytique, un raisonnement non analytique et une part d'intuition. (21) Ce processus est appelé théorie du continuum (annexe 5). La pensée analytique est présente pour générer et tester délibérément des hypothèses de diagnostic, dans un raisonnement causal avec des connaissances biomédicales et dans l'utilisation d'outils de décision. Le système non analytique est implicite, basé sur des processus de pensées automatiques et sans effort, et est associatif, intuitif et rapide. Ces deux processus agissent en synergie pour déterminer notre pensée. Le docteur Stolper ajoute que les émotions peuvent s'intégrer dans le processus de prise de décision. Un sentiment de « bien » ou de « mal » peut être déclenché par une interprétation inconsciente de l'information dans l'environnement et s'accompagne souvent de sensations corporelles et de changements physiques. Le sentiment d'alarme présente un intérêt particulier pour les émotions suscitées par des stimuli tels que des signes et des symptômes qui ne correspondent pas à un schéma familial de maladie ou de patient. (21) Le recours à de tels sentiments est caractérisé comme l'effet heuristique, c'est-à-dire un raccourci mental précédant une pensée analytique délibérée qui aide les personnes à naviguer de manière généralement efficace dans des situations complexes, incertaines et parfois dangereuses. (21)

Ce phénomène de pensée est bien illustré par les médecins interviewés. Ils décrivent que c'est généralement une sensation qui « cloche » qui va les faire rentrer dans le processus conscient d'un raisonnement analytique. Le sentiment d'alarme a agi comme un mécanisme de rétroaction, permettant de remettre en question une décision éventuellement erronée à un stade très précoce du processus de diagnostic. (1) On peut se demander ce qui déclenche ce sentiment d'alarme. Certains médecins rapportent la modification du comportement du patient. L'anamnèse, l'examen clinique et le patient entrent en jeu pour l'élaboration de ce GF. Ils révèlent également ressentir un sentiment d'inconfort au cours de la consultation. L'expérience d'avoir déjà posé le diagnostic d'EP a également été mentionné. Certains médecins révèlent que le fait d'avoir pensé à l'EP aide à intégrer ce diagnostic dans son raisonnement clinique. A contrario, d'autres médecins témoignent que la symptomatologie et le contexte d'apparition de l'EP sont trop diversifiés pour orienter la suggestion du diagnostic d'EP et que l'expérience n'est donc pas d'une grande aide. . Enfin, le fait d'avoir déjà raté un diagnostic d'EP peut influencer le médecin à évoquer le diagnostic plus souvent pour ne plus passer à côté. Le Docteur Stolper et son équipe ont essayé de définir plusieurs déterminants

du gut feeling (annexe 6). Il en ressort les sensations éprouvées par le médecin (sympathie ou histoires déjà vécues avec le patient), la connaissance contextuelle, la formation médicale (transmission de la capacité à écouter son ressenti), l'expérience et la personnalité (capacité à gérer l'incertitude et à écouter ses émotions). Le sexe du médecin ne semble pas rentrer en jeu. (9) Malgré ces conclusions, c'est le plus souvent une impossibilité à mettre des mots sur le ressenti et son origine qui ressort des entretiens.

Comme supposé initialement, les médecins généralistes intègrent le gut feeling dans l'évocation du diagnostic d'EP. Celui-ci est d'ailleurs parfois l'élément déclencheur du raisonnement clinique intégrant l'EP dans le diagnostic différentiel du médecin généraliste. La totalité des médecins généralistes font confiance à leur sens d'alarme à plus de 50%. Il ressort des entretiens des médecins généralistes que l'apport du GF est plus important que l'utilisation de score. Ces derniers ne sont d'ailleurs pas ou peu employés. Les éléments déclencheurs du GF restent cependant incomplets. L'expérience, la personnalité du médecin, le changement de comportement et la connaissance du patient entrent en jeu. Ce dernier n'est pas le seul paramètre provoquant ce ressenti. Les urgentistes manifestent également un sens d'alarme face à des patients bien qu'ils ne les connaissent pas dans leur état de base. Celui-ci provient de l'interaction médecin-patient construit au cours de la consultation. Ce GF peut être transmis pour justifier de garder un patient en observation. Il se peut que le GF soit un élément à prendre en compte quel que soit la pathologie évoquée (pathologie urgente tel que les coronaropathies, sepsis...) et le lien médecin-patient préexistant (absence de connaissance du patient).

La réalisation des entretiens puis l'interprétation des résultats doivent être nuancés par les limites et biais présentés ci-dessous.

3. Limites et biais

Pour commencer, les entretiens ont été réalisés dans le contexte de la pandémie liée à la Covid. Cette dernière a imposé l'utilisation d'échanges vidéo. Le gut feeling étant décrit comme un sentiment, il était pour moi plus difficile d'apprécier derrière un écran les émotions décrites par le médecin. L'expression faciale, le timbre de voix, la gestuelle rentrant en compte dans la description d'un ressenti, ces éléments étaient amoindris derrière l'écran. Le contexte Covid a aussi modifié mes critères d'inclusions et d'exclusions. L'affection Covid-19 étant pro-coagulante elle peut avoir incité les médecins à intégrer plus rapidement le diagnostic d'embolie pulmonaire dans les diagnostics différentiels des atteintes respiratoires et modifiait l'algorithme de prise en charge de la suspicion d'EP. J'ai choisi de ne pas intégrer les EP diagnostiquées dans le cadre d'une suspicion de Covid.

Ensuite, j'ai réalisé mes interviews en contactant initialement des médecins généralistes faisant partis de la liste des maitres de stage de l'UCL (Université Catholique de Louvain). 8 des médecins généralistes interrogés sont formateurs et doivent donc répondre à des critères de pratique EBM pour l'encadrement de la pratique. De plus, tous les médecins généralistes interrogés ont étudié à l'UCL et ont donc reçu la même formation médicale. Bien que les médecins doivent être formés de façon similaire à la sortie de l'université, l'échantillon choisi n'est pas complètement révélateur de la diversité de pratique en médecine générale.

De plus, les médecins généralistes ayant répondu à mon invitation étaient tous intéressés par le sujet de l'embolie pulmonaire et curieux de découvrir le gut feeling. Ils sont donc peut-être plus sensibles que d'autres aux symptômes évocateurs de cette pathologie.

Toujours pour nuancer les résultats, les médecins ont diagnostiqué l'embolie pulmonaire dans les 6 mois précédents mon interview. Ce laps de temps, bien que court, laisse la possibilité de déformer le vécu de la consultation et donc son interprétation. Une étude prospective avec utilisation du GFQ (annexe 1) serait plus objective. Malgré cela, la méthodologie qualitative avec entretiens semi dirigés m'a permis de mettre en évidence la prise en charge réelle des médecins généralistes face au diagnostic d'EP.

La diversité de présentation des diagnostics d'EP permet difficilement d'arriver à saturation des données. Cependant, l'investissement des médecins au cours des interviews m'a permis de découvrir d'autres situations où ils avaient diagnostiqué une EP. Le choix

d'entretien individuel prend tout son sens avec cette constatation. Chaque médecin s'est senti libre de s'exprimer sur leur vécu personnel de diagnostic d'EP.

Pour finir, même s'il existe déjà une étude ayant révélé l'importance du gut feeling lors d'une consultation pour dyspnée et/ou douleur thoracique intitulée *Accuracy of the general practitioner's sense of alarm when confronted with dyspnoea and/or chest pain: A prospective observational study* (12), elle ne compare pas la pratique de la médecine générale à celle des urgentistes. J'aurai souhaité interroger plus d'urgentistes pour établir une réelle comparaison entre la pratique des urgences et celle de la médecine générale en ayant deux groupes d'un nombre similaire de médecin interrogé.

Je ne pense pas avoir de conflit d'intérêt dans la réalisation de ce travail ayant choisi ma thématique à la suite d'une situation vécue lors de mon assistantat. Mon sujet n'a été promu par aucun médecin ou firme pharmaceutique.

IX. Conclusion

A l'issue de ce travail, nous avons appréhendé les éléments déclencheurs d'un diagnostic d'EP. Les médecins généralistes vont tout d'abord être alertés par un changement de comportement de leur patient. Ensuite, l'évocation d'une dyspnée d'apparition brutale et/ou d'une douleur thoracique est parfois évocatrice. Par ailleurs, une modification des paramètres du patient peut éveiller l'attention du médecin avec la présence d'une tachycardie et/ou d'une désaturation. C'est généralement un examen clinique normal face à une plainte inhabituelle ou une modification des éléments paracliniques qui vont orienter le médecin dans un processus de raisonnement analytique. Il reconnaît que la connaissance de son patient influence l'importance de son gut feeling. À côté de ces éléments objectifs, le praticien décrit l'apparition d'un sens d'alarme qui va l'orienter dans son besoin d'investigation. C'est ainsi que le médecin généraliste va plus se fier à son gut feeling qu'au résultat de scores lors d'un diagnostic d'EP. Cet élément diffère en médecine d'urgence. L'urgentiste va souvent réaliser un score avant d'approfondir les examens complémentaires. Cependant, l'un comme l'autre décrit qu'un sentiment d'alarme inexpliqué par des résultats d'examen poussera toujours le médecin à poursuivre son investigation.

Cette étude amène à plusieurs investigations. La première serait l'utilisation du score de PERC en médecine générale pour essayer de diminuer la réalisation d'examens complémentaires si ce dernier est négatif.

Concernant le gut feeling, je me questionne sur plusieurs implications en médecine générale. Tout d'abord, le gut feeling mis en évidence lors d'un diagnostic d'EP pourrait également être présent lors du diagnostic d'autres pathologies à présentation atypique tel que les grossesses extra-utérines.

Il serait également intéressant d'étudier de façon prospective les diagnostics retenus par les médecins généralistes lorsqu'un sens d'alarme est objectivé en consultation avec le GFQ.

Ensuite, la connaissance du patient entrant néanmoins en jeu dans l'apparition du gut feeling, je trouverais intéressant d'étudier l'intégration du gut feeling dans les transmissions pluri-disciplinaires face à un patient en maison de repos.

En effet, un stage au Canada m'a permis de découvrir que l'échange assistant-maitre de stage inclut, en plus du questionnement sur l'anamnèse et l'examen clinique du patient, la

part subjective de l'appréciation de l'état du patient. Cette approche répond à la question « Comment trouves-tu le patient ? ». Cette notion oriente le maître de stage sur la nécessité d'intervention rapide ou non d'une supervision. L'incertitude est un élément prépondérant en médecine générale. Il pourrait être opportun d'apprendre aux assistants à écouter leur ressenti et à l'intégrer dans le raisonnement clinique. Dans la réflexion clinique proposée par la méthodologie SOAP (Subjectif – Objectif – Analyse – Plan), les médecins ont tendance à prendre en compte de façon plus importante la valeur objective par rapport à la subjective. L'acronyme SOAP sert de plan dans la description de la situation et de la prise en charge d'un patient. La partie subjective contient des informations sur les sentiments du patient comme ses symptômes, l'évolution de ces derniers au fil du temps mais également, pour des patients hospitalisés, la façon dont les infirmières trouvent que le patient se porte. (22) Ne faudrait-il pas intégrer de façon plus systématique cette part de subjectivité que nous livre le patient dans notre dossier ? On peut aussi se demander s'il y-aurait une transmission et un apprentissage possible du gut feeling par l'échange maître de stage – assistant dans des situations où nous avons suivi notre gestalt.

X. Bibliographie

1. Barais M, Morio N, Cuzon Breton A, Barraine P, Calvez A, Stolper E, et al. « I can't find anything wrong: It must be a pulmonary embolism »: Diagnosing suspected pulmonary embolism in primary care, a qualitative study. PLoS One. 2014;9(5):1-8.
2. Silverstein MD, Heit JA, Mohr DN, Petterson TM, O'Fallon WM, Melton LJ. Trends in the incidence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism: A 25-year population-based study. Arch Intern Med. 1998;158(6):585-93.
3. Lucassen W, Geersing G, Erkens PMG, Reitsma JB, Moons KGM, Bu H, et al. Review Annals of Internal Medicine Clinical Decision Rules for Excluding Pulmonary Embolism : 2017;
4. Kline JA. Diagnosis and Exclusion of Pulmonary Embolism. Thromb Res [Internet]. 2017;163:207-20. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2017.06.002>
5. Junod A. Les scores diagnostiques pour l'embolie pulmonaire et les scores d'exclusion de l'embolie pulmonaire. Rev Med Suisse. 2015;11(476):1204-9.
6. Righini M, Robert-Ebadi H, Le Gal G. Diagnosis of pulmonary embolism. Rev Med Interne [Internet]. 2019;40(7):440-4. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2019.01.004>
7. Hendriksen JMT, Geersing GJ, Lucassen WAM, Erkens PMG, Stoffers HEJH, Van Weert HCPM, et al. Diagnostic prediction models for suspected pulmonary embolism: Systematic review and independent external validation in primary care. BMJ. 2015;351.
8. Stolper E, Van Royen P, Van De Wiel M, Van Bokhoven M, Houben P, Van Der Weijden T, et al. Consensus on gut feelings in general practice. BMC Fam Pract. 2009;10:4-9.
9. Stolper E, Van Bokhoven M, Houben P, Van Royen P, Van De Wiel M, Van Der Weijden T, et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice A focus group study of the concept and its determinants. BMC Fam Pract. 2009;10:1-9.
10. Coppens M, Barraine P, Barais M, Nabbe P, Berkhout C, Stolper E, et al. L' intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « gut feelings ». Exercer. 2011;22(95):16-20.
11. Chabot PJM. Le raisonnement et la decision en medecine: La medecine fondée sur les preuves. Rev du Prat. 2009;59(4):573-8.
12. Barais M, Fossard E, Dany A, Montier T, Stolper E, Van Royen P. Accuracy of the general

- practitioner's sense of alarm when confronted with dyspnoea and/or chest pain: A prospective observational study. *BMJ Open*. 2020;10(2):1-7.
13. Penaloza A, Soulié C, Moumneh T, Delmez Q, Ghuysen A, El Kouri D, et al. Pulmonary embolism rule-out criteria (PERC) rule in European patients with low implicit clinical probability (PERCEPIC): a multicentre, prospective, observational study. *Lancet Haematol*. 2017;4(12):e615-21.
 14. Reamy B V, Williams PM, Odom MR, Services U. Pleuritic Chest Pain: Sorting Through the Differential Diagnosis. *Am Fam Physician*. 2017;Volume 96(5)::306-312.
 15. Motte S. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l' embolie pulmonaire
Diagnosis and treatment of pulmonary embolism. 2006;
 16. Robert S. Porter JLK. Section 5 : Troubles pulmonaire Chapitre 54 : Embolie pulmonaire. In: LES EDITIONS DE MEDECINE, éditeur. *Le Manuel MERCK*. 5 ème Edit. 2014. p. 534-49.
 17. Van Den Bruel A, Thompson M, Buntinx F, Mant D. Clinicians' gut feeling about serious infections in children: Observational study. *BMJ*. 2012;345(7876):1-9.
 18. Penaloza A, Verschuren F, Meyer G, Quentin-Georget S, Soulie C, Thys F, et al. Comparison of the unstructured clinician gestalt, the wells score, and the revised Geneva score to estimate pretest probability for suspected pulmonary embolism. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2013;62(2):117-124.e2. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.11.002>
 19. Cagnina A., Michaux S. et al. Recommandations Européennes concernant le diagnostic de l' embolie pulmonaire. *Rev Med Liege*. 2021;76(3):208-15.
 20. Stolper E, Van Royen P, Dinant GJ. The « sense of alarm » ('gut feeling') in clinical practice. A survey among European general practitioners on recognition and expression. *Eur J Gen Pract*. 2010;16(2):72-4.
 21. Stolper E, Van De Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van Der Weijden T, Dinant GJ. Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. *J Gen Intern Med*. 2011;26(2):197-203.
 22. <https://www.netinbag.com/fr/medicine/what-is-the-soap-note.html>.

XI. Annexe

Annexe 1 : Questionnaire GFQ (GFs Questionnaire)

Nom du médecin :

N° de téléphone du médecin :

Date de la consultation :

3 premières lettres du Nom et Prénom du patient :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Sans opinion	D'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	--------------	--------------	----------	----------------------

1. J'ai confiance dans la prise en charge que je propose et / ou dans ses résultats attendus : tout est cohérent. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
2. Je suis préoccupé(e) par l'état de santé de ce patient : quelque chose ne va pas. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
3. Pour ce cas précis, je vais formuler des hypothèses de pathologies potentiellement graves que je confronterai les unes aux autres. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
4. Je suis gêné (e) parce que je redoute de possibles conséquences graves pour ce patient. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
5. Ce cas nécessite une prise en charge spécifique afin d'éviter d'autres problèmes de santé graves pour le patient. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
6. Quel plan d'action avez-vous choisi (une seule réponse possible). J'ai décidé :
 - ☐ D'attendre, de temporiser.
 - ☐ De ne pas prendre de décision pour le moment et de proposer au patient un rendez-vous de suivi au cabinet ou par téléphone.
 - ☐ De programmer des examens complémentaires (analyses au laboratoire, radiographies, etc...).
 - ☐ De programmer des examens complémentaires et de mettre sans attendre le patient sous traitement (médicamenteux ou autre).
 - ☐ De démarrer un traitement sans organiser de suivi.
 - ☐ De démarrer un traitement et de proposer au patient un rendez-vous de suivi, au cabinet ou par téléphone.
 - ☐ D'adresser le patient vers un spécialiste en urgences ou non.
7. L'état de santé de ce patient impose une visite de surveillance plus tôt que prévu, ou que le patient soit dirigé plus tôt que prévu vers un spécialiste.
☐ Oui ☐ Non
8. A. Quel est selon vous le diagnostic le plus probable ? (une seule réponse possible)
 - Pour moi le diagnostic le plus probable est
 - Je ne suis pas en mesure de me prononcer pour le moment.B. Quel diagnostic va déterminer votre prise en charge?
.....
9. Quel degré de certitude accordez-vous au diagnostic inscrit pour la réponse 8B ?
Je suis sûr(e) à%
10. Décrivez votre ressenti à la fin de la consultation :
 - ☐ Il y a quelque chose qui cloche
 - ☐ Tout se tient
 - ☐ Je n'ai pas d'avis ou ce n'est pas applicable à cette situation

Annexe 2 : Guide d'entretien

- 1) Pouvez-vous me parler de la dernière consultation où votre suspicion d'EP s'est révélée être le bon diagnostic ?

EP :

- 2) Quels sont les éléments qui vous ont aidé dans le diagnostic / la suspicion de l'EP ?
 - Quels sont les éléments anamnestiques qui ont joué un rôle ?
 - Quels sont les éléments cliniques qui sont intervenus ?
 - Quels sont les examens utilisés (ECG (signes à l'ECG) / biologie – quoi cocher) ?
 - Connaissiez-vous les antécédents du patient ?
 - Connaissiez-vous les éléments diagnostic de l'EP qui ont orienté votre anamnèse ?
- 3) Quels outils de diagnostic de l'EP ?
 - Pourquoi cet outil ou pourquoi ce score ?
 - Pourquoi pas de score ?
 - Si le score, en seriez-vous restez là dans les investigations du diagnostic ?
(Sensibilité / spécificité / valeur prédictive positive des scores à expliquer dans l'introduction)
(Pertinence des D-Dimères / score de Genève / score de Genève modifié / Pourquoi modifié (valeur attribuée au score) / score de Wells)
 - Utilisez-vous le score de PERC ? Recommanderiez-vous son utilisation en médecine générale ?
(Question ajoutée après mon entretien avec l'urgentiste 2)

GF :

- 1) Depuis combien de temps suivez-vous votre patient ?
 - Dans votre diagnostic avez-vous intégré les ATCD familiaux et personnels de votre patient ?
 - Ses habitudes (tabac – alcool – sport – alimentation équilibré – stress) ?
- 2) Au-delà des éléments « objectifs », y-a-il quelque chose qui vous a interpellé / alerté dans cette consultation ?
 - Comment présentiez-vous le patient ?
 - Quel a été votre ressenti vous devant le patient ?
 - Quelles émotions avez-vous eu devant votre patient
- 3) Sur base de quoi avez-vous ressenti cette inquiétude ?
 - Quels sont les signes qui vous inquiétaient ?
 - Quels ont été les éléments déclencheurs de cette émotion
- 4) Avez-vous eu précédemment une expérience de diagnostic d'EP qui vous a guidé dans le diagnostic de cette dernière ?
 - Y-a-il quelque chose de reproductible chez d'autres patients qui vous a orienté dans le diagnostic de l'EP ?

Lien entre les deux :

- 1) Quelle place accordez-vous à ce sens d'alarme dans la suspicion de diagnostic d'EP ?
 - Qu'est-ce qui vous permet de vous rassurer face à une suspicion d'EP ?
- 2) Sur une échelle de 1 à 10, estimez la part de subjectivité de votre diagnostic

Annexe 3 : Score de Wells (5)

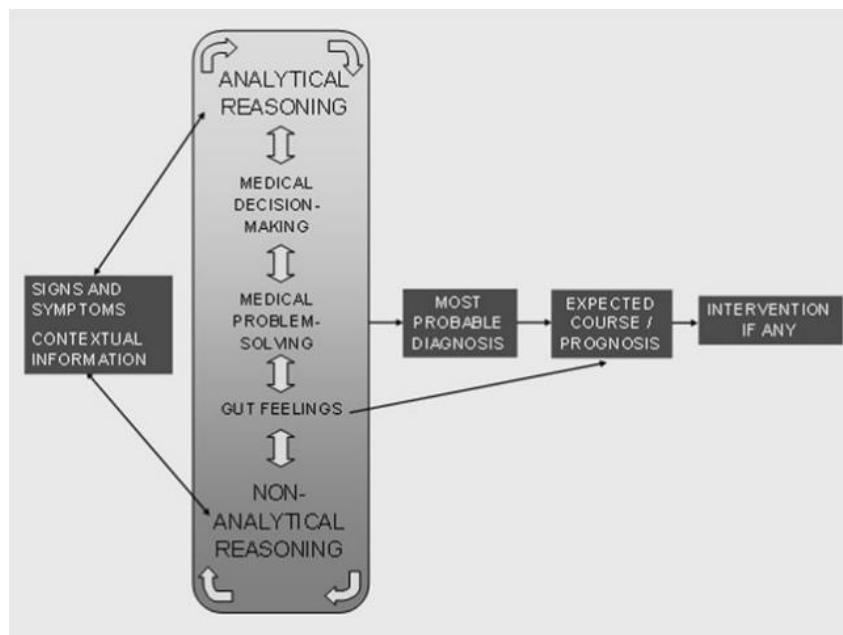
	Score de Wells simplifié	Score de Genève révisé simplifié
Facteurs de risque		
Age > 65 ans		1
TVP ou embolie pulmonaire antérieure	1	1
Chirurgie (sous anesthésie générale) ou fracture membre inférieur dans le mois ou immobilisation	1	1
Affection maligne, solide ou hématologique active ou guérie il y a < 6-12 mois	1	1
Symptômes		
Hémoptysie	1	1
Douleur unilatérale du membre inférieur		1
Signes cliniques		
Douleur à la palpation veineuse profonde du membre inférieur et œdème unilatéral	1	1
Rythme cardiaque/min 75-94/min/≥ 95/min		1/2
Rythme cardiaque/min > 100/min	1	
Jugement clinique		
Diagnostic alternatif moins probable que celui d'embolie pulmonaire	1	
Total	7	9
Probabilité clinique	0-1 point improbable	0-2 points improbable
Et si D-dimères < 500 ng/ml	Probabilité EP < 1%	Probabilité EP < 1%

Annexe 4 : Score de PERC (5)

Liste des éléments intervenant dans la détermination d'un très faible risque d'embolie pulmonaire lorsqu'ils sont tous négatifs (règle PERC, Kline et coll., 2004)

Age en années > 49 ans	0-1
Fréquence cardiaque > 99 battements / minute	0-1
Saturation O2 < 95% à l'air ambiant	0-1
Histoire actuelle d'hémoptysies	0-1
Prise d'œstrogènes exogènes	0-1
Diagnostic antérieur de maladie veineuse thrombo-embolique	0-1
Chirurgie récente ou traumatisme	0-1
Enflure unilatérale de la jambe	0-1

Annexe 5 : Knowledge-based model of GPs' diagnostic reasoning (21)



Annexe 6 : Déterminants du gut feeling (9)

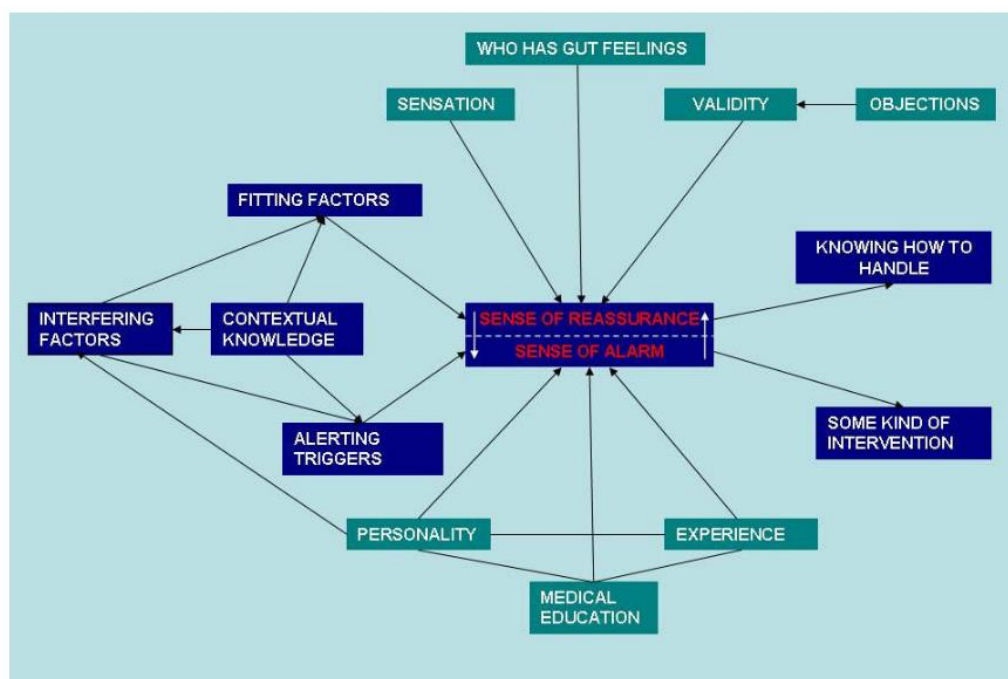


Figure 1
determinants of gut feelings in general practice.

Annexe 7 : Retranscription des entretiens

Voir document annexe

Médecin 1

Moi : Mon thème c'est la part du gut feeling dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire et...

Médecin 1 : Ouais

Moi : D'abord, est-ce que vous pouvez m'expliquer spontanément, comme ça, comment s'est passée la dernière consultation euh au cours de laquelle la suspicion de l'embolie pulmonaire s'est avérée être le bon diagnostic ?

Médecin 1 : Ah ! C'est difficile à répondre. C'est-à-dire que, euh, d'abord parce que je n'ai pas en tête une consultation particulière. En fait je te disais la dernière consultation je n'ai pas ça en tête, mais bon le diagnostic d'embolie pulmonaire c'est un diagnostic que l'on doit retenir en tout cas comme possibilité dès qu'un patient présente des plaintes euh d'ordre respiratoire, d'ordre rythmique, donc une tachycardie sans température. Euh, chez un patient ; bien entendu les patients à risque c'est plus facile à y songer maintenant il y a des jeunes patientes, enfin des jeunes patients, des jeunes d'une quarantaine d'années chez qui on peut suspecter des embolies pulmonaires sur simple plainte de légère dyspnée ou de tachycardie.

Moi : Mais vous votre dernier diagnostic d'embolie pulmonaire il date d'il y a combien de temps alors ?

Médecin 1 : Euh Peut-être trois semaines.

Moi : D'accord. Et si on se base uniquement sur cette dernière consultation par exemple, Euh, qu'est-ce qui vous a aidé dans le diagnostic ou dans la suspicion de l'embolie pulmonaire chez cette patiente ou ce patient ?

Médecin 1 : Qu'est-ce qui m'a permis de faire le diagnostic tu veux dire ?

Moi : Oui. Les, d'abord les éléments anamnestiques qui ont joué un rôle dans le diagnostic ?

Médecin 1 : Bah, disons que dans l'anamnèse, bon les diagnostics évidents donc c'est le patient à haut risque, euh âgé, qui a euh, ou des personnes moins âgées, mais qui ont une thrombophilie élevée il faut y songer. Des gens qui ont des varices avec, ou bien qui viennent de faire une thrombophlébite ou un truc comme ça c'est clair qu'il faut absolument y songer. Mais je parle de l'embolie pulmonaire où le diagnostic est moins évident dans le sens où ces

gens n'ont pas de signes d'appel, il n'y a pas de thrombophlébite, il n'y a pas de dilatation veineuse quelle qu'elle soit, et donc les gens viennent en général se plaindre en disant je ne me sens pas bien. Mais bon, le terme je ne me sens pas bien ça ne veut rien dire évidemment. Donc il faut un peu fouiller. Ce qui attire souvent mon attention dans les embolies pulmonaires c'est évidemment la légère dyspnée chez un patient qui n'est pas BPCO, bien entendu associé à une tachycardie par exemple. Un non-fumeur qui a un rythme cardiaque à 90 et qui se plaint d'une légère dyspnée je suspecte l'embolie pulmonaire. Et donc là il faut évidemment faire des examens. Ce n'est pas à l'auscultation, c'est généralement assez pauvre, on a généralement peu de signes auscultatoires. Celui qui dit qu'il entend une embolie pulmonaire soit le patient est en train de mourir parce que c'est massif, soit euh il a inventé car ce n'est pas possible. Enfin personnellement, de mon expérience, par l'auscultation ce n'est pas possible.

Moi : Et euh par exemple lors de cette dernière consultation c'était quelqu'un qui avait des signes cliniques évidents ou bien c'était une jeune personne comme vous dites ?

Médecin 1 : Non

Moi : Non fumeuse

Médecin 1 : Non Gut non ce n'est pas évident. C'est un diagnostic qui n'est pas évident parce que d'abord il est sous diagnostiqué déjà, hein donc, très nettement sous diagnostiqué l'embolie pulmonaire, parce que, parce que, les médecins n'y pensent pas suffisamment.

Moi : Mmmmm

Médecin 1 : Les médecins n'y pensent pas suffisamment, donc il faut y penser dès l'instant comme je dis où le patient ne se sent pas bien. Le patient, pfff, le patient a une légère dyspnée, ou une tachycardie qui n'est pas expliquée par autre chose. Euh faut éviter d'envoyer la tachycardie sur le stress ou des choses pareilles, surtout actuellement, dans la période qu'on vit actuellement, il y a beaucoup de gens qui sont un peu stressés. Donc il faut absolument faire des examens biologiques et évidemment scanner.

Moi : Mais en fait moi ce qui m'intéresse vraiment c'est comment on arrive à penser à ce diagnostic-là. Mais du coup, est-ce que vous accepteriez de me raconter cette dernière consultation par exemple. Un peu, la patiente ou le patient, comment il est arrivé chez vous et quels sont un peu ses antécédents, son âge, et en fait comment s'est déroulée votre dernière consultation, le patient est venu avec quelle plainte ? Est-ce que vous savez faire un peu un récit ?

Médecin 1 : Ça il va falloir que je fouille, d'abord parce que je suis en vacances et je n'ai pas mes dossiers avec moi, mais ça je peux regarder, je peux te répondre dans quelques jours, donc euh, je vais regarder. C'était une dame, alors, c'est une dame de, elle doit avoir quel âge, une petite cinquantaine d'années si je ne me trompe. Mais bon c'est de mémoire il faut que j'aille revérifier.

Moi : Mais moi c'est juste la mémoire qui m'intéresse ce n'est pas le précis, c'est juste ce que vous avez ressenti.

Médecin 1 : Bah, personnellement j'essaie de ne pas oublier d'y penser à ce diagnostic sachant que c'est un diagnostic qui est posé insuffisamment, qu'il y a beaucoup d'Embolies pulmonaires qui passent inaperçues, donc euh, et parfois on le découvre vraiment par hasard. On demande un scanner pulmonaire pour une dyspnée, que ce soit chez un BPCO ou quelqu'un qui n'est pas BPCO, mais qui a des antécédents euh pulmonaire. Et parfois on tombe sur une embolie. Mais le diagnostic d'Embolie pulmonaire, la suspicion clinique de l'Embolie je pense qu'il faut y penser dès l'instant que les gens ont une dyspnée qu'on ne peut pas expliquer.

Moi : donc cette dame

Médecin 1 : bah légère

Moi : Cette dame de 50 ans elle est venue chez vous avec quelle plainte du coup ?

Médecin 1 : Bah parce qu'elle se sentait fatiguée, qu'elle avait du mal à respirer, elle n'était pas asthmatique, elle n'était pas asthmatique, elle n'avait pas d'antécédents particuliers, elle n'a pas d'antécédent de pathologie des membres inférieurs, et euh, en fait chez elle, si j'ai bonne mémoire, j'avais été attiré, parce qu'en l'interrogeant j'ai quand même regardé ses jambes et elle m'a dit que ça faisait quand même 15 jours qu'elle avait mal au niveau du mollet.

Moi : Mmm Mmm d'accord.

Médecin 1 : Oui là

Moi : Donc l'élément clinique chez vous qui est intervenu c'était plutôt une douleur dans le mollet ?

Médecin 1 : Oui chez elle parce que j'ai d'abord pensé à l'embolie pulmonaire et puis je me suis dit que je vais quand même regarder ses jambes et c'est là, parce qu'elle n'avait pas fait le rapprochement évidemment.

Moi : mmm

Médecin 1 : Mais, c'est en regardant ses jambes et en allant voir ses jambes qu'elle me dit, mais oui à ce propos j'ai effectivement mal au mollet depuis un certain temps. J'avais fait faire un écho Doppler effectivement et il y avait des signes de thrombophlébite avec caillot flottant.

Moi : Mmm

Médecin 1 : Et donc euh, j'ai demandé le scanner et les D-Dimères pour la biologie.

Moi : D'accord. Et au niveau clinique, au niveau respiratoire, elle n'avait pas nécessairement de dyspnée ou de désaturation ?

Médecin 1 : elle avait une fatigue, elle avait une dyspnée d'effort, donc elle n'avait pas une dyspnée de repos, mais dès qu'elle marchait un peu trop vite elle se plaignait « ah je suis anormalement fatiguée et euh j'ai du mal à respirer. » Elle montait les escaliers à la maison, elle a une maison avec des escaliers et quand elle arrive en haut elle dit qu'elle est complètement essoufflée.

Moi : Et est-ce que vous avez utilisé un score pour euh, poser ce diagnostic d'embolie pulmonaire ? Ou un outil ?

Médecin 1 : Non

Moi : non, d'accord

Médecin 1 : non

Moi : Et...

Médecin 1 : Mon feeling

Moi : Votre feeling ?

Médecin 1 : Uniquement

Moi : D'accord

Médecin 1 : oui

Moi : Est-ce que vous utilisez parfois les scores pour, quand vous avez eu des suspicions...

Médecin 1 : Pour l'Embolie pulmonaire ? Non

Moi : Oui. Et pourquoi ou pourquoi pas ?

Médecin 1 : Parce que, parce que je n'ai pas l'habitude de le faire, et c'est probablement un tort. Je veux bien essayer, mais je ne connais même pas le score qu'on utilise donc euh.

Moi : Les scores de Wells ou le score de Genève

Médecin 1 : Non. Je sais que dans le score de Genève ils utilisent des scores pour les, les niveaux de D-Dimères. Ça oui, mais ça, je pense que c'est eux qui ont dit que la limite des D-Dimères. Parce que les D-Dimères augmentent avec l'âge.

Moi : oui

Médecin 1 : Donc si on a des D-Dimères à 600 et qu'on a 80 ans ce n'est pas une embolie pulmonaire donc euh c'est un peu normal. Je pense que c'est eux qui ont dit qu'il faut faire l'âge multiplié par 10 à partir de 50 ans si j'ai bonne mémoire.

Moi : Tout à fait.

Médecin 1 : Pour avoir la limite des D-Dimères. Mais bon, je n'ai pas...

Moi : De score

Médecin 1 : Je n'ai pas, je ne connais pas les scores que j'utilise honnêtement.

Moi : Et donc chez cette patiente vous avez fait les D-Dimères et l'écho Doppler en parallèle finalement. Vous n'avez pas d'abord fait les D-Dimères et donc, les D-Dimères positifs fait l'échodoppler ?

Médecin 1 : Non non non non, je fais en général, enfin, dans ce type de pathologie en général j'ai demandé chez elle l'écho doppler et je lui ai prélevé du sang le lendemain. Parce que quand je fais une prise de sang tant qu'à faire je fais un complet. Donc j'ai dû faire ça en même temps.

Moi : Mmmm

Médecin 1 : Et quand les D-dimères sont revenus positifs ou l'écho Doppler était positif j'ai demandé le scanner.

Moi : Le scanner. Donc vous dans votre diagnostic vous intégrez toujours les antécédents familiaux et personnels du patient. Et ses habitudes...

Médecin 1 : Bah oui parce qu'il y a des gens qui ont des thrombophilies élevées et en générales c'est d'origine familiale. J'en tiens compte. J'ai notamment une dame qui a failli mourir en revenant du sud-ouest de la France, du côté d'Orléans, elle était en voiture et la voiture s'est couchée sur le côté parce qu'elle avait fait une Embolie pulmonaire massive alors qu'elle n'avait pas d'antécédents personnels, mais sa mère a des thrombophilies très élevées.

Moi : Mmm et est-ce que parfois au-delà des éléments objectifs comme vous disiez, par exemple la tachycardie ou par exemple la thrombophilie élevée, est-ce qu'il y a parfois quelque chose d'autre qui vous interpelle chez les patients ?

Médecin 1 : Chez les patients qui ont une embolie pulmonaire ?

Moi : Oui

Médecin 1 : Euh comme ça non, pas spécialement,

Moi : Il n'y a pas quelque chose auquel vous pensez qui pourrait aider à poser le diagnostic, autre que... parce qu'en fait j'ai l'impression qu'en médecine générale, euh, on voit les

patients parfois à un stade plus précoce finalement qu'à l'hôpital et du coup je me demande s'il n'y a pas quelque chose d'autre auquel on pourrait faire attention euh quand on voit les patients et qu'on suspecte une embolie pulmonaire ?

Médecin 1 : Très honnêtement non, si ce n'est, s'il y a des antécédents familiaux ou des antécédents personnels évidents comme des récidives de thrombophlébite ou thrombose veineuse profonde. Clairement si on n'y pense pas à ce moment-là on n'y pensera jamais. Mais il peut y avoir, malheureusement dans mon expérience, c'est ce que j'ai eu, c'est beaucoup, ces patients n'ont ni antécédents personnels, ni antécédents familiaux. Et c'est ce qui rend difficile ce diagnostic parce qu'il faut y songer, et euh, je dirai un petit peu que c'est le feeling. Je n'ai pas de signes, euh, anamnestiques ou cliniques ou pathognomoniques d'une embolie pulmonaire.

Moi : Et si je peux vous demander vous, qu'est-ce que vous-même vous ressentez quand vous suspectez une embolie chez quelqu'un ? Mmmm est ce que vous ressentez quelque chose qui vous fait dire « Ah tient il y a peut-être une embolie pulmonaire chez cette personne-là » ? Je ne sais pas si ma question est très claire ?

Médecin 1 : Ouais Pfff... j'ai du mal à répondre parce qu'encore une fois, soit j'y songe parce que dans le cas de cette dame je lui ai trouvé un problème au niveau veineux inférieur alors qu'elle n'était pas du tout venue pour ça, soit j'y pense parce que je n'ai pas d'explication à la dyspnée et j'ai avec elle, avec une personne, un patient j'ai associé une euh, une tachycardie. Sans température bien sûr. Non-moi j'ai un peu de mal à répondre à la question parce que c'est difficile de dire voilà ce qu'il faut pour faire une embolie pulmonaire.

Non. Je n'ai pas beaucoup, malheureusement il faut la rechercher. Si on ne la recherche pas en cas de dyspnée, si on ne la recherche pas en cas de, comment de fatigue inexplicée, euh... Je suis certain qu'il y a beaucoup de gens qui font des Embolies pulmonaires qui se résolvent spontanément et ça passe inaperçu.

Moi : Donc pour vous vous y songez quand même régulièrement et vous faites un bilan régulièrement s'il y a une fatigue ?

Médecin 1 : Oui j'y songe régulièrement et j'essaie de demander aux assistants que j'ai de ne pas oublier d'y songer parce que c'est un truc qui est difficile et si on n'y pense pas on passe systématiquement à côté.

Moi : Mmmm et donc pour vous il n'y a rien de reproductible chez chaque patient. C'est vraiment quelque chose de ... de différent et c'est plus au médecin d'y songer par rapport à des situations qui finalement ne sont expliquées par rien d'autre.

Médecin 1 : Malheureusement oui, parce que le, et c'est dommage qu'il n'y ait pas de, de, de signes cliniques avant-coureurs ou alarmants qui puissent mettre sur la voie parce que sinon on y penserait plus souvent.

Moi : Mmmm

Médecin 1 : Mais malheureusement c'est, ce n'est pas clair et même les embolies pulmonaires sans signe de thrombose veineuse ce n'est pas rare donc ça veut dire qu'il ne faut pas nécessairement toujours regarder les jambes des gens. Il faut les regarder, mais, ce n'est pas parce qu'il n'y a rien au niveau des jambes qu'ils ne font pas d'Embolie pulmonaire. Tu vois ?

Moi : Et vous pour poser le diagnostic du coup vous faites D-Dimères, écho doppler, scanner et voilà ? Ou vous utilisez d'autres outils ?

Médecin 1 : Echo doppler s'il y a un signe d'appel au niveau des Membres inférieurs, si pas de signes je vais faire les D-Dimères. La radio du thorax a peu de valeur dans le domaine. Je le fais quand même plus par habitude que par conviction. Mais il faut faire D-dimère et scan. Avant, il y a 20-30 ans d'ici on faisait les scintigraphies ventilation-perfusion. Ce genre de truc on ne fait plus. Mais parce que là, comment puis-je dire, la sensibilité, la performance du scanner est très bonne. Le scanner avec injection c'est très bon.

Moi : Et vous, quelle place est-ce que vous accordez au sens d'alarme dans le diagnostic de l'Embolie pulmonaire ?

Médecin 1 : Euh je ne comprends pas trop la question.

Moi : Quelle place est-ce que vous accordez à votre ressenti négatif par exemple dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire ?

Médecin 1 : Bah c'est probablement euh, je ne sais pas donner, je n'ai pas de statistiques en tête, mais c'est probablement la troisième ou quatrième cause de mort par maladie cardiovasculaire donc euh, le problème c'est qu'on n'y songe pas. Ça vient bien sûr après l'infarctus et après les embolies cérébrales sur fibrillation. Mais ça reste un diagnostic à poser. C'est grugé d'un taux de mortalité élevé s'il y a des facteurs de risque associés.

Moi : Ce que je voulais vous demander, c'est dans la consultation, quand vous avez une suspicion d'Embolie pulmonaire, quelle part est-ce que vous accordez à votre ressenti par rapport aux signes cliniques comme dyspnée, tachycardie et tout ? Est-ce que vous considérez

que votre feeling comme vous me disiez a une grande importance dans le diagnostic ou pas spécialement ?

Médecin 1 : Euh oui parce que j'ai l'âge que j'ai et j'ai 40 ans de métier. Mais j'imagine que quand on a ton âge c'est un peu plus compliqué de s'appuyer là-dessus. Mais oui clairement je fais confiance. La première chose que je veux faire c'est éliminer la suspicion que j'ai d'Embolie pulmonaire. Donc le, il faut au moins faire une biologie et qu'on y songe en tout cas.

Moi : Donc pour vous le feeling il s'acquière quand même avec l'expérience ?

Médecin 1 : Malheureusement oui.

Moi : Dites-moi, malheureusement...

Médecin 1 : Malheureusement oui. Maintenant si tu trouves dans la littérature des signes cliniques évidents avant-coureurs donc je suis preneur, mais euh honnêtement moi personnellement je n'en connais pas.

Moi : Moi non plus.

Médecin 1 : C'est un problème, c'est pour ça que c'est un diagnostic difficile et que c'est un diagnostic sous posé, nettement.

Moi : Et pour essayer d'avoir un chiffre, sur une échelle de 1 à 10, quelle part de subjectivité dans le diagnostic est ce que vous accordez au ressenti par rapport à la clinique ? Quelle est la part de subjectivité dans le diagnostic ?

Médecin 1 : Dans mon cas une bonne part. Je dirai au moins la moitié, certainement la moitié des cas c'est au pif. Je sens qu'il y a quelque chose qui cloche je ne sais pas quoi et je suspecte l'embolie. Bon après c'est un petit peu, il y a des diagnostics comme ça en médecine générale qui sont sous posés. Notamment par exemple la décompensation cardiaque.

Moi : Mmmm

Médecin 1 : La décompensation cardiaque n'est pas suffisamment posée. Parce que, parce que je ne sais pas si parce que les médecins n'y pensent pas ou parce qu'on n'investigue pas assez, on ne creuse pas assez chez les personnes c'est possible. Mais bon voilà.

Moi : Ça va. Merci beaucoup.

Médecin 2

Moi : Mon TFE c'est sur la, quelle place pour le gut feeling dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire. Et donc pour commencer est-ce que vous voulez bien me raconter la dernière consultation où vous avez diagnostiqué une embolie pulmonaire ?

Médecin 2 : Beh euh, en fait eh, ça ne date pas d'hier. Mais donc euh j'ai eu la même semaine il y a quelques mois une situation où j'ai euh, diagnostiqué une embolie pulmonaire dans un cadre très particulier. Donc c'est une dame qui avait euh en fait une thrombophlébite euh au membre inférieur. Euh donc j'étais à deux doigts de lui prescrire tout simplement une héparine à bas poids moléculaire. Et puis en l'interrogeant plus avant elle m'a dit qu'elle avait eu des épisodes de thrombophlébite migrante notamment au membre supérieur. C'est une dame que je voyais pour la première fois qui euh, euh, était grosse fumeuse, euh qui était en bon état général, si je me souviens bien elle avait quelque chose comme 65 ans, en bon état général. Et devant cette situation de notion de thrombophlébite migrante qui avait précédé cette thrombophlébite profonde sans qu'il y ait franchement de facteurs de risque pour une thrombophlébite profonde au membre inférieur j'ai expliqué que je préférais l'hospitaliser. Donc elle était hospitalisée avec une suspicion de syndrome de Trousseau. Euh avec probablement euh, une quelque chose qui était induit par un cancer occulte, peut-être du poumon. Donc ce diagnostic a été confirmé. Donc elle a été mise... donc c'est un diagnostic confirmé ultérieurement. Parce que ce n'était pas simple. C'était un autre carcinome donc euh, on a traqué le cancer et on l'a trouvé. Donc elle a été mise sous anticoagulant et sous anticoag elle a fait une embolie pulmonaire. Euh donc eu voilà. Dont on l'a sortie, elle a été traitée et pour sa thrombophilie, parce qu'elle avait une thrombophilie préexistante qui avait été décompensée par ce cancer. Et euh, et donc elle a été traitée pour son cancer également, mais malheureusement quelque mois plus tard elle est décédée. Donc euh à la fois j'avais eu le nez creux, mais ça n'a pas été tellement efficace pour la dame en question.

Et la même semaine, cette même semaine-là ; chez une dame qui avait un syndrome de Pickwick, qui était un peu plus décompensée que d'habitude au point de vue respiratoire, et bien j'ai superbement raté un diagnostic d'embolie pulmonaire. Ce qui m'a valu m'a première et j'espère dernière plainte. Alors heureusement tout s'est bien terminé pour elle. Euh, mais donc ce qui montre, si besoin était que le diagnostic d'embolie pulmonaire est quelque chose

d'extrêmement compliqué et qu'à avoir trop raison on a tort. Et quand on a tort, on a tort. Et donc voilà c'est, c'est, moi c'est ce que je savais déjà auparavant, mais quand on le vit en live si j'ose dire et bien c'est vraiment le (mot non compris). (3 :43)

Moi : Et chez cette deuxième patiente, elle venait avec quoi comme plainte du coup ?

Médecin 2 : Elle venait avec des plaintes de dyspnée, un petit peu plus importantes. En réalité elle m'a appelé à domicile. Donc une dyspnée un petit peu plus importante. C'était une dame très obèse, euh, donc qui euh avait toutes les raisons d'être dyspnéique. Et euh pas plus inquiétante qu'à l'accoutumée. Avec une désaturation en oxygène qui n'était pas plus inquiétante qu'elle l'était habituellement. Elle s'est dégradée dans les deux trois heures ou quatre heures je ne sais plus qui ont suivi la visite que je lui ai rendue. Elle s'est rendue à l'hôpital à ce moment-là. Et on a posé un diagnostic d'embolie pulmonaire.

Moi : Et la première personne c'est vous qui avez songé à l'embolie pulmonaire quand vous l'avez envoyé à l'hôpital ?

Médecin 2 : Non c'est-à-dire qu'à ce moment-là il n'y avait pas d'embolie pulmonaire encore, mais devant ce tableau euh, et devant, en suspectant quelque chose qui était quand même plus compliqué qu'en tant que, que disons que dans la clinique habituelle que l'on peut voir, j'ai préféré prendre les devants. Donc je suis intervenu avant même, donc j'ai pris la décision avant même que l'embolie pulmonaire se produise. Et d'une certaine façon j'ai eu euh, bah j'ai eu raison de l'imaginer puisque finalement c'était euh, elle a bien développé, malgré le traitement anticoag que l'on a initié dès l'entrée à l'hôpital.

Moi : Chez ces patientes-là, c'est quoi les éléments anamnestiques du coup qui ont joué un rôle dans la suspicion d'embolie pulmonaire à priori ?

Médecin 2 : Dans le premier cas disons que je n'avais pas vraiment, euh, j'avais une suspicion par rapport à l'origine de cette thrombophlébite profonde. Et que donc je me posais la question de savoir si elle n'était pas en situation de risque de développement d'embolie pulmonaire si je la traitais uniquement par un traitement conservateur à domicile. J'ai préféré ne pas prendre de risque et l'hospitaliser. Mais il n'y a pas encore de tableau constitution d'une embolie pulmonaire à domicile.

Moi : Et donc au niveau clinique, c'était surtout la thrombose alors ?

Médecin 2 : Thrombophlébite profonde.

Moi : Il n'y avait rien d'autre au niveau saturation, tachycardie éventuellement ?

Médecin 2 : Bah il y avait une petite tachycardie, mais qui était probablement explicable par ce tableau de thrombophlébite, mais il n'y avait rien à ce moment-là qui mettait sur la voie d'une embolie pulmonaire en constitution. Mais euh voilà, c'était une crainte que j'avais devant un tableau quand même assez atypique. Et euh voilà ; parfois on a une intuition qui est une intuition dont on se demande d'où elle vient. Et parfois cette intuition nous fait complètement défaut. Il y a des situations où il y a des arbitres cliniques. L'embolie pulmonaire c'est une situation où les arbitres cliniques sont parfois excessifs et parfois insuffisants. Et donc on se retrouve dans une situation, enfin même avec les critères, les critères que l'on peut utiliser, les scores que l'on peut utiliser, on est souvent dans des situations de trop ou de trop peu. Et donc voilà c'est une situation euh qui est particulièrement euh inconfortable je dirai. Bien sûr pour le patient, mais pour le médecin également.

Moi : Oui oui tout à fait. Et pour la deuxième patiente au niveau clinique il y avait quelque chose qui du coup à postériori vous fait dire que vous auriez peut-être pu...

Médecin 2 : Bah c'est-à-dire qu'à postériori oui, j'aurai dû appliquer peut-être strictement les critères. Mais je pense que cette patiente dans, dans, dans énormément de situations aurait été à ce moment susceptible de correspondre à un score de risque d'embolie pulmonaire. Même dans des situations où elle ne se plaignait pas d'une recrudescence de sa dyspnée. Mais donc ici recrudescence de dyspnée qui était complètement fréquente et récurrente chez elle. Donc c'est difficile d'apprécier la validité en quelque sorte de cette plainte.

Moi : Et quand vous dites les critères dans ce cas-là chez elle c'était alors ?

Médecin 2 : Mais donc, enfin bon pour respecter là, euh, comment dirai-je, la fiabilité de votre travail je n'ai pas été revoir tout ça.

Moi : Oui oui tout à fait.

Médecin 2 : Je sais qu'il y a des critères, mais moi je suis dans cette situation-là, comme dans pas mal de situations où il existe des scores ; euh j'utilise fort peu ces scores. Je les connaîtrais, en clinique habituelle c'est difficilement utilisable au chevet du patient. Donc on en arrive quand même à se baser sur notre « pif clinique » qui le plus souvent est adéquat, mais de temps en temps on se plante lamentablement.

Moi : Oui.

Médecin 2 : Je ne suis pas persuadé qu'en utilisant un score euh, j'aurai été plus, enfin, je n'ai pas pensé. Enfin si j'avais songé, j'aurais peut-être utilisé le score, mais je n'en avais, je ne l'avais pas à disposition. Mais si j'avais songé, je n'aurais pas pris de risque, je l'aurais référé.

Mais en l'occurrence je n'y ai pas songé dans cette situation clinique qui était une situation pour elle habituelle. Mais une situation de risque bien entendu.

Moi : Et vous utiliseriez quel score alors ?

Médecin 2 : Bah il y a des scores, bon je ne suis pas en mesure de les citer comme ça, parce que je n'ai pas été, encore une fois, je n'ai pas été les revoir. Mais donc il y a des scores qui ont, dont on a suffisamment venté la pertinence. Moi je suis relativement dubitatif par rapport à leur utilité en clinique habituelle. Où on doit, surtout en médecine générale, on doit prendre quasi extemporanément une décision. Et en l'occurrence dans le deuxième cas j'ai pris une mauvaise décision. Mais je ne suis pas persuadé que le score, que l'utilisation d'une grille de score m'aurait aidée.

Moi : Parce que si ce score est quand même négatif finalement ça ne vous rassure pas tellement sur l'exclusion.

Médecin 2 : c'est ça.

Moi : Sur l'exclusion d'une embolie pulmonaire.

Médecin 2 : C'est ça. Donc si, il faut que la pertinence du score global, par rapport à l'impression clinique, ne permet pas d'être déterminant, d'être vraiment quelque chose de significatif.

Moi : Et est-ce que vous utilisez parfois d'autres examens. Par exemple un ECG ou des D-Dimères ou quelque chose comme ça ?

Médecin 2 : Non. Je suis dans la situation suivante. C'est que si, euh, si j'étais en situation. Donc je travaille en ville, donc entre un hôpital et un hôpital universitaire.

Moi : Vous travaillez à quel endroit ?

Médecin 2 : Je travaille dans le quartier Nord à Bruxelles. Donc près de [3 hôpitaux]. Donc si je suis en situation de devoir faire des tests complémentaires, je ne perds pas mon temps à faire des tests complémentaires. J'envoie le patient pour un avis en milieu hospitalier. Parce que par exemple demander des D-Dimères il faudra que j'ai le résultat, et puis il faudra que je traite ces résultats et que je prenne une décision. Donc les D-dimères c'est un test qui permet peut-être d'exclure, mais qui ne permet d'être un outil de confirmation d'une embolie pulmonaire. Si on a une idée qui peut y avoir une embolie pulmonaire moi, enfin si j'ai l'idée qu'il peut y avoir une embolie pulmonaire je ne perds pas mon temps à demander des tests de confirmations ou d'infirmeration j'envoie la patiente ou le patient pour un avis.

Moi : Et euh, ces deux patientes-là vous les connaissiez... non vous m'avez dit la première vous ne la connaissiez pas du tout ?

Médecin 2 : La première c'est une patiente que je voyais pour la première fois d'où la difficulté de lui dire « écoutez Madame je préfère vous hospitaliser ». Mais bien m'en a pris là.

Moi : Oui

Médecin 2 : La deuxième patiente était une patiente que je connaissais très peu, qui était une patiente si le, une dame extrêmement rustre, rébarbative, agressive. Euh pour la petite histoire la première fois que je l'avais vu elle avait eu une « risk » avec une voisine de palier. Donc et elle venait faire un constat de coup. Elle avait un tout petit coup sur l'aile du nez. Et elle m'a dit à ce moment-là « il fallait voir ma voisine, comme elle va porter plainte je vais porter plainte aussi ». Donc j'ai fait un petit constat. Donc il y a bien entendu avec cette patiente, est intervenu quelque chose qu'est de l'ordre relationnel où je n'étais pas particulièrement bien disposé à son égard. Mais bon c'est une explication, mais ce n'est pas une excuse. Ce n'est pas parce qu'on n'est pas empathique avec un patient qu'on doit rater un diagnostic pour autant. Mais donc c'est quelqu'un que je ne connaissais pas depuis tellement longtemps non plus.

Moi : D'accord. Et donc par contre à chaque fois dans ces diagnostics-là vous essayez d'intégrer les habitudes de vie de la patiente comme vous disiez tabac ou bien.?

Médecin 2 : Bien entendu et les facteurs de risque clinique connus que le patient ou la patiente peut, peut rencontrer.

Moi : Et donc pour vous ces facteurs de risque c'est quoi alors ?

Médecin 2 : C'est l'immobilité, c'est éventuellement la polycythémie, c'est euh, une situation euh de stase de façon générale. Une thrombophilie si elle est connue. Certaines affections hématologiques. Certaines prises de médicaments. Un état pléthorique. Euh une pathologie intercurrente. Euh un cancer bien entendu. S'il y a une situation connue d'une situation carcinologique, on va être beaucoup plus en éveil. Enfin bon, encore une fois je n'ai pas voulu réviser les listes de diagnostics différentiels, mais je dirai qu'en fonction des situations cliniques qu'on rencontre on zoom, on zoom dans sa tête et on est en éveil par rapport à tel ou tel situation, par rapport à tel ou tel critère.

Moi : Mais donc au-delà des éléments objectifs dans les consultations, est-ce qu'il y a quelque chose qui vous avait interpellé ou alerté dans la consultation ?

Médecin 2 : Avec laquelle des deux patientes ?

Moi : Bah la première par exemple. Et puis la deuxième.

Médecin 2 : Ah la première oui. C'était lors de l'anamnèse c'était cette histoire qui était effectivement compatible avec des thrombophlébites superficielles migrantes. Et donc voilà ça, ça a fait tilt par rapport à ce fameux syndrome de trousseau. Et je dirai c'est ça qui m'a mis la puce à l'oreille.

Moi : Mais si on met de côté justement tout ce qui peut être objectif, comme on dit les antécédents ou quoi ... plus dans le ressenti du patient ou dans votre ressenti à vous, est-ce qu'il y a quelque chose qui vous a interpellé dans ces situations-là ?

Médecin 2 : Euh... bah euh pff c'est, pff, ce qui aurait dû m'interpeler dans la deuxième situation c'est la dyspnée bien entendu. Il n'y avait pas de douleur. Il n'y avait pas les symptômes classiques. Donc la dyspnée aurait dû m'alerter. Mais c'est quelqu'un qui est chroniquement en syndrome de Pickwick donc c'est-à-dire en difficulté respiratoire liée à cette, à ce surpoids qui est tout à fait spectaculaire.

Moi : Et au niveau ressenti il n'y a rien de particulier qui vous inquiétait alors. Enfin la patiente n'était pas particulièrement plus inquiète que d'habitude ? Vous vous ...

Médecin 2 : Non non. Elle n'était pas particulièrement angoissée. Elle était euh, non, euh enfin. C'est l'impression que j'ai eue et qu'elle m'a donnée. Bon le fait est que deux heures après elle était toujours inquiète et elle s'est décidée à se diriger vers une urgence hospitalière où le diagnostic a été posé. Maintenant ceci dit, dans les diagnostics qui sont posés en milieu hospitalier, parfois on se pose la question de savoir s'il n'y a pas une forme de diagnostic par excès. Euh, mais ça ce n'est pas à moi d'en juger.

Moi : Et chez la première patiente il n'y avait pas de nouveau, vous m'avez dit, c'est parfois des diagnostics un peu au pif comme ça. Quand vous dites « pif » est-ce que vous-même vous ressentez quelque chose qui peut vous induire ce pif justement ?

Médecin 2 : Disons le premier cas est un peu particulier en ce sens que l'embolie pulmonaire ne semblait pas encore constituée à ce moment-là. Donc euh c'était une situation à risque de développement d'une embolie pulmonaire secondaire. Donc on ne peut pas dire que ça corresponde exactement aux critères d'inclusion dans votre recherche.

Moi : Non non tout à fait.

Médecin 2 : Mais donc voilà c'est plus les éléments contingents qui peuvent mener à une embolie pulmonaire. Et parfois on a la chance d'intervenir avant même que l'embolie

pulmonaire ne soit constituée. Bon ici ça ne lui a pas porté chance puisqu'elle a quand même développé son embolie pulmonaire.

Moi : Et euh, j'ai l'impression qu'aux urgences ou à l'hôpital souvent les patients arrivent déjà peut-être à des stades plus avancés et donc on pense peut-être plus facilement à l'embolie pulmonaire. Alors que nous en médecine générale on a tendance à voir les patients à des stades un peu plus précoces. Et du coup je me demandais, est-ce que dans votre longue expérience, si vous avez diagnostiqué d'autres embolies pulmonaires, est-ce qu'il y a quelque chose de reproductible au niveau justement ressenti ou signes cliniques qu'on ne nous enseigne pas à l'université. Parce que c'est souvent quelque chose de ...

Médecin 2 : Non, disons que le ressenti clinique et l'intuition pèchent très souvent par défaut dans cette situation-là. J'ai une autre situation où, c'est de ça il y a plus longtemps avec une assistante qui me racontait qu'elle avait vu un patient jeune, absolument avec aucun facteur de risque. Euh qui avait eu une douleur thoracique, euh style de névrite intercostale au sens large du terme. Et elle avait quand même fait des D-Dimères. Je lui ai dit « oui c'est très bien, tu as appliqué les critères de sécurité, mais tu vas voir ce sera négatif parce qu'à priori il n'y a aucun facteur de risque donc on va arriver à un diagnostic de douleur pariétale point à la ligne ». Et euh bah le soir même elle avait le résultat des D-Dimères qui était catastrophiquement élevé. Et là monsieur il avait effectivement une embolie pulmonaire. Et il avait également une thrombophlébite. Et donc il a été sous anticoagulants, enfin il est toujours sous anticoagulants. Sauf que moi je ne le vois plus. Il a déménagé maintenant quelque part en Flandres et je ne le vois plus. Mais donc il me donne de temps en temps de ses nouvelles et il est toujours sous anticoagulants. Mais donc pour la petite histoire, pour ce patient, mais donc il avait une thrombophilie de je ne sais plus quelle nature. Et donc c'était posé la question de savoir s'il allait conserver un AVK c'est-à-dire à savoir le sintron qu'il prenait. Ou si on allait passer à un NACO. Et donc c'est un monsieur tout à fait euh, bon qui était fonctionnaire européen. Bon moi je lui ai dit la doctrine n'est pas claire. Voilà. Et donc moi mon cœur penche plus pour les AVK euh, maintenant il y a un vent favorable pour les NACO, mais donc peut être pourriez-vous prendre des conseils à gauche et à droite et voir par vous-même. Et donc le monsieur a opté pour continuer avec les AVK.

Moi : Mmmmm

Médecin 2 : Et donc il est toujours sous AVK actuellement. Moi je l'avais vendu en lui disant aussi, ça permet de garder un contact régulièrement, clinique, biologique, mais clinique aussi.

Mais donc ça, ça, c'est quelque chose qui l'avait tout à fait séduit dans l'approche. Voilà, mais donc cette histoire pour raconter que les critères, fin là c'était ; j'ai dû faire preuve d'une grande humilité parce que mon assistante, finalement, en appliquant strictement les critères, elle avait totalement raison. Et le vieux maître de stage à la con il avait totalement tort.

Moi : Mais donc pour vous il n'y a rien de reproductible dans toute... À chaque fois le diagnostic d'embolie pulmonaire c'est vraiment quelque chose de complètement différent à chaque fois ?

Médecin 2 : Mais donc on a une chance sur deux d'avoir raison, une chance sur deux d'avoir tort. Euh, fin je caricature, mais euh.

Moi : Il n'y a pas un signe caractéristique qui vous a marqué finalement dans tout ça.

Médecin 2 : Non. Je dirai qu'il faut essayer d'y penser à chaque fois que c'est plausible. Et euh, donc voilà. Maintenant on ne va pas faire de toutes les douleurs thoraciques des embolies pulmonaires. Donc il faut bien essayer de screener. Mais la vexation universelle c'est que quand on y a pas pensé ça peut être ça et quand on y a pensé ce n'est pas ça.

Moi : Mouais.

Médecin 2 : Donc il faut, et donc pour moi, les critères tels qu'ils ont été définis ne sont pas vraiment d'une aide clinique. Peut être à l'hôpital et encore que. Mais en pratique générale je ne suis pas persuadée de leur pertinence.

Moi : et vous quand il y a du coup un sens d'alarme, donc plutôt une inquiétude, il faut quand même toujours aller dans ce sens-là. Il n'y a rien qui peut nous rassurer tant qu'on ne l'a pas complètement éliminé avec tous les scores.

Médecin 2 : Ça si on y pense il n'y a rien qui nous permet d'exclure. Donc à ce moment-là on devra demander un avis.

Moi : Et ce qui vous y fait penser c'est parfois un pif justement. Un juste se dire que le patient n'est pas très bien.

Médecin 2 : Ce qui nous y fait penser c'est d'essayer de nouveau d'ouvrir nos (mot incompris) (22 :04) et de réfléchir et de ne pas présumer d'un diagnostic et de ne pas se laisser emporter par peut être les aprioris que l'on a vis-à-vis d'un patient ou d'une patiente et essayer d'être le plus discriminatif possible dans le bon sens du terme clinique. Mais même à ce moment-là on peut être à côté de la plaque.

Moi : Et donc quelle place est-ce que vous accordez au sens d'alarme dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire ? Fin quand vous faite un diagnostic d'embolie pulmonaire est ce que ce

sentient d'alarme est-ce que ce sentiment d'alarme vous lui accordez une grande importance par rapport aux scores justement ou par rapport au reste ?

Médecin 2 : Le sentiment d'alarme ? Que voulez-vous dire ?

Moi : Le pif, le feeling que vous dites, est-ce que vous lui accordez une grande importance ?

Médecin 2 : Oui je dirai qu'à partir du moment où on a des raisons d'y songer ; encore une fois on ne va pas y songer à chaque fois hein parce qu'à ce moment-là n'importe quelle maladie de burnout ça peut être potentiellement une embolie pulmonaire. Et on voit bien entendu beaucoup plus souvent des maladies de burnout que des embolies pulmonaires. Mais donc si on a des raisons de suspecter une embolie pulmonaire je pense qu'il ne faut pas tergiverser. Raison pour laquelle je n'utilise pas des éléments paracliniques dans ma pratique de médecine générale. À ce moment-là je réfère et je me dis que des D-Dimères on aura le temps de faire à l'hôpital beaucoup mieux que moi. L'électrocardiogramme on aura le temps de le faire beaucoup mieux que moi. Éventuellement les autres examens on aura bien entendu le loisir de les faire ce que moi je n'ai pas la possibilité de faire à domicile. Donc là si je suis en situation de songer à ce diagnostic-là je ne chipote pas. De la même façon que si je vois quelqu'un qui a un tableau d'infarctus moi je ne chipote pas à faire un électro. Bon il se fait que je travaille non loin d'une caserne de pompier et que donc bah j'appelle le 100 ça c'est clair.

Moi : D'accord. Et du coup juste une dernière question pour avoir un chiffre. Sur une échelle de 1 à 10, quelle part est-ce que vous estimez à la subjectivité dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire ?

Médecin 2 : De 1 à 10 ?

Moi : Oui à part de subjectivité dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire vous mettriez combien pour vous ?

Médecin 2 : Pff, beaucoup trop. Mais malgré toutes les tentatives qui ont été faites je ne suis pas persuadé que les critères que l'on a mis en place soient de nature à réduire cette part de subjectivité euh dans le bon sens ou dans un mauvais sens. Donc on est dans une situation qui reste euh, très très, une difficulté majeure en médecine générale, mais probablement à l'hôpital aussi.

Moi : Donc pour vous ce serait plutôt 8-9 que ?

Médecin 2 : Oui oui tout à fait.

Moi : Merci beaucoup

Médecin 3

Moi : Je souhaitais vous interroger par rapport à la place du gut feeling dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire.

Médecin 3 : Oui

Moi : Est-ce que vous savez me raconter la dernière consultation où vous avez diagnostiqué une embolie pulmonaire ?

Médecin 3 : Bah oui je pense que c'était plutôt après avoir reçu ton mail, c'est pour cela que ça m'a un peu parlé. J'ai une patiente qui est venue qui avait vraiment des douleurs thoraciques importantes ; un peu de dyspnée. Elle avait eu ça soudainement. Je pense qu'elle était venue chez moi le lundi, elle avait commencé des symptômes le samedi soir. Du coup elle avait été aux urgences où on a quand même fait scanner thoracique, on n'avait rien vu. Elle avait une bio qui était normale, mais ils ont quand même conclu à une bronchopneumonie qui commençait. Ils l'ont traitée sous amoxiclav et quand elle est venue me voir elle me disait « ça ne change rien, j'ai toujours aussi mal, je suis toujours essoufflée ». Et voilà, moi je trouvais que ça ne collait pas trop une bronchopneumonie aussi douloureuse, euh, avec zéro de CRP, pas de Globules blanc rien du tout. Euh et donc du coup, euh et en plus une patiente qui n'est pas spécialement plaintive non plus donc voilà. Pour qu'elle me dise vraiment j'ai mal, ça ne passe pas pour qu'elle revienne, etc. Donc du coup j'avais quand même sonné à une pneumologue en demandant, je ne savais pas si, elle avait, on pouvait passer, donc elle avait eu un angioscan, donc si on pouvait passer à côté d'une embolie avec un angioscan. Euh donc elle avait des D-Dimères un peu augmentés forcément, mais ils mettaient ça sur le compte de l'infection.

Moi : Aux urgences ils avaient dosé les D-Dimères ?

Médecin 3 : Oui donc aux urgences ils mettaient ça sur le compte de l'infection débutante qui n'avait rien à l'angioscan. Et donc au final j'ai sonné à la pneumo qui m'a dit « quand elles étaient superficielles comme ça on pouvait passer à côté ». Je crois qu'en fait non, d'abord j'ai refait une bio pour m'assurer, voir si la CRP montait ou non. À la base je suis partie sur le fait qu'ils ne s'étaient pas trompés et que voilà. Donc j'ai refait une bio, mais qui ne montrait toujours pas d'augmentation de CRP ni de blancs. Donc je me suis dit si elle ne va pas mieux c'est quand même pas normal, un moment donné même s'il y avait un retard, même si elle

est sous antibiotique il y aurait fallu que quelque chose se transforme. Et on avait une augmentation des D-Dimères par contre. Et donc du coup alors à ce moment-là j'ai sonné à la pneumo pour lui demander si on pouvait passer à côté à l'angioscan. Elle m'a dit c'est très rare, mais si elles sont très périphériques alors ça peut arriver. Et donc du coup elle m'a conseillé de faire une scinti perfusion ventilation. J'ai téléphoné, je l'ai eu le jour même donc j'ai eu vraiment de la chance. Et on me resonnait à deux heures de l'après-midi pour me dire qu'effectivement elle était positive, qu'elle avait plusieurs embolies qui étaient périphériques et euh que c'était pour ça qu'on était passé à côté à l'angioscan.

Moi : Et cette patiente elle avait quel âge ?

Médecin 3 : Elle avait 62-63 ans.

Moi : D'accord. Et donc là dans le diagnostic ou la suspicion d'embolie pulmonaire, c'est quoi les éléments anamnestiques qui vous ont aidés ?

Médecin 3 : Ici il y avait la douleur thoracique et la dyspnée. Et puis j'avais l'aide de la bio qui était banche quoi.

Moi : Et cliniquement est-ce qu'il y avait quelque chose d'interpelant ?

Médecin 3 : Rien du tout. Du coup c'était interpellant aussi. Je n'avais pas du tout d'hypoventilation ou quoi que ce soit, mais je n'avais pas non plus de crépitations et donc bon, de ronchis. Je n'entendais rien, fin une auscultation normale.

Moi : Oui et au niveau tachycardie ou désaturation il n'y avait rien de particulier non plus.

Médecin 3 : Je crois qu'elle était un tout petit peu plus basse, elle était peut être à 95 tu vois. Mais pas, fin voilà ; 95 pour quelqu'un chez qui je ne prends jamais la saturation, qui ne fume pas, mais qui a un mari qui fume, c'est encore entre-deux quoi. C'était peut-être un peu bas quoi, mais voilà.

Moi : Et est-ce que vous avez utilisé des examens particuliers ? Vous m'avez dit vous avez refait une bio.

Médecin 3 : J'ai refait bio et j'ai fait la scintigraphie ventilation perfusion.

Moi : Pas d'ECG ou... autre chose ? Quelque chose comme ça.

Médecin 3 : Non parce que ça elle l'avait eu aux urgences et que c'était bonne et que pour moi ce n'était pas cardiaque. Mais voilà moi c'est un cas particulier parce qu'elle avait déjà été aux urgences avant.

Moi : Oui oui tout à fait. Et est-ce que vous connaissiez les antécédents de votre patiente ?

Médecin 3 : Oui

MI : C'est quelqu'un que vous connaissez depuis longtemps. Ce n'est pas la première fois que vous la voyez ?

Médecin 3 : Non et aucun facteur de risque par contre.

Moi : Donc pas de tabac, pas de pilule, pas de ... oui non.

Médecin 3 : Non, et euh pas d'immobilisation, pas d'antécédents de chirurgie récente, pas de voilà. Non non rien du tout.

Moi : Et de base est-ce que vous connaissez tous les éléments diagnostics de l'embolie pulmonaire qui permettent d'y penser à priori ? Là c'était un peu particulier quand même.

Médecin 3 : Euh bah voilà je pense que j'y penserai si voilà, douleur thoracique et oppression respiratoire, bah voilà, pas de température et voilà. Parfois une douleur dans un membre inférieur en tout cas qui peuvent faire penser à une complication ou une origine, mais voilà. Les autres, il y en a peut-être d'autres, mais que je ne connais plus.

Moi : Et est-ce que vous avez utilisé un score ou un autre outil pour euh ?

Médecin 3 : non.

Moi : Et est-ce que parfois vous utilisez un score ou un autre outil pour le diagnostic de l'embolie pulmonaire ?

Médecin 3 : Non.

Moi : Pourquoi ?

Médecin 3 : Je ne savais même pas qu'il existait de score.

Moi : Le score de Genève ? Ou score de Wells ?

Médecin 3 : Non.

Moi : Pas de problème. Et donc à chaque fois vous intégrez vraiment les antécédents et les habitudes de vie du patient quand vous avez un, quelque chose de suspect ?

Médecin 3 : Oui, maintenant ici c'est le cas particulier où elle n'avait aucun antécédent. Je pense que s'il n'y a pas d'antécédents, pas de facteurs de risque, avec une symptomatologie comme ça j'y penserai quand même, mais effectivement je crois que je me serais peut-être aussi, j'aurais peut-être pensé aussi, si je l'avais eu la première, à une origine cardiaque, une origine infectieuse. C'est clair qu'à mon avis l'embolie pulmonaire n'aurait pas été mon premier diagnostic. Mais euh voilà, je crois que j'aurai quand même demandé des D-dimères à la première bio et un ECG. Et puis avec un ECG négatif, des D-Dimères positifs et pas de CRP effectivement je pense que j'aurai pensé à l'Embolie pulmonaire. Mais c'est très rare d'avoir un diagnostic, en tout cas pour ma part, si s'ils sont pleins de facteurs de risque, je crois que

je vais y penser un peu plus, s'ils sont plâtrés ou s'ils sortent d'une chirurgie abdo ou d'une chirurgie orthopédique ; là, je crois que je pense que quelqu'un qui se plaint de dyspnée ou douleur thoracique je vais me tracasser nettement plus vite et je vais y penser. Cette dame-ci je pense que si je l'avais eu en consultation avant les urgences ça n'aurait pas fait partie de mes premiers diagnostics différentiels.

Moi : D'accord. Et dans cette situation-là, au-delà des éléments objectifs que vous aviez, donc les D-Dimères et la dyspnée est ce qu'il y a d'autres choses qui vous ont alertés ? Subjectivement du coup ?

Médecin 3 : Non

Moi : Pas vraiment.

Médecin 3 : Elle n'était pas spécialement cyanosée ou quoi que ce soit. C'est vraiment sa douleur, sa dyspnée chez une dame qui n'a jamais eu le moindre souci à ce niveau-là.

Moi : Et cette patiente elle se présentait comment au niveau subjectif justement. Est-ce qu'elle était particulièrement anxieuse par rapport à d'habitude. Ou il y avait quelque chose de différent de d'habitude dans la consultation ?

Médecin 3 : Euh non, en fait ce qui la tracassait justement c'est qu'elle prenait ses antibiotiques depuis 48h, que le diagnostic aux urgences n'avait pas été super clair et donc, donc du coup ne l'avait pas convaincu à 100% et qu'elle se tracassait de ne pas aller mieux malgré ses antibiotiques.

Moi : Mmmmm Et vous comment vous vous sentiez devant cette patiente du coup ?

Médecin 3 : Bah à l'aise. J'ai repris la situation à zéro. Ce qui est déjà super gai quand ils ont déjà eu leur bilan. Qu'on a déjà des bio etc. Voilà. Ça facilite beaucoup les choses. Je ne me suis pas tracassée.

Moi : Oui vous n'étiez pas particulièrement inquiète en fait pour elle ? Comme il y avait déjà beaucoup d'éléments, qui avait été...

Médecin 3 : Dans un tout premier temps non, la première consultation quand je l'ai vu la première fois pas spécialement, j'avais pas encore les résultats de la bio, j'avais pas encore tout, à ce moment-là elle me disait qu'il n'y avait pas grand-chose à la bio, que le médecin lui a dit qu'elle pouvait prendre des antibio si ça n'allait pas mieux le lendemain donc ça me semblait un peu louche comme présentation, mais franchement j'ai pas spécialement cherché plus loin.

Moi : Mmmm

Médecin 3 : C'est après quand j'ai refait ma bio, qu'elle est restée tout à fait nickel et que j'ai su et que j'ai vu que celle des urgences était nickel que là je me suis dit bah oui il se passe un truc. Mais plus à la deuxième consultation qu'à la première.

Moi : Et les D-Dimères vous les aviez spontanément rajoutés parce qu'ils avaient déjà été dosés pour faire un peu une cinétique quoi ?

Médecin 3 : Oui pour avoir une cinétique surtout que, que, que à priori il n'y avait pas de gros syndrome inflammatoire à la première bio donc je voulais voir comment ça évaluait en sachant que voilà il faut s'en méfier et que les D-Dimères ne veulent pas dire grand-chose non plus et qu'en cas d'infection ils sont souvent augmentés aussi. Voilà ici le fait que je n'avais pas de blanc, pas de CRP, mais que j'avais de D-Dimères qui augmentaient fin je me suis quand même dit Mmm c'est quand même louche.

Moi : Et donc vous n'avez rien ressenti à priori de particulier devant cette patiente au moment où elle est venue vous voir ?

Médecin 3 : Non

Moi : Et est-ce que précédemment vous avez déjà diagnostiqué des embolies pulmonaires ou c'était la première embolie pulmonaire ?

Médecin 3 : Non déjà d'autres. Mais on ne diagnostique quand même pas ça tout le temps.

Moi : Oui oui j'imagine.

Médecin 3 : Oui j'en ai déjà eu d'autres.

Moi : Et est-ce qu'il y a éventuellement un parallèle que vous arriveriez à faire entre les autres diagnostics d'embolie pulmonaire et celle-ci dans les plaintes du patient ou dans leur façon d'amener l'histoire justement.

Médecin 3 : Les autres ç'a été beaucoup plus claires. Parce que les autres c'était à chaque fois des situations euh à risque, dont euh notamment je me rappelle d'un monsieur que j'ai vu à la garde et qui sortait d'une chirurgie abdo. Je me rappelle d'un autre monsieur ici dernièrement, bah il sortait aussi d'une chirurgie euh ortho et quand j'ai discuté s'il était sous clexane, etc, il m'a dit bah oui je prends de la clexane, je prenais de la clexane, mais comme je remarque je l'ai arrêté. Mais il l'avait arrêté 10 jours avant et donc il n'avait pas compris l'intérêt en chirurgie post op. Donc là forcément voilà, douleur thoracique, dyspnée et euh voilà, là il y a quand même une petite lumière qui s'allume directement.

Moi : Oui. Et est-ce que, enfin j'ai l'impression qu'en médecine générale parfois, où là ç'a été peut être le cas aux urgences finalement, où la patiente s'est directement présentée aux

urgences et donc en fait on a tendance à voir le patient à des stades un peu plus précoces que quand ils vont aux urgences parce qu'ils viennent nous voir dès que ça ne va pas. Est-ce qu'il y a peut-être quelque chose qui pourrait nous guider, enfin est-ce que vous avez remarqué si quelque chose pourrait nous guider un peu en précurseur de tout ce qu'on nous enseigne à l'université parce qu'en général c'est des stades un peu plus tardifs. Je ne sais pas si vous avez remarqué quelque chose de particulier chez les patients ou... ?

Médecin 3 : Euh non, la douleur thoracique. Moi j'ai le sentiment que c'est un diagnostic où, où, même si on l'a pas, on sait difficilement passer à côté, parce que le Diagnostic différentiel est toujours entre des événements graves. C'est-à-dire souvent, moi j'ai eu des douleurs thoraciques, ou de la dyspnée avec désaturation sans explication donc dans tous les cas je ne me pose pas la question, j'envoie aux urgences. Et donc du coup même si je pense que le diagnostic va parfois, bah parfois je me suis posée la question cardiaque versus autres choses et donc l'embolie n'est pas spontanément venue dans ma tête quand j'envoie les gens aux urgences ; un moment donné voilà c'est ça. Mais je trouve que voilà c'est difficile, ce n'est pas des gens qu'on renvoie à la maison. Moi je ne me rappelle pas d'histoires où ils sont allés après, ils sont sortis et j'ai dit tout va bien rentrez chez vous et on m'a sonné après « à voilà il a fait une embolie pulmonaire ». Et voilà.

Moi : Oui. Et vous travaillez dans quelle région ?

Médecin 3 : Je travaille à Lambermont près de Verbier.

Moi : Pardon ?

Médecin 3 : A Lambermont.

Moi : Et il y a un hôpital relativement proche de chez vous ?

Médecin 3 : Oui

Moi : Par ce que je pense que ça joue aussi d'avoir un hôpital à côté ou pas.

Médecin 3 : Oui nous on a un hôpital à 5 km, ça aide tout de suite pour des choses comme ça. Et puis voilà. Et puis je ne fais pas d'ECG aussi. Peut-être que quelqu'un qui fait un ECG, il va pouvoir faire l'ECG et se mettre ça aussi et se dire c'est bon c'est pas ça et déjà être relax. Moi je ne suis quand même pas à l'aise vu que je ne fais pas d'ECG donc du coup je suis obligée au moins de faire l'ECG aux urgences.

Moi : Et ça fait longtemps que vous pratiquez comme médecin généraliste ?

Médecin 3 : Ça fait 13 ans.

Moi : Et donc euh, dans le diagnostic d'embolie pulmonaire, quelle place est-ce que vous accordez à la place de la subjectivité dans ce diagnostic ?

Médecin 3 : Bah c'est beaucoup de chose. À part la saturation ça va être des choses subjectives finalement. Oui, c'est la tachycardie, c'est la dyspnée et c'est le patient. Le fait de connaître son patient aussi. De savoir que c'est pas un patient qui va se plaindre facilement, parce que, que voilà ça peut compliquer les choses. Si c'est quelqu'un qui est déjà fort angoissé, qui se plaint régulièrement de douleurs thoraciques... Ici moi ce n'était pas du tout le cas, mais je pense que connaître son patient, savoir que ce n'est pas un patient angoissé, qu'il ne se plaint jamais de douleur thoracique et qu'il arrive avec des choses comme ça voilà.

Moi : Donc pour vous l'angoisse c'est quand même finalement un symptôme dans l'embolie pulmonaire ? Pas un symptôme...

Médecin 3 : Non pas spécialement un symptôme. Un symptôme qui peut nous compliquer les choses. Parce que quand on sait que la personne est angoissée, on va peut-être se dire que c'est pas ça et que c'est encore une connerie. Ce serait peut-être quelque chose qui, si on sait que la personne est quelqu'un qui se plaint très vite et qui très, très fortement angoissée, la douleur thoracique va nous tracasser un peu moins que si on sait que c'est une personne qui ne se plaint jamais et qui n'est pas du tout inquiète pour sa santé, qu'on ne voit jamais.

Moi : Oui c'est ça. Chez quelqu'un de plutôt, qui ne vient pas souvent, l'angoisse...

Médecin 3 : Une personnalité non anxieuse va plaider vers, plus vite vers un diagnostic d'embolie pulmonaire.

Moi : Et du coup sur une échelle de 1 à 10 pour essayer d'avoir un chiffre, est ce que vous savez estimer votre part de subjectivité dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire ?

Médecin 3 : Oh je ne sais pas. Tu me poses une colle. Je ne sais pas moi, 7.

Moi : 7. D'accord. Vous répondez un peu comme les autres médecins.

Médecin 3 : Bah oui

Moi : C'était intéressant en tout cas. Du coup spontanément vous attendrez quand même avant de faire les D-Dimères en général, vous ne faites pas. Sauf... Cette patiente-là qui ne vous inquiétait pas spécialement on se dit que l'on a le temps.

Médecin 3 : Je ne me dis pas que j'ai le temps. Si elle n'avait pas été aux urgences cette dame, avec une plainte comme ça elle y aurait été.

Moi : Ah oui d'accord. C'est juste que là vous l'avez vu dans le sens inverse.

Médecin 3 : J'ai fait une bio avec au moins un ECG et une bio en fait. Donc bio avec marqueur cardiaque et D-Dimère et ECG. Mais quelqu'un voilà, justement comme cette dame, qui n'est pas du tout quelqu'un d'anxieux et qui vient avec des douleurs thoraciques et de la dyspnée je n'aurai pas. Ou je l'aurai peut-être piquée au cabinet et les D-dimères auraient fait partie de mon bilan.

Donc à la base c'est du subjectif, mais très vite on va vers de l'objectif. Mais maintenant voilà, mais à part, finalement à part la saturation on n'a pas vraiment d'éléments objectifs. Moi je n'ai jamais eu d'Embolie pulmonaire où j'avais une hypoventilation tellement franche que je me suis dit à ça, bah voilà. On a ça avec un pneumothorax, on n'a pas ça avec, fin très rare ou alors ils sont déjà à moitié morts et alors ce n'est pas chez nous qu'ils arrivent.

Moi : Mais vous n'avez jamais eu un diagnostic d'embolie pulmonaire où finalement le patient n'avait rien d'objectif et vous simplement vous ne le sentiez pas entre guillemet dans le sens où vous étiez quand même un peu alarmée par cette situation alors qu'il n'y avait rien de concret qui pouvait vous alarmer ?

Médecin 3 : Mmmm bah genre quoi. Je vais dire les symptômes que le patient, le genre de symptômes que le patient ressent c'est quand même du subjectif c'est pas de l'objectif.

Moi : Oui, mais par exemple quelqu'un qui se présente pour dyspnée et finalement vous avez comme vous dites une bonne saturation, pas vraiment de tachycardie et puis euh, et à l'examen clinique une auscultation pulmonaire claire, mais voilà le patient, finalement comme vous dites, d'habitude il ne vient pas pour rien et donc dans le fond même si tout est rassurant on se dit que finalement il y a peut-être quand même quelque chose. Est-ce que ça vous est déjà arrivé pour ce type de diagnostic.

Médecin 3 : Je crois que ce n'est jamais arrivé que je me dise que c'était une embolie pulmonaire, mais que vu la dyspnée je fasse quand même un scan et qu'au scan on voit des embolies pulmonaires. Ça, je crois que c'est déjà arrivé. Donc j'envoie aux urgences à nouveau, pas parce que, mais c'est pas moi qui y ai pensée.

Médecin 4

Moi : Le thème de mon TFE c'est le « gut feeling dans l'embolie pulmonaire » et donc est-ce que tu sais me raconter la dernière consultation où tu as diagnostiqué justement cette embolie pulmonaire ?

Médecin 4 : Oui, donc c'était une visite à domicile. Euh, donc c'est une patiente que je suis quand même de manière régulière toutes les deux semaines puisque je lui fais des injections d'Haldol. C'est une dame qui a des troubles psychiatriques. Euh la patiente en générale vient en consultation sauf qu'elle a des tendinites aux pieds, donc de temps en temps elle rechigne un petit peu et je vais chez elle. Euh là c'était une journée avec beaucoup de visites et elle appelle pour que j'aille chez elle et elle se dit essoufflée. Donc je prends quand même la peine de lui téléphoner. Et je dis « Ah bah vous êtes essoufflée ? ». Je dis « vous ne savez vraiment pas venir en consultation ? » Elle me dit « bah oui j'ai été faire mes courses et je me suis sentie essoufflée. » Ça, c'est depuis hier. Et donc je me dis bah c'est le covid, elle n'a peut-être pas beaucoup marché, elle est un peu déconditionnée. Bon je ne m'inquiète pas plus que ça. Elle me parle correctement au bout du fil. Donc je vais la voir quand même en visite à domicile puisqu'elle me dit ne pas savoir se déplacer. Et là donc j'arrive chez elle. Elle n'est pas dyspnéique vraiment franchement. Mais elle se dit essoufflée en tout cas. Donc je fais une petite anamnèse. On est en plein Covid donc j'élimine aussi tous les risques Covid. Bah elle n'a pas de fièvre, elle ne tousse pas, voilà. Mmmm et puis je fais mon examen clinique. Bon je n'ai rien de particulier au niveau de l'examen clinique. J'ai une auscultation qui est tout à fait normale. Au niveau cardiaque je n'ai rien de particulier. Une tension un petit peu plus basse que ce qu'elle a d'habitude. Mais rien de dramatique. Elle a d'habitude 14, là elle devait avoir je sais pas 12 quelque chose comme ça. Donc pas dramatique du tout. Et une Sat par contre quand même basse. Euh exactement je ne sais plus, mais 91-92. Pas du tout dans ses habitudes. D'habitude elle a une super bonne Sat. C'est une dame qui ne fume pas, qui n'a pas de problème pulmonaire connu. Par contre, dans ses antécédents elle est sous Femara pour un cancer du sein. Et donc évidemment moi, vu l'examen clinique, cette dyspnée, bon elle a cette Sat qui diminue sans rien j'ai pensé quand même assez rapidement à l'embolie pulmonaire. Je lui ai demandé du coup est ce que vous avez des douleurs au mollet pour élargir un petit peu mon anamnèse. Elle n'avait pas de douleur, les mollets étaient souples, pas de

signe d'Homans rien du tout. M'enfin je reste quand même sur ce diagnostic et je lui dis « bah je suis quand même embêtée vu les paramètres, la saturation, je pense que, voilà c'est possible, mais pas forcément, mais c'est quand même possible qu'il y ait une embolie pulmonaire ». Et en fait la dame me dit « ah bah j'en ai eu une il y a 10 ans ». Donc là du coup ça se renforce vraiment fortement. Et donc je décide, fin je voulais appeler l'ambulance. À la base c'est une dame qui ne savait pas se déplacer. Et puis finalement sa fille a su venir dans l'heure donc on a pris d'un commun accord, voilà, qu'elle aille à l'hôpital avec sa fille. Je travaille vraiment tout près d'un hôpital et donc... euh, voilà j'avais eu la fille au téléphone pour m'assurer qu'elle venait bien. Mais donc à la base j'allais vraiment en me disant, bah oui elle est un peu déconditionnée et finalement j'avais quand même une Sat qui m'a alarmée. Je pense que sans la Sat, voilà je serai peut-être passée plus vite à côté puisque j'avais aucun autre signe. Euh voilà. Je ne sais pas si tu veux savoir d'autres choses ?

Moi : Elle avait quel âge cette dame du coup ?

Médecin 4 : Euh, près de septante ans.

Moi : Et euh, et donc, au niveau anamnestique c'est quoi les éléments qui ont joué un rôle finalement dans ta suspicion du diagnostic ?

Médecin 4 : Bah une dyspnée sans autre, sans autres symptômes. Vraiment une dyspnée isolée. Euh avec cet antécédent quand même de cancer du sein. Je dirai que c'est vraiment les deux éléments les plus importants et surtout le fait qu'il n'y ait rien. Rien à l'auscultation. Pas de toux. Ah oui elle était tachycarde aussi. J'ai oublié. Elle était légèrement, mais elle avait genre, entre 90 et 100 de fréquence cardiaque ce qui n'est pas du tout non plus dans ses habitudes. Oui c'est ça. J'ai quand même oublié quelque chose d'important. Et donc tout ça mis à bout ça m'y faisait quand même penser fortement. Je n'étais pas sûre, mais assez que pour, voilà je n'ai pas fait de D-dimères je l'ai envoyée directement à l'hôpital quand même.

Moi : Et donc au niveau clinique c'était plus donc tachycardie et puis dyspnée ?

Médecin 4 : Oui et désaturation aussi. Pas marquée, mais quand même bien importante.

Moi : Et quand tu ne dis rien de particulier, ça veut dire au niveau examen pulmonaire il y avait ?

Médecin 4 : Rien du tout.

Moi : Fin c'était des bruits normaux des deux côtés.

Médecin 4 : Oui oui ça passait vraiment bien. Euh, elle n'était pas non plus tachypnéique. Elle avait une fréquence respiratoire correcte. Vraiment j'avais rien, rien du tout à part mes paramètres. Le reste était tout à fait correct. Ses mollets étaient aussi tout à fait bien.

Moi : Est-ce que, donc, tu l'as envoyé directement aux urgences, donc ça veut dire pas utilisé d'examen comme ECG, D-Dimères... ?

Médecin 4 : Non rien du tout. La suspicion était relativement forte et vu la saturation j'ai pas hésité quoi. Je l'ai envoyé directement.

Moi : Et est-ce que tu connaissais les antécédents de cette patiente. Donc il y a avait ce cancer du sein et d'autre chose ?

Médecin 4 : Euh des troubles psychiatriques, euh quand même marqués hein. Donc une dame qui faisait des troubles psychotiques, mais bien régulés avec son haldol. Un cancer du sein. Euh des tendinites aux pieds. Et alors il y avait cette notion d'embolie pulmonaire, que je n'avais en tout cas pas en tête, mais que j'ai retrouvée dans son dossier médical par la suite en remplissant des papiers. Mais bien après son hospitalisation. Je ne savais pas à ce moment-là.

Moi : D'accord. Et est-ce que, bah donc, pour avoir pensé à l'embolie pulmonaire, tu connaissais les éléments importants qui orientent l'anamnèse dans le sens de l'embolie pulmonaire.

Médecin 4 : Bah oui quand même. Surtout quand on y pense après c'est plus facile, après on se dit « bah oui la tachycardie », fin voilà. Ça, ça m'a quand même mis la puce à l'oreille.

Moi : Elle n'avait pas été alitée récemment. Ou eu un ?

Médecin 4 : Non aucun facteur de risque pour une embolie pulmonaire par contre.

Moi : Et est-ce que tu as utilisé un score ou un autre outil ?

Médecin 4 : Euh non. Il y a le score. Voilà, mais c'est plutôt le feeling que vraiment le score. J'ai pas commencé à compter les points pour le score. Ma suspicion était assez forte que pour l'envoyer.

Moi : Et pourquoi pas de score du coup ?

Médecin 4 : Parce que je ne connais pas les points par cœur par rapport forcément aux notions. Donc euh, sortir mon score pour compter, je suis pas, voilà... Si j'ai un doute par exemple, et que ma suspicion est légère, je vais peut-être prendre le score sur mon ordinateur. Déjà au domicile ce n'est pas toujours facile pour vite calculer les points et me dire « bon oui

est-ce que j'y pense, est-ce que c'est légitime ou pas ». Mais ici ma suspicion était forte. Et même si le score avait été moyen euh, je l'aurai quand même envoyée donc euh, voilà.

Moi : Oui donc en fait le score, même s'il t'avait plus ou moins rassurée, ça t'aurait rassurée qu'à moitié donc tu l'aurais quand même envoyée aux urgences.

Médecin 4 : Voilà exactement. Je l'aurais quand même envoyée.

Moi : Et depuis combien de temps est-ce que tu connaissais cette patiente ?

Médecin 4 : Euh je réfléchis, un peu plus d'un an. Un an, un an et demi.

Moi : Et est-ce que tu connaissais ses habitudes de vie, comme tabac, alcool, sport ... ?

Médecin 4 : Euh, bah sport elle n'en faisait pas à part la kiné qu'elle fait pour ses tendinites du pied. Euh tabac elle ne fume pas. Et alcool elle boit quelques verres par jours, c'est connu. C'est une question que je lui posais régulièrement, puisque vu ses troubles psychiatriques, on a essayé de diminuer sa consommation au fur et à mesure des mois. Donc euh à peu près 4 bières par jour en moyenne.

Moi : Et donc tout ça, les habitudes de vie et les antécédents, c'est quelque chose que tu as finalement intégré dans la suspicion de l'embolie pulmonaire.

Médecin 4 : Bah oui, surtout le cancer du sein, surtout son antécédent médical. Maintenant voilà, il n'y a pas de facteur de risque. Je veux dire elle n'était pas alitée, elle n'avait pas de plâtre ou d'autres choses qui auraient dû me mettre la puce à l'oreille. Mais, oui on les prend en compte en tout cas.

Moi : Et au-delà des éléments objectifs, donc la dyspnée, désaturation, tachycardie et tout, est-ce qu'il y a quelque chose qui t'avait interpellé dans cette consultation ?

Médecin 4 : Euh, bah elle ne s'est jamais plainte de problème respiratoire. Euh c'est une dame qui a ses troubles psychiatriques, mais en général quand elle se plaint de quelque chose je trouve quelque chose. Donc quand elle me dit qu'elle a mal aux pieds je trouve une tendinite. Et donc voilà je me fie quand même à ce qu'elle me dit. Voilà. Mais sinon pas plus que ça.

Moi : Donc la connaissance du patient ça a joué une part ?

Médecin 4 : Ah oui bien sûr, bien sûr.

Moi : Et comment est-ce que tu présentais la patiente ? Enfin comment est-ce qu'elle paraissait finalement ?

Médecin 4 : Bah elle, elle paraissait bien. En fait pas essoufflée quand je la voyais. Moi si je n'avais pas mis mon saturomètre je ne me serais pas inquiétée. Elle était plutôt bien. Euh après évidemment quand j'ai parlé d'embolie pulmonaire ça a fait remonter quand même

beaucoup de mauvais souvenirs et là elle s'est effondrée. D'un coup. C'est une dame qu'on ne voit jamais, quand même avec un certain, allez, masque. Vu sa pathologie, vu l'haldol qu'elle prend quand même forte dose. Euh là elle s'est quand même bien effondrée. Donc au niveau émotionnel ç'a été difficile pour elle quand même. Après avoir mis la suspicion de diagnostic.

Moi : Parce qu'elle était plutôt anxieuse à ce moment-là ou pas spécialement ?

Médecin 4 : Bah quand j'arrive, pas forcément. Elle me dit « je suis essoufflée ». Mais ça l'interpelle quand même. Elle me dit « depuis hier je suis essoufflée, c'est pas comme d'habitude ». Mais je la trouve sereine quand je rentre chez elle. Pas inquiète, pas alarmée. C'est quand j'ai parlé du diagnostic que là oui elle s'est fortement inquiétée.

Moi : Et euh toi, quel a été ton ressenti devant cette patiente ? Est-ce que t'étais plus à l'aise ou bien plutôt inquiète, ou bien quand même quelque chose ?

Médecin 4 : Plutôt inquiète. Plutôt inquiète. Surtout le fait qu'on devait attendre sa fille pour partir à l'hôpital. J'avais peur que ses paramètres se dégradent et que ça ne se passe pas bien. Plutôt inquiète.

Moi : D'accord. Et donc quelle émotion est-ce que tu as ressentie avant d'évoquer la suspicion d'embolie pulmonaire plutôt ?

Médecin 4 : Bah en arrivant chez elle, plutôt rassurée. Plutôt calme. Bon elle est un eu déconditionnée. Bah je ne m'inquiétais pas plus que ça. Quand j'ai pensé au diagnostic d'embolie pulmonaire et qu'on a parlé ensemble et qu'elle m'a dit « j'en ai déjà eu une », là je me suis dit « oh là là ». Oui donc ça devient vraiment sérieux. Ce n'est pas juste moi qui le pense, c'est... Plutôt anxieuse, et plutôt inquiète, quand même inquiète oui.

Moi : Et sur base de quoi est-ce que tu as ressenti cette inquiétude alors ?

Médecin 4 : Bah, euh, voilà, le risque qu'elle se dégrade au niveau respiratoire, au niveau voilà ; qu'elle me fasse un choc sur cette embolie pulmonaire... On sait bien que parfois tout peut basculer assez rapidement. Oui donc, vraiment la peur que l'état stable qui se dégrade en état plus complexe.

Moi : Mais je veux dire avant de penser aux conséquences de l'embolie pulmonaire, c'était quoi les signes qui t'inquiétaient finalement du coup ? Chez cette patiente.

Médecin 4 : Bah sa désaturation. Oui sa désaturation.

Moi : Mais pas spécialement son état clinique du coup ?

Médecin 4 : Non, non.

Moi : Et est-ce que précédemment tu avais déjà diagnostiqué une embolie pulmonaire qui aurait éventuellement pu t'aider cette fois-ci à évoquer le diagnostic ?

Médecin 4 : Euh oui. J'ai fait un diagnostic d'embolie pulmonaire beaucoup plus compliqué que celui-là. Au tout début de mon assistantat donc il y a deux ans. Où là justement on a laissé un peu trainer. On se disait c'est peut-être un peu d'anémie, et cetera. Là ça a trainé. Et puis c'était le tout début de l'assistantat donc j'étais en parallèle avec ma maître de stage. Et on avait laissé trainer le diagnostic donc je ne voulais pas que ça se répète. J'ai une suspicion, j'envoie quoi. Je n'ai pas cherché à faire des D-Dimères ou des choses comme ça. Voilà, oui. Ça m'a renforcée plutôt dans la rapidité de prise en charge plutôt.

Moi : Et euh, chez cette première patiente du coup, qu'est-ce que, enfin ça s'était passé comment la consultation en fait ?

Médecin 4 : Ouf, là c'était plus compliqué. Donc là c'était une patiente plus âgée. 75 ans à peu près, qui m'appelle pour dyspnée. Là les paramètres sont plutôt bons, je n'ai pas de points d'appels particuliers. Donc j'appelle ma maître de stage. Vraiment je n'avais rien de spécial. Et puis je ne la connaissais pas du tout cette patiente-là, la toute première. Et donc ma maître de stage me dit, oui, mais elle a quand même fait de l'anémie il n'y a pas très longtemps. Ce serait bien de faire une prise de sang. C'est peut-être son anémie qui se majore. Donc on fait la prise de sang pour l'anémie. Puis c'est en rentrant au cabinet, en épluchant un peu son dossier que je me rends compte qu'en fait elle a fait une Thrombose veineuse superficielle aussi quelques semaines avant, et cetera. La prise de sang revient avec une légère anémie, rien de dramatique, rien qui pouvait expliquer sa dyspnée. Donc là j'en ai parlé à ma maître de stage. Je me dis est ce qu'elle ne ferait pas une embolie pulmonaire. Évidemment au début d'assistantat on n'est pas du tout assurée, j'étais pas du tout dans le même contexte. Euh, et donc elle me « euh bah oui c'est vrai que c'est possible. Ecoute retourne la voir et fait des D-Dimères ». Euh évidemment on a eu un problème de tube. Le labo a analysé un INR et pas des D-Dimères. Donc hop on a encore reperdu une journée. J'ai dû retourner le lendemain. Finalement les D-Dimères étaient explosés. Donc là on l'a envoyé aussi aux urgences et elle faisait une belle embolie pulmonaire aussi. Donc là un diagnostic compliqué, qui a pris du temps, qui a été retardé. Et donc euh, où j'avais pas du tout tous les éléments. Je ne connaissais pas bien la patiente. Et donc un peu une sensation d'échec par rapport à ça et la volonté de ne plus passer à côté quoi. De se dire, oh j'ai le doute, je vais plus loin directement.

Moi : Et qu'est-ce qui t'amène à ce doute du coup ?

Médecin 4 : Pour la deuxième patiente ?

Moi : En général du coup, fin, pour les deux. Ou pour la deuxième d'abord oui.

Médecin 4 : Bah de se dire que l'embolie pulmonaire c'est quand même un diagnostic assez traître. On n'a pas beaucoup d'examens faciles à réaliser en médecine générale. Même un D-Dimère ça prend longtemps. Une écho des mollets il faut quand même compter la journée pour que la personne aille à l'hôpital. Oui c'est plutôt le retard de diagnostic qui fait, qui peut faire peur. Parce qu'encore une fois ça peut se dégrader vite.

Moi : Mais je veux dire, qu'est-ce qui t'amène à avoir le doute chez la patiente pour te dire que, ah bah oui il faut aller vite justement ?

Médecin 4 : Bah principalement ses paramètres.

Moi : D'accord.

Médecin 4 : Ses paramètres, que ce soit sa saturation, sa tension, euh et sa fréquence cardiaque. C'est principalement ces choses-là qui me disent, voilà je vais un peu plus vite ou pas quoi. Et l'état général global aussi. Mais.

Moi : Et est-ce qu'il y a quelque chose de reproductible chez ces patients qui permettent de t'orienter dans la suspicion d'embolie pulmonaire du coup ? Est-ce que tu as remarqué quelque chose de reproductible finalement ou pas tellement ?

Médecin 4 : Bah, moi ce qui m'a frappé chez les deux, c'est plutôt une dyspnée sans autres symptômes accompagnateurs. Donc euh, ni chez l'une ni chez l'autre il y avait de la toux, de la fièvre ou d'autres symptômes qui auraient pu me faire penser à un autre diagnostic. C'est que, en fait c'était une dyspnée nue les deux fois. C'est surtout ça.

Moi : Euh, et euh, en fait j'ai l'impression qu'à l'université on nous enseigne beaucoup de théorie sur l'embolie pulmonaire. Mais c'est à chaque fois finalement, des spécialistes, pneumologues en général, qui travaillent à l'hôpital, et donc qui ont tendance à voir les patients à des stades plus avancés que nous en médecine générale dans le sens où ils nous contactent en premier. Est-ce que tu aurais l'impression qu'il y a peut-être quelque chose qu'en médecine générale on pourrait faire attention alors qu'on ne nous a pas dit ça à l'université. Enfin je ne sais pas si tu as remarqué quelque chose ou discuté avec tes maîtres de stages du coup d'un signe un peu précurseur comme ça finalement ?

Médecin 4 : Pff, pas vraiment non. Je ne dirai pas non. Parce que des embolies pulmonaires ici, tu en as une finalement c'était une embolie pulmonaire difficilement diagnosticable, l'autre beaucoup plus facilement. Mais la différence vraiment pour moi avec l'hospitalier c'est

qu'on n'a pas tous les examens facilement réalisables comme à l'hôpital. À l'hôpital, le patient arrive aux urgences pour une dyspnée, même si ce n'est pas ça du tout, ils vont peut-être faire déjà les D-Dimères, faire des échos, faire des bilans plus poussés. Alors que nous, en médecine générale, on a plein de diagnostics. Ça aurait pu être une pneumonie, ça aurait pu être un covid. Bah, je ne sais pas faire de frottis de covid. Bah ma prise de sang elle va mettre au moins la journée à arriver ne fût-ce que pour exclure une CRP ou des D-Dimères. Donc on a quand même ce délai. Je crois que c'est vraiment la grosse différence avec l'hôpital, aux urgences tout va très vite. En 4 heures on a tous les résultats. Euh nous pas du tout et puis, on a les 15 ou 20 patients qu'on voit dans l'après-midi après qui suivent et qui retardent parfois aussi la lecture des résultats quand ils arrivent. Et donc euh, je crois que tout ça mis à bout fait que oui c'est plus difficile à diagnostiquer, ça oui.

Moi : Et donc quelle place est-ce que tu accordes au sens d'alarme dans la suspicion du diagnostic d'embolie pulmonaire ?

Médecin 4 : Sens d'alarme, je n'ai pas très bien compris.

Moi : Oui. Bah en fait, au fait qu'il y a quelque chose qui ne va pas, mais tu ne sais pas trop dire quoi. À ton feeling justement. Quelle part est-ce que tu accordes à ça dans la suspicion d'embolie pulmonaire ?

Médecin 4 : Bah elle est quand même importante je pense. Bah d'abord les paramètres, mais aussi il y a quand même ce sentiment qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Ce n'est pas normal une dyspnée franche chez une patiente qui ne se plaint pas de toux et de rien d'habitude. Je pense que ça prend quand même une place importante. Mais il faut connaître son patient. Sans connaître son patient, c'est plus compliqué.

Moi : Et donc sur une échelle de 1 à 10 tu mettrais plus ou moins quelle valeur pour ce feeling justement dans le, la part du diagnostic ?

Médecin 4 : Euh important quand même. Pff 6,5 sur 10. Oui quand même. Oui 6 sur 10 je dirai, 6, allez 6. Je trouve que c'est quand même important oui.

Moi : Et donc pour toi la connaissance du patient ça a une grande part d'importance.

Médecin 4 : Oui bien sûr. Surtout quand on voit ma patiente 1 et ma patiente 2. Une que je connaissais pas bien ou pas du tout même. Et l'autre que je connaissais très bien. Euh j'ai pu me positionner. Bon et l'expérience aussi. Deux ans de plus. Je pense que le même cas, le premier cas aujourd'hui, que je connaisse ou pas la patiente ça va jouer encore aujourd'hui.

Moi : Et qu'est-ce qui te permet de te rassurer dans le diagnostic, allez quand tu as une suspicion d'embolie pulmonaire ? Ou est-ce qu'il y a quelque chose qui pourrait te rassurer ou pas spécialement ?

Médecin 4 : Me rassurer par rapport à l'état de la patiente ou par rapport à mon diagnostic ?

Moi : Par rapport à l'état de la patiente.

Médecin 4 : Par rapport à l'état de la patiente, bah un bon débit de parole, des paramètres qui sont quand même corrects. Euh, je reviens toujours aux paramètres, mais je pense que c'est super important dans l'embolie pulmonaire vraiment. Parce que finalement on a que ça. On a les plaintes de la patiente, les paramètres et ce qu'on ausculte. En général il n'y a pas grand-chose donc il nous reste les paramètres et l'état de la patiente de manière générale. Si elle arrive plus à nous faire une phrase correctement ou qu'elle sait encore aller dans sa cuisine chercher ses petits papiers, c'est plutôt rassurant. Mais avec bien sûr parcimonie. On sait bien oui que les patients peuvent se dégrader rapidement oui.

Moi : Et toi tu travailles à quel endroit ?

Médecin 4 : A Houdeng-Goegnies. C'est dans le Hainaut.

Moi : D'accord. C'est plutôt semi-rural ou urbain.

Médecin 4 : Oui c'est plutôt la ville.

Moi : Ok. Et tu disais il y a un hôpital proche du coup c'est ?

Médecin 4 : Oui il y a Tivoli, Jolimont. Bah les deux sont à 10 min du cabinet donc vraiment très proche.

Moi : Merci beaucoup.

Médecin 5

Moi : Je souhaitais vous interroger parce j'aimerais faire mon TFE sur la place du gut feeling dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire.

Médecin 5 : Attendez, la place du...

Moi : Gut feeling. Donc en fait c'est le ressenti du médecin dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire. Et vous m'avez dit que vous avez diagnostiqué récemment une embolie pulmonaire. Euh...

Médecin 5 : Oui. Récemment je n'en ai qu'une, mais j'en ai eu pas mal dans ma pratique.

Moi : Est-ce que vous pouvez me parler de la dernière consultation où vous avez diagnostiqué l'embolie pulmonaire ?

Médecin 5 : La dernière consultation c'est une dame, je ne l'ai pas diagnostiqué tout de suite. Donc c'est une patiente qui vient pour un contrôle. En l'interrogeant, elle me dit « oh bah je suis vite essoufflée ». Pff, oui, bon une dame de 80 ans, hein, hypertendue, avec plusieurs facteurs de risque. Et puis elle me dit « mon genou fait mal ». Mais son problème de genou, il y a une gonarthrose connue donc je ne réexamine pas le genou. Et je dis écoutez, on va vous prendre un rendez-vous chez le cardio. On a les adresses mail des cardio pour les urgences. Donc je lui fais un papier. Je lui dis, « si ça ne va pas, si on ne vous répond pas, si on ne vous donne pas un rendez-vous rapidement, vous me téléphonez, j'enverrai un mail pour avoir un rendez-vous en urgence ». Elle avait une auscultation cardio-pulmonaire normale. Le soir elle me téléphone en me disant « Ecoutez, je n'ai pas réussi à avoir de rendez-vous avant deux mois ». Donc je lui dis « Bah, je vais envoyer un mail pour avoir un rendez-vous plus vite ». Et puis je réinterroge et je dis « mais votre jambe qui fait mal, est-ce que ce n'est pas le mollet plutôt que le genou ? ». Elle me dit « oui et j'ai une jambe gonflée ». Donc je la fais venir, j'examine. Elle avait une thrombose veineuse profonde et j'ai hospitalisé parce qu'en fait sa dyspnée était due à l'embolie pulmonaire.

Moi : Mmmm

Médecin 5 : Voilà.

Moi : Et quand vous dites qu'elle avait plusieurs facteurs de risque, c'était quoi ?

Médecin 5 : Non plusieurs facteurs de risque, c'est une dame avec de l'hypertension. C'est tout.

Moi : Et euh, quels sont les éléments qui vous ont aidés dans le diagnostic de cette embolie pulmonaire ? D'abord peut-être au niveau anamnestique ?

Médecin 5 : Bah je repensais à ce genou, je me dis, mais est-ce qu'elle a vraiment mal au genou ? Et puis il y avait la dyspnée. Donc il n'y a pas 36 choses. Ou c'était de la décompensation, oui décompensation cardiaque ou un problème respiratoire. Elle n'avait pas de problèmes respiratoires connus. Et tout à coup elle était dyspnéique au moindre effort. Donc euh, pas 36 solutions.

Moi : Et au niveau clinique est-ce que vous aviez quelque chose ?

Médecin 5 : Cardio-vasculaire non. Cardio-vasculaire non ; pulmonaire, à l'auscultation rien du tout.

Moi : Et au niveau saturation et fréquence cardiaque ?

Médecin 5 : Je pense sa fréquence cardiaque était normale. Et la saturation, c'est vos réflexes aux jeunes. Nous on a, j'ai racheté un oxymètre récemment, mais on ne le fait pas systématiquement comme vous le faites. Mais de toute façon, si elle était polypnéique elle est en hyperventilation donc elle devait avoir une saturation normale.

Moi : Et donc elle avait une fréquence respiratoire augmentée par contre ?

Médecin 5 : Pas au repos.

Moi : D'accord.

Médecin 5 : Non, non, non. Au repos elle avait un examen clinique tout à fait normal. C'est juste l'anamnèse où elle disait « quand je marche je suis essoufflée alors qu'avant je ne l'étais pas ».

Moi : Et est-ce que vous avez utilisé des examens quand elle est venue vous voir ? Peut-être un ECG ou une prise de sang ou quelque chose comme ça ?

Médecin 5 : La première, bah, elle est venue me voir fin de matinée. Là j'ai fait un examen clinique en faisant le papier cardio. Je n'ai pas pensé à l'embolie tout de suite. Donc je n'ai pas fait d'analyse, je n'ai pas fait de prise de sang non.

Moi : Et quand elle...

Médecin 5 : Je ne sais pas, mais quand il y a beaucoup de monde dans la salle d'attente, et que les gens s'impatientent, c'est pas... Non je n'ai pas pensé à l'embolie le matin j'y ai pensé le soir.

Moi : D'accord. Et est-ce que vous, enfin vous m'avez dit vous connaissiez les antécédents de votre patiente ?

Médecin 5 : Oui, oui, oui.

Moi : Au niveau familial elle n'avait rien ? Enfin elle avait rien de connu ?

Médecin 5 : Hypertension.

Moi : D'accord.

Médecin 5 : Non et pas d'antécédent de thrombose. Ça il faudrait que je relise mon dossier à ce moment-là.

Moi : Et vous, de base vous connaissez les éléments diagnostics de l'embolie pulmonaire à rechercher à l'anamnèse comme par exemple un alitement ? Ou bien elle n'avait pas tous ces signes-là.

Médecin 5 : Non, non. Elle n'avait pas été alitée.

Moi : Et euh, quand elle est revenue vous voir alors, est-ce que vous avez utilisé un score ou bien un autre outil pour le diagnostic de l'embolie ?

Médecin 5 : Je n'utilise jamais les scores.

Moi : D'accord. Et pourquoi pas ?

Médecin 5 : Mais je pense qu'avec l'âge je travaille plus de façon intuitive. Et que ça va beaucoup plus vite. Non je ne suis pas une femme à score. J'ai horreur de ces histoires-là.

Moi : Et c'est juste parce que vous avez l'impression que le score n'apporte pas grand-chose ? Ou pourquoi ?

Médecin 5 : Je dis chez cette femme qui n'était pas dyspnéique qui le devient tout à coup depuis quelques jours, qui me parle de son genou, mais je ne relève pas parce qu'il y avait une gonarthrose connue. Mais là j'avais regardé ses jambes, il y avait une jambe gonflée donc euh, ni une ni deux, ça ne pouvait être qu'une embolie.

Moi : Et cette patiente vous la connaissiez depuis longtemps alors ?

Médecin 5 : Pfff une dizaine d'années.

Moi : Une dizaine d'années. Mais dans le diagnostic vous intégrez les antécédents, mais aussi les habitudes de vie ? Comme le tabac, alcool, l'obésité... ?

Médecin 5 : Oui, mais là c'est une dame de 80 ans, hypertendue.

Moi : D'accord.

Médecin 5 : Hypertendue, hyperparathyroïdienne depuis déjà une petite dizaine d'années. Parce que déjà un autre médecin. Le dossier hyperparathyroïdie n'était jamais revenu. Mais elle n'était pas alitée, elle n'avait pas spécialement des facteurs de risque connus.

Moi : Ok. Et au-delà des éléments objectifs, donc comme vous disiez la jambe gonflée ou la douleur dans le mollet, est-ce qu'il y a quelque chose qui vous a interpellé dans cette consultation ? Euh du point de vue par exemple de votre ressenti ou alors du ressenti de la patiente. Enfin de ce que la patiente exprimait ?

Médecin 5 : Disons que c'est une dame qui ne se plaint pas vite. Ça c'est quand même un élément important qui tout à coup, si elle me dit ça c'est que c'est vrai. Il faut faire quelque chose.

Moi : Et est-ce vous, vous avez ressenti quelque chose ? Parce que vous me dites, finalement, à la fin de la journée, vous y avez quand même repensé. Donc c'est peut-être que quand même ?

Médecin 5 : Mmmm, bah je lui avais dit si vous n'avez pas le rendez-vous tout de suite vous me téléphonez.

Moi : D'accord.

Médecin 5 : Et elle m'a téléphoné. Donc euh, je ne pouvais pas la laisser attendre.

Moi : Mais c'est que dans le fond vous étiez quand même un peu inquiète pour elle ?

Médecin 5 : C'était pas normal. Il fallait faire quelque, il fallait diagnostiquer, il fallait faire quelque chose.

Moi : Et est-ce que vous arrivez à mettre des mots sur ce que vous ressentiez ou pas vraiment ?

Médecin 5 : Dans quel sens ?

Moi : Euh, mais donc,

Médecin 5 : C'était pas de là, bah je m'inquiétais pour elle.

Moi : Oui.

Médecin 5 : Je ne l'aurai pas laissé la nuit comme ça.

Moi : Oui. Donc la première, initialement tout était plus ou moins normal, mais vous vous êtes dit, « c'est pas comme d'hab... »

Médecin 5 : C'est pas le genre de femme à se plaindre. Tout à coup elle n'a jamais été polypnéique. Euh, ou dyspnéique. Tout à coup elle le devient. C'est depuis quelques jours. C'est pas normal, il faut faire une mise au point. J'ai pas relevé, je pense que j'avais trop de monde. Je n'ai pas relevé quand elle m'a dit mon genou fait toujours mal alors qu'en fait c'était son mollet. Et puis le soir le franc est tombé en relisant mes résultats. Enfin en étant un peu plus au calme.

Moi : Et euh, sur base de quoi est-ce que vous avez ressenti cette inquiétude alors ? C'est plus le fait que c'était anormal par rapport à... Médecin 5 : C'est pas normal. Quelqu'un qui tout à coup est essoufflé c'est toujours anormal.

Moi : Mais cette patiente-là ne laissait rien transparaître d'inquiétude plus que d'habitude ? Ou bien de...

Médecin 5 : Non assise devant moi elle avait l'air tout à fait normale.

Moi : D'accord.

Médecin 5 : Elle n'était pas polypnéique. J'en ai eu d'autres avec des cas plus grands. Mais là elle était comme d'habitude.

Moi : Donc c'est surtout le fait en fait que vous la connaissez bien qui vous a fait penser à l'anamnèse que voilà, si elle vient vous voir c'est parce qu'il y a quelque chose de pas normal.

Médecin 5 : Elle venait pour ses médicaments. Elle venait pas pour sa plainte.

Moi : À donc initialement elle venait pas pour ...

Médecin 5 : C'est lors de ...

Moi : Pas pour la dyspnée ?

Médecin 5 : Non, elle venait pas pour cette plainte-là. Elle venait pour son renouvellement de médicament.

Moi : D'accord. Et c'est vous qui l'avez interrogé sur un peu les systèmes et puis vous vous êtes rendu compte qu'en fait elle se plaignait de ...

Médecin 5 : Oui et alors là elle me dit « oui, mais docteur c'est pas normal je suis essoufflée maintenant alors que je ne l'étais pas. » Mais la plainte, elle ne me consultait pas pour ça.

Moi : Ah étonnant ça. Et, mmm

Médecin 5 : Mais souvent les gens ne consultent pas pour le problème le plus grave.

Moi : Ou ils oublient d'en parler c'est vrai. Et est-ce vous avez eu précédemment des expériences de diagnostic d'embolie pulmonaire qui vous ont un peu aidé dans ce diagnostic-ci ?

Médecin 5 : Bah j'ai eu beaucoup de, j'ai l'impression d'avoir eu beaucoup de cas d'embolie pulmonaire.

Moi : Dans votre vie ?

Médecin 5 : Moi j'avais relevé, refais-les plus, celles dont je me souvenais. Je ne sais pas si ça vous intéresse.

Moi : Si ça m'intéresse de les entendre.

Médecin 5 : Parce que c'était assez. Donc là, mais ça fait presque 20 ans. J'ai une dame de 30 ans, obèse, obèse. Qui avait eu un bébé deux mois avant et qui lors d'un contrôle me dit, enfin elle se plaignait de tachycardie et de dyspnée. Elle était tellement grosse qu'elle n'avait pas les jambes gonflées spécialement. Mais elle avait des facteurs de risque. Elle avait accouché. Et alors là, bah l'examen clinique n'était pas, n'apportait pas grand-chose. Donc je sais que je l'ai envoyé chez le cardio à l'époque. J'ai fait faire un thorax et je l'ai envoyé chez le cardio. Mais faut se dire qu'à l'époque on avait pas de D-Dimères, on n'avait pas d'oxymétrie et on n'avait pas d'angioscan hein Donc je fais un thorax, je demande un avis cardio. Le cardio me répond « tout à fait normal ». Ce qui n'était pas normal. Et puis le lendemain le franc est tombé. Je me dis « mais cette femme fait une embolie c'est pas possible je ne crois pas le cardio ». Enfin le cardio avait mesuré la tension pulmonaire c'était normal. Je me dis non ce n'est pas normal. Donc j'ai envoyé faire une scintigraphie en urgence et c'est la scinti qui détectait l'embolie. Donc le, le scintigraphiste m'a téléphoné en disant « Catherine grâce à ton brillant diagnostic enfin bref, ta patiente fait bien une embolie ». Mais non seulement elle faisait une embolie, mais elle avait thrombosée toute sa veine cave inférieure.

Moi : Mmmm

Médecin 5 : Là elle avait quand même les facteurs de risque : accouchement, il n'y avait pas de césarienne, mais elle avait, elle était tellement grosse de partout que je ne peux pas dire qu'elle avait les jambes gonflées. Voilà, elle n'avait pas une jambe gonflée. Donc là je me dis heureusement que j'ai remis l'avis du cardiologue en doute. Parce qu'il dit pas d'hypertension pulmonaire, mais elle avait thrombosée toute sa veine cave.

Moi : Et là c'est quoi qui vous avait inquiété alors chez elle ? Enfin comment est-ce que vous vous êtes dit c'est pas normal ?

Médecin 5 : Bah quelqu'un qui est tachycarde au repos et qui est dyspnéique même au repos c'est pas normal.

Moi : Non, non tout à fait. Tout à fait.

Médecin 5 : Qu'elle soit dyspnéique dans ses escaliers avec ses 120 kg ou 130 kg oui, mais pas au repos.

Moi : Et elle vous la connaissiez bien cette patiente ?

Médecin 5 : S'il vous plaît ?

Moi : C'est une patiente que vous connaissiez bien au niveau antécédent ? Vous l'aviez déjà vu ?

Médecin 5 : Je ne la connaissais pas bien.

Moi : D'accord.

Médecin 5 : Une patiente qui vient d'accoucher, les embolies du post-partum c'est quand même...

Moi : Connu oui.

Médecin 5 : C'est dans les romans.

Moi : Oui tout à fait. D'accord.

Médecin 5 : Il y a beaucoup de femmes qui succombaient en post-partum sur des embolies.

Moi : Mmmm, tout à fait.

Médecin 5 : Alors j'avais un autre patient. C'était aussi, bon bah disons, que là elle avait des facteurs de risque. Un autre patient qui lui, à l'âge d'une trentaine d'années avait fait une pneumonie, avait fait une thrombose veineuse profonde, chez qui on avait découvert une résistance à la protéine C et puis, tout s'est bien passé pendant une vingtaine d'années. Un jour il me téléphone et il me dit « Catherine, est ce que tu peux me prescrire du naproxène ou du voltaren j'ai mal aux côtes ». Je dis « Christian, tu viens chez moi, je vois si tu as vraiment mal aux côtes parce que... ». Là ça fait, au quart de seconde je me suis dit il fait une embolie.

Moi : Ah oui pourquoi ?

Médecin 5 : Je l'ai vu... Mais parce qu'il avait cette résistance à la protéine C déjà. Et que, bon, il se diagnostiquait froissement costal, mais, je ne crois pas tant que je n'ai pas vu. Bon, donc, quand je l'ai vu je pense qu'il était normal. Je n'ai pas noté dans le dossier, mais il était, enfin, je pense que là il y avait un angioscan, ou on a fait les D-Dimères. Et de fait il faisait une embolie. Je pense sur une, aller, il avait déjà une mauvaise jambe avec sa phlébite. Ses antécédents de phlébite 20 ans auparavant. Donc il était tout de suite pris en charge. Mais je me dis, heureusement que je n'ai pas donné un anti-inflammatoire par téléphone.

Moi : Mmmmm

Médecin 5 : D'autant plus que c'était, que c'était quelqu'un que je connaissais plus personnellement donc là les gens s'autorisent à me dire, oui est-ce que je peux avoir ceci, cela. J'ai dit « non ».

Moi : Et lui dans sa voix au téléphone il y avait quelque chose d'inquiétant ou pas spécialement ?

Médecin 5 : Rien du tout. Il n'était pas polypnéique non plus. Il était pressé. Il m'a dit, j'ai pas le temps je vais travailler.

Moi : D'accord.

Médecin 5 : Ah non, oui il faut se méfier.

Moi : Et c'est vous qui vous êtes dit il y a quelque chose d'anormal ?

Médecin 5 : Les gens ne sont pas comme dans les livres. Il n'était pas angoissé, il n'était pas tachycarde.

Moi : Et c'est vous qui vous êtes dit, alors à son histoire, là par contre, ses antécédents, c'est pas normal de faire ça ?

Médecin 5 : Ses antécédents oui.

Moi : Mmmmm, d'accord.

Médecin 5 : Méfiance. Voilà.

Moi : Ah eh ben.

Médecin 5 : Alors, j'en ai pris encore quelques-uns. Donc là la plainte c'était douleur costale hein. Voilà.

Alors, maman, qui se fait opérer d'un néo du colon. Rhooo elle avait fin des septantes, début quatre-vingt. Elle en a nonante-deux maintenant. Maman est en fibrillation auriculaire, elle est sous sintron. Mais pour l'opérer de son néo évidemment on a arrêté son sintron et elle a eu de la fraxiparine 40 en post-op. Je vais la voir tous les jours puis elle me dit « écoute Catherine, maintenant ça va, tu n'es plus obligée de me voir tous les jours. Tu vois bien que je vais bien ». Je me dis chouette. (rire). Je vais pouvoir me reposer un peu. Et je vais la voir deux ou trois jours après. Je la trouve avec les tuyaux d'oxygènes dans le nez. Elle me dit « Catherine il faut que je t'explique. J'ai fait une crise d'asthme ».

Moi : Mmmm

Médecin 5 : Mais je dis « mais maman, tu n'as jamais fait de crise d'asthme jusqu'à maintenant. Tu n'es pas asthmatique, tu fais une embolie ». Euh, je demande à l'infirmière qui était là. C'était l'infirmière en fait, était la chef de service, avait été cardiologue en Roumanie. J'arrive près d'elle, mais au quart de tour je dis elle fait une embolie c'est pas possible. J'arrive près de l'infirmière, elle me dit « mais non elle a de la fraxi 40 ». Je dis « c'est pas une dose suffisante ». Elle me dit « mais elle n'est pas angoissée, elle n'est pas tachycarde ». Je dis elle n'est pas tachycarde elle a des bêtabloquants. (Rire). Enfin elle me décrit tous les symptômes livresques de l'embolie. Je lui dis, « écoutez je peux me tromper, mais prouvez-moi que ce n'en est pas une ». Donc j'ai vraiment quasi du faire un sit-in à la clinique. Alors elle me dit « ah il faut que vous alliez trouver l'assistant de médecine interne ». J'ai été trouver

l'assistante de médecine interne. Je lui ai dit, je pense, je suis quasi certaine que maman fait une embolie. Donc l'assistance a dit, « ok », là il y avait l'angioscan, « on fait un angioscan ». Et embolie massive. Donc l'infirmière en chef m'a dit... J'ai pas fait de mon nez, maman a été soignée et ça s'est bien déroulé. Mais je me dis chaque fois, c'est peut-être une chose à savoir en tant que généraliste, c'est que le ridicule ne tue pas. Si je m'étais trompée, ce n'était pas grave. Mais on doit contester l'avis des personnes qui sont au-dessus de nous aussi. Et tant pis. Enfin moi je dis toujours, comme je suis blonde j'ai peut-être une excuse je peux dire des bêtises. Donc euh, ...

Moi : Et donc là chez votre maman...

Médecin 5 : Là maman est soignée. S'il vous plaît ?

Moi : Chez votre maman c'est de nouveau aussi un changement de comportement plutôt brutal alors qu'il n'y avait pas de symptômes ? C'est vraiment une apparition, aller...

Médecin 5 : Mais oui. On devrait le savoir, avec un néo, alitée, donc, sans symptômes majeurs c'était réuni pour faire une embolie. Avec une petite dose de fraxiparine. Bon elle a toujours eu mal aux jambes, mais c'était la première fois qu'elle faisait une embolie.

Moi : Mais, euh, qu'elle place est ce que vous accordez au sens d'alarme dans la suspicion du diagnostic d'embolie pulmonaire ?

Médecin 5 : Quelle place est-ce que j'accorde au ?

Moi : Quelle place est-ce que vous...

Médecin 5 : J'ai pas compris.

Moi : Oui. Quelle place est-ce que vous accordez au sens d'alarme dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire ?

Médecin 5 : Bah là il y avait des alarmes.

Moi : Euh je veux dire, le, le feeling. Fin, le sentiment négatif que vous pouvez ressentir, quelle place est-ce que vous lui accordez dans ce diagnostic-ci ?

Médecin 5 : 100%.

Moi : 100%. Donc pour vous l'embolie...

Médecin 5 : Mais pour elle il y avait quand même du rationnel. Elle avait tous les facteurs de risque. Je ne pense pas, il ne fallait pas être très malin pour diagnostiquer une embolie en post op.

Moi : Oui, non, mais dans le diagnostic d'embolie pulmonaire en général, est-ce que vous accordez une grande part d'importance à ce feeling justement ?

Médecin 5 : Oui. Avec l'âge j'accorde plus d'importance au feeling qu'à la, qu'aux cotes.

Moi : Et ça fait combien de temps que vous pratiquez ?

Médecin 5 : Bah ça fait 40 ans maintenant.

Moi : D'accord, et vous...

Médecin 5 : J'approche.

Moi : Et vous pratiquez dans quelle région ? Quelle ville ?

Médecin 5 : Je pratique dans le sud Luxembourg, au fin fond de la Belgique.

Moi : D'accord. Donc c'est plutôt rural ? Ou il y a un hôpital ?

Médecin 5 : Ça été, c'est une ancienne ville sidérurgique. On pourrait comparer à Charleroi.

Moi : Oui, et alors sur une échelle de 1 à 10, estimez, est ce que vous savez estimer votre part de subjectivité dans ce diagnostic-là ?

Médecin 5 : Subjectivité, bah les deux sont réunis.

Moi : Oui. Donc vous diriez ?

Médecin 5 : Je ne sais pas dire, parce que bon, subjectif, moi je veux dire, au, au centième de seconde, quand je suis rentrée je me suis dit « bon elle fait une embolie », mais tous les facteurs étaient réunis, rationnellement euh...

Moi : Mais pour la dernière patiente que vous avez vu là, où il y avait là, enfin la première histoire que vous me racontiez, chez elle la part de subjectivité dans le diagnostic entre 1 et 10 vous diriez du coup plutôt combien ?

Médecin 5 : La part de subjectivité, je ne sais pas dire. Parce que je trouve que j'aurai pu le voir tout de suite. Je ne l'ai pas vu, je ne l'ai pas vu le matin, je l'ai vu le soir. Je ne sais pas dire moi la part de subjectivité.

Moi : Ou la part de feeling c'est pareil, vous diriez plutôt, plutôt 1 sur 10 ou 10 sur 10.

Médecin 5 : La part de feeling ? Bah la part de feeling le soir je me suis dit « mais c'est bien sûr, espèce de conne, tu es en train de louper une embolie.

Moi : Mmmm, oui, d'accord.

Médecin 5 : Mais le matin, ça n'a, le déclic ne s'est pas fait ? Je me suis dit décompensation cardiaque, hypertension. Enfin je me suis dit décompensation cardiaque le matin.

Moi : Mais donc en général vous y accordez au moins 50% de votre euh

Médecin 5 : Au feeling oui, même plus oui. Plus oui.

Moi : D'accord. En fait vous c'est un diagnostic que vous évoquez quand même fréquemment, dès que, aller, auquel vous songez fréquemment dès qu'il y a un changement de comportement anormal chez vos patients ?

Médecin 5 : Oui, mais que ce soit aussi dans d'autres domaines. Je sais par exemple que j'ai une patiente qui est une superwoman, mère de quatre enfants, qui assume un tas de choses, à la fois, mais c'est extraordinaire. Et un jour elle vient, elle me dit « je suis fatiguée ». Je dis non, ça ne va pas. Puis j'ai mal au ventre. Je mets mes mains sur son ventre, elle faisait une diverticulite abcédée. Je l'ai envoyée aux urgences. Mais cette femme me dire « je suis fatiguée » c'est grave.

Moi : Oui, oui d'accord.

Médecin 5 : Venant d'elle ; évidemment si je ne l'avais jamais vue c'est différent. Mais venant d'elle c'était grave.

Moi : Et vous avez accès rapidement à un hôpital ou bien vous faites souvent alors des D-Dimères vous-même ou un ECG ?

Médecin 5 : L'ECG je peux le faire, mais les D-Dimères soit je fais la prise de sang j'envoie à l'hôpital. Mais quand il y a une forte suspicion, j'envoie tout de suite et je téléphone aux urgences...

Moi : Et l'hôpital c'est loin de chez vous ?

Médecin 5 : Parce que les D-Dimères si je n'ai pas un labo qui vient tout de suite je vais perdre beaucoup plus de temps à faire la prise de sang moi-même, à demander un, à demander un taxi au labo si on est en dehors des heures et voilà.

Moi : D'accord. Donc oui, vous faites pas spécialement. C'est, s'il y a suspicion c'est urgences. Et l'hôpital le plus proche est à combien de temps de chez vous ?

Médecin 5 : 15 kilomètres. C'est 10 minutes, 15 minutes. Mais je téléphone aux urgences pour que la personne soit prise.

Moi : Directe.

Médecin 5 : Rapidement. Sinon elle peut attendre 1 heure, une demi-journée aux urgences.

Moi : Oui ça c'est vrai. C'était très intéressant de discuter avec vous.

Médecin 5 : J'avais d'autres cas d'embolie, mais vous avez peut-être ...

Moi : Non c'est juste qu'en fait c'est surtout dans les derniers 6 mois qui m'intéressait. Mais toutes vos histoires sont super intéressantes, mais j'ai peur que ça biaise un petit peu mon étude du coup.

Médecin 5 : Ah d'accord, OK.

Moi : Mais vous êtes la première médecin que j'interroge qui a autant de diagnostic d'embolie pulmonaire dans sa pratique. Alors je ne sais pas si les autres n'y pensent pas ou bien, ou si vous êtes dans une région où il y en a plus que d'autres, je ne sais pas.

Médecin 5 : Pas plus. Je pense qu'une fois qu'on en a vu quelques-unes on y pense beaucoup plus vite aussi.

Moi : En fait j'avais une dernière question, euh, j'ai l'impression qu'en médecine générale, on voit les patients souvent à des stades plus avancés qu'aux urgences, enfin plus précoces qu'aux urgences.

Médecin 5 : Bah oui.

Moi : Dans le sens où ils viennent souvent nous voir et donc il y a peut-être, est ce que, sur votre panel d'embolie pulmonaire que vous avez diagnostiqué, est-ce qu'il y a quelque chose que vous avez remarqué où vous pourriez vous dire « ah tiens, avec ce signe-ci je pourrais penser à l'embolie pulmonaire » ? Quelque chose qu'on ne nous enseigne pas forcément à l'université parce qu'on nous donne des critères hospitaliers alors que nous on a tendance à voir les patients un peu en amont en fait.

Médecin 5 : Oh, qu'est-ce qui fait penser... Bah évidemment il y a les antécédents, il y a les façons de vivre, il y a tous les facteurs de risque. Il y a quand même énormément de coagulopathie. Mais là on les découvre après l'embolie, ou après la thrombose veine profonde. Je dirai il y en a quand même beaucoup d'embolies.

Moi : Il n'y a pas quelque chose de, qui pourrait, oui auquel vous vous dites...

Médecin 5 : Seulement les signes sont polymorphes. Souvent c'est quand même la dyspnée, la polypnée. Mais ça peut être des quintes de toux, des crises d'asthme. Parce que j'ai une patiente, mais ça fait un an, je me demande si elle je ne l'ai pas loupée au début. Parce qu'elle faisait des quintes de toux, des bronchospasmes et puis après elle a fait sa phlébite et on a vu qu'elle avait fait des embolies. Donc c'est quand même le caractère polymorphe. Mon neveu de 35 ans, a été hospitalisé. Malheureusement je ne l'ai pas vu parce qu'il est à Londres. Mais avec le diagnostic de pneumonie, il a eu des antibiotiques, qu'il m'a dit qu'on lui avait donnés, je pense que c'est du Bactrim. Je ne sais pas comment les Anglais soignent leurs pneumonies. Et puis finalement il est retourné une deuxième fois à l'hôpital. Très, très dyspnéique, polypnéique. Et il faisait des embolies massives.

Moi : Ah oui !

Médecin 5 : Donc je ne sais pas si on a fait les tests de coagulopathie. Mais c'est un jeune homme qui voyage énormément, qui dort dans l'avion, en classe économique avec les jambes repliées. Je pense que ça vaudrait la peine quand je le reverrai de faire des tests.

Moi : Ah bah merci.

Médecin 5 : Mais les jeunes hommes qui font des longs courriers c'est quand même...

Moi : Mmmm J'y penserai plus souvent maintenant. Aller j'essaierai en tout cas.

Médecin 5 : Mais surtout j'allais dire, remettre en question. Parce que maman a refait une deuxième embolie après. Et elle avait vu le cardio. On lui avait dit « mais non c'est rien, vous avez un peu... » Elle avait un peu mal au mollet. On lui avait dit « non c'est rien ». Et puis finalement j'ai de nouveau dû lutter pour lui faire un angioscan et elle refaisait une embolie quelques années plus tard.

Moi : Donc vous, quand il y a quelque chose qui vous inquiète il faut aller jusqu'au bout pour essayer, il faut l'exclure et on ne peut pas... Il n'y a rien qui peut nous rassurer tant qu'on n'a pas fait l'examen ?

Médecin 5 : Oh oui. Ça moi oui, je dirai tant pis si on nous prend pour des connes. Au moins on essaye. L'erreur est humaine, les spécialistes peuvent se tromper aussi.

Moi : Merci beaucoup, c'était super intéressant de discuter avec vous.

Médecin 6

Moi : Je souhaitais vous interroger sur, enfin pour mon TFE qui est sur le gut feeling dans l'embolie pulmonaire. Est-ce que vous pouvez me parler de la dernière consultation où vous avez diagnostiqué une embolie pulmonaire et ça s'est avéré être le bon diagnostic ?

Médecin 6 : Oui, bon je t'avais dit par mail hein donc, attends je vais reprendre le dossier du patient sous les yeux. C'est un cas un peu particulier donc euh.

Moi : D'accord.

Médecin 6 : Alors, donc c'est un patient de 69 ans qui, euh, qui vient... À la base ce n'était pas une consultation prévue pour lui. C'est euh les personnes qui s'en occupent. C'est un monsieur qui a un retard mental. Et les gens qui s'en occupent avaient rendez-vous et puis ils l'ont pris avec parce que depuis 2 jours ils le trouvent essoufflé. Et moi quand il entre je dis non on va commencer par lui parce que, euh, effectivement au repos tu vois une dyspnée de grade 4 quand il entre dans le cabinet. Euh alors, euh, je prends ses paramètres. Il a 160 de pulses par minute au repos. Euh, une auscultation tout à fait normale. Pas de signe de TVP, une tension à 14. 92% de saturation. Euh, oui donc ça trainait depuis 3 jours. Les patients, les gens qui s'en occupent me signalent également, euh, une perte de poids et inappétence. Euh, il aurait perdu 7 kilogrammes en 3 semaines à peu près. Euh et euh et voilà. Euh cliniquement le pouls ne me paraît pas irrégulier. Euh et donc moi je l'envoie à l'hôpital. Euh je dis aux gens d'aller directement aux urgences, je fais un mot. Je suspecte plutôt une décompensation cardiaque qui apparaît même si c'est vrai que j'étais un peu ; j'avais checké ses mollets, mais voilà pas de signes suspects de phlébite. Donc voilà soit embolie pulmonaire, peut-être, vu qu'il était franchement tachycarde peut-être une décompensation cardiaque sur un passage en Bouveret ou un truc comme ça. Euh...

Donc ensuite, je prends le rapport de l'hospitalisation. Donc ce monsieur a été admis aux soins intensifs, parce que, euh, voilà. Le rapport des urgences. Donc ils lui font une radio thorax, majoration de la trame vasculaire pulmonaire centrale de façon bilatérale.

Moi : Mmmm

Médecin 6 : Laboratoire, il a une CRP à 85, 13 000 blancs, de D-dimères supérieurs à 20 000. Ionogramme correct. Une insuffisance rénale avec une créat à 1,8. De troponines à 40. Un BNP à 16000. L'ECG montrait qu'il était en FA en réalité. Il était en Fibrillation auriculaire à 160

par minute. Vu qu'il avait une insuffisance rénale, ils ont fait une scintigraphie hautement suspecte d'embolie pulmonaire multiple dans le segment droit et gauche. Le pH artériel était, donc montrait un pH à 7,55. Une PaCO₂ à 21. Une PaO₂ 104. Il saturait à 97% sous 2 litres d'oxygène.

Moi : D'accord.

Médecin 6 : Donc il a été aux soins intensifs et là ils ont mis en évidence. Euh non, d'abord la cardiologue a fait une échographie cardiaque. Donc il est monté à l'étage et la cardiologue en faisant l'écho, euh, attend je vois le protocole de l'écho. Oui, vu qu'il y avait cette notion de perte de poids ils lui ont fait un scanner thoracoabdominal à blanc qui n'a rien montré de particulier. Voilà. Et à l'échographie ils ont montré, l'échographie a montré un volumineux caillot dans l'oreillette droite pour laquelle ils ont fait une fibrinolyse lente par urokinase qui a permis de dissoudre le caillot en 72 heures.

Moi : Et vous quand vous avez envoyé le patient aux urgences vous aviez pensé à l'embolie pulmonaire ?

Médecin 6 : Euh, oui je disais en deux. Je l'ai dans mes hypothèses de diagnostic. Je pensais plus à une décompensation cardiaque vu la tachycardie importante. Mais on ne peut pas ne pas l'exclure vu une dyspnée comme ça avec une auscultation normale.

Moi : Et donc au niveau diagnostic et anamnestique, euh, quels sont les éléments qui ont joué un rôle dans vos hypothèses en fait ? Pour évoquer cela ?

Médecin 6 : Bah le niveau de dyspnée hein. Quelqu'un de 59 ans qui au repos est si essoufflé euh, et puis euh, je dirai c'est surtout ça. Le fait de, ce qui orientait plus vers quelque chose de pneumo ou vasculaire donc, on n'avait aucun signe à l'auscultation. Donc pas de râles crépitants, pas de sibilances, euh, il était apyrétique. Euh pour le reste c'est vrai que si on avait eu, j'ai pensé à regarder ses chevilles donc, et ses mollets, donc si j'avais eu des signes de phlébite ça, ça aurait été encore plus facile et ça orientait encore plus. Euh, bah voilà. La tachycardie. Il n'avait pas mal dans la poitrine. Il n'avait aucune douleur thoracique. Mais bon on sait que ce n'est pas toujours évident hein les embolies pulmonaires. On peut parfois avoir des tableaux cliniques très variés pour deux personnes qui ont une embolie pulmonaire. Voilà. Oui.

Moi : Et est-ce que vous avez utilisé des examens particuliers au cabinet ? Un ECG, ou fait vous-même une bio, oui bien... ?

Médecin 6 : J'ai hésité à trois choses. J'ai hésité à appeler le SMUR. J'ai hésité à lui faire un électro et puis vu que je le trouvais... Je me suis dit « de toute façon tu vas devoir l'hospitaliser » donc euh, vu qu'il est vraiment pas bien. Donc je ne pouvais pas me permettre de faire une prise de sang parce que j'aurai les résultats seulement en fin de journée. J'aurais pu aussi cocher les D-dimères. Mais on était avec quelqu'un qui avait une dyspnée de grade 4, qui n'est pas, voilà quelqu'un qui n'est pas dyspnéique habituellement. Voilà je me suis dit, fait ton mot et ils vont directement. J'ai envoyé directement parce que je savais que ça nécessitait une hospitalisation derrière.

Moi : Est-ce que, et vous connaissiez les antécédents de votre patient ?

Médecin 6 : C'est pas, c'est quelqu'un que j'avais vu deux fois auparavant.

Moi : D'accord.

Médecin 6 : Une fois pour un problème d'épaule et une fois pour un problème de ; c'est quelqu'un qui a eu un problème de pemphigoïde bulleuse par le passé et ça revenait un petit peu. Voilà. C'est quelqu'un que je connaissais très très peu et quelqu'un chez qui l'anamnèse est assez... C'était plutôt de l'hétéroanamnèse compte tenu de son retard mental.

Moi : Et euh, vous connaissiez les éléments diagnostics importants dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire ? Comme la tachycardie par exemple, ou bien la dyspnée. Enfin ce sont tous des éléments pour lesquels vous êtes alerte.

Médecin 6 : Oui oui tout à fait, quand même.

Moi : Oui, mais ce n'est pas chez tout le monde. Et est-ce que vous avez utilisé un outil diagnostic pour, un score par exemple ou un autre outil ?

Médecin 6 : Non, c'est vraiment par rapport à son, c'est vraiment sa dyspnée qui m'a, qui était interpellante. Euh, voilà il était, il ne savait pas parler sans être, il était voilà, sans devoir reprendre sa respiration entre deux phrases.

Moi : Donc de nouveau vous n'avez pas utilisé de score parce que vous vous êtes dit « de toute façon quel que soit le résultat je l'hospitaliserai quand même » ?

Médecin 6 : Bah oui la situation était, euh, je te dis je me posais la question. C'est parce que sa tension était correcte et qu'il ne désaturait pas. S'il désaturait, j'appelai le SMUR honnêtement cette fois-là.

Moi : Mais il était à 93 vous avez dit ?

Médecin 6 : Oui 92-93 donc euh voilà.

Moi : Et dans votre diagnostic est-ce que vous avez intégré les antécédents familiaux et personnels de votre patient.

Médecin 6 : Euh c'était pas possible. Je pense que voilà, les personnes qui s'en occupent ce n'est pas sa famille en fait.

Moi : Ah oui d'accord.

Médecin 6 : C'est un peu compliqué. Fin c'est assez nébuleux cette histoire. Je crois qu'il y a eu des disputes avec sa famille. C'est un peu ces gens-là qui l'on repris. Mais oui avoir des antécédents familiaux, ici le cadre ne le permettait pas.

Moi : Et au niveau de ses habitudes, par exemple tabac, alcool, il y a quelque chose qui peut... ?

Médecin 6 : Non c'est quelqu'un qui ne boit pas qui ne fume pas.

Moi : Donc au niveau facteurs de risque, il n'avait pas spécialement de facteurs de risque pour une embolie pulmonaire ? À part l'alitement peut être si, ou je ne sais pas ?

Médecin 6 : Euh oui même pas. C'est quelqu'un qui est d'habitude, est actif donc euh. Oui oui rien de spécial. Il n'avait pas eu de plâtre, il n'avait pas été opéré récemment donc. Pas de long trajet. Il n'y avait rien de particulier.

Moi : Et au-delà des éléments objectifs, est-ce qu'il y a quelque chose qui vous avait interpellé chez ce patient. Vous disiez justement quand il est rentré, vous le trouviez déjà pas très beau, mais est-ce qu'il y a quelque chose

Médecin 6 : Oui bah le niveau de dyspnée c'est plus ça. Et la tachycardie. Quand j'ai pris son pouls, et que, je ... Maintenant je suis un peu passé, fin voilà. Maintenant je pense que quand la fréquence cardiaque est au-dessus de 140 ça devient difficile cliniquement de, de, c'est plus difficile quand c'est plus rapide de déceler une FA. Parce que, pour te rendre compte du côté irrégulier. Maintenant s'il avait été moins dyspnéique j'aurai fait un électro euh, mais voilà. Ici, et s'il avait encore été, et si ça avait été une vague suspicion je crois que j'aurai fait une prise de sang à mon avis pour checker les D-Dimères, mais euh voilà.

Moi : Et quel a été votre ressenti à vous devant ce patient ?

Médecin 6 : Euh

Moi : Quelles émotions est-ce que vous avez eues devant ce patient ?

Médecin 6 : Bah, je stressais un petit peu, j'étais, c'était ; le, le, la prise de décision sur je l'hospitalise en SMUR ou pas. Voilà c'était surtout ça, voilà.

Moi : Euh, oui, mais vous n'avez pas ressenti quelque chose de particulier ? Une inquiétude, ou bien de l'anxiété ou je ne sais pas très bien... autre chose peut-être ?

Médecin 6 : Non à part ça... A part le stress de me dire est-ce que je fais bien. Visiblement ça s'est bien passé, mais, non à part ça, ça allait.

Moi : Et le patient lui il laissait transparaître une anxiété particulière ou pas spécialement ?

Médecin 6 : Non, pas spécialement. Il était, et même les gens qui s'en occupent ne se rendaient pas compte qu'il était aussi mal. Je ne sais pas pourtant euh, c'était... voilà. Le fait d'être, généralement l'essoufflement est assez anxiogène dans ce que j'ai vu, dans les grosses crises d'asthme, les OAP ou quoi. Mais euh là non. C'est vrai que c'était assez, euh, allez dire que ça faisait trois jours qu'il était comme ça c'était un peu...

Moi : Etonnant. Et est-ce que dans votre pratique vous avez déjà eu précédemment des diagnostics d'embolie pulmonaire qui là auraient pu un peu vous orienter du coup ?

Médecin 6 : Euh, oui j'ai eu des, des... Qu'est-ce que c'était avant ça ? Mais bon ça remonte déjà à mon avis à 3-4 ans. J'étais de garde, on m'appelle pour une dame en maison de repos, de 85 ans, qui fait une, qui a fait une chute de tension soi-disant. Mais alors, elle désature après son malaise et euh. Et la femme, elle, on n'arrive pas à la faire remonter correctement même avec 3 litres d'oxygène elle est encore à 85 de Sat je crois. Et là je palpe ses mollets et il y avait un mollet qui était nettement moins souple que l'autre donc euh. Une auscultation encore une fois normale. Donc euh voilà. Là ici j'avais la chance qu'il y avait une phlébite en dessous. Là je l'envoie vraiment pour suspicion d'embolie pulmonaire, en première hypothèse.

Moi : Et est-ce que vous avez l'impression qu'il y a quelque chose de reproductible entre, allez les patients où vous avez diagnostiqué une embolie pulmonaire qui pourrait nous orienter dans ce diagnostic-là ?

Médecin 6 : Euh, quelque chose de reproductible ? Il y avait quand même toujours cette, ce niveau de dyspnée qui était là, oui. Et sinon je dirai dyspnée plus auscultation normale. Fin je ne sais pas. Je ne sais pas. Dans un OAP on entend que ça crépite des deux côtés. Dans une pneumonie bah t'entends des râles bien d'un côté. C'est fort systématisé. Dans une crise d'asthme, c'est des sibilances. Donc oui je ne sais pas. Ce contraste entre une auscultation normale et un niveau d'essoufflement important.

Moi : Oui d'accord. C'est juste parce que j'ai l'impression qu'en, allez, à l'université on nous enseigne beaucoup de chose sur l'embolie pulmonaire. Mais finalement c'est toujours des spécialistes qui donnent ces cours. Et donc je me demandais si en médecine générale, comme on a souvent tendance à voir les patients à un stade un peu... finalement avant

l'hospitalisation, s'il n'y a pas quelque chose qu'on ne connaît pas et que les médecins généralistes ont découvert au fur et à mesure de la pratique.

Médecin 6 : Rire... Ecoute à part ça, je réfléchis. Oui toujours euh, une fois j'avais fait un lien parce que je savais que, le patient en question qui faisait une embolie pulmonaire... Je soignais, j'avais déjà soigné son frère qui avait un facteur V de Leiden. Et donc quand il est venu avec moi et qu'il m'a dit qu'il était essoufflé j'ai vite fait le lien et j'ai dit « oh oh ». Là, vous avez même chose et je l'ai envoyé directement aux urgences. J'avais en tête qu'il y avait un facteur V de Leiden dans la famille et on l'a découvert comme ça.

Moi : D'accord. Et euh, quelle place est-ce que vous accordez au sens d'alarme. Bah donc à votre ressenti dans la suspicion d'un diagnostic d'embolie pulmonaire ?

Médecin 6 : Euh, attends, tu peux répéter ?

Moi : Quelle place est-ce que vous accordez à votre sens d'alarme pour poser un diagnostic d'embolie pulmonaire ? Est-ce qu'il est important ou pour vous, tout ce qui est objectif comme tachycardie, dyspnée et tout a beaucoup plus d'importance que votre ressenti propre ?

Médecin 6 : Bah, c'est difficile de répondre. Parce que là en l'occurrence mon ressenti était important. Dès que j'ai vu le monsieur, j'ai vu qu'il était entre guillemets moche. Mais je sais que j'ai déjà vu en stage, notamment en gériatrie, des gens qui arrivaient pour altération de l'état général, et qu'au final c'était pas, qu'étaient pas forcément dyspnéiques, et qu'au final ils faisaient juste, ils faisaient une embolie pulmonaire. Tu peux avoir ce tableau-là aussi. Moi sur le cas précis mon ressenti était important. Mais je ne dirai pas, je sais que je ne peux pas me fier qu'à ça pour diagnostiquer une embolie pulmonaire. Je sais qu'on peut avoir des gens qui ont l'air encore assez bien, qui ont dit juste qu'ils avaient un peu mal dans la poitrine et qui sont un peu plus essoufflés, mais quand ils montent les escaliers et qui peuvent faire aussi une embolie pulmonaire tu vois ? Pour répondre à ta question, dans le cas précis, oui mon ressenti était important, euh maintenant, euh, je pense qu'on ne peut pas uniquement se fier à ça en général pour le diagnostic d'embolie pulmonaire.

Moi : Oui. Et du coup sur une échelle de 1 à 10 vous l'estimeriez à combien cette part de subjectivité alors dans le diagnostic. Si vous deviez un peu généraliser peut-être.

Médecin 6 : Euh, mais dans le cas précis, ou dans l'embolie pulmonaire en général ?

Moi : Dans l'embolie pulmonaire en général.

Médecin 6 : Euh.... Euh ... on va mettre, bah je mettrai la barre au milieu. Je dirai 5.

Moi : Mmmm et dans votre cas à vous là c'était plutôt alors euh ?

Médecin 6 : Ah là j'aurai mis 9 oui, hihi, dans le cas précis.

Moi : Et dans la situation que vous, vous avez vécu, finalement il n'y a rien qui pouvait vous rassurer à partir du moment où vous étiez inquiet pour votre patient ? Fin c'était vraiment, il fallait exclure ça sinon...

Médecin 6 : Ah oui oui, bah oui, vu le niveau... Vu le niveau de dyspnée encore une fois tu ne pouvais pas laisser partir ce patient-là et lui dire « vous me rappelez ce soir j'ai les résultats de votre prise de sang ». C'était pas possible.

Moi : Et vous pratiquez à quel endroit ?

Médecin 6 : [Dans la province de Namur].

Moi : D'accord. Et donc il y a un hôpital relativement proche alors de chez vous ?

Médecin 6 : Dinant oui. Bah Dinant oui se trouve à 20 minutes.

Moi : Et donc dès qu'il y a une suspicion comme ça vous envoyez vite à l'hôpital alors. Vous faites rarement, allez un bilan initial chez vous. Et si la suspicion s'avère positive, vous envoyez à l'hôpital alors. Dès que vous y songez...

Médecin 6 : Bah tout dépend de la clinique. C'est vrai que souvent j'ai déjà eu pas mal de cas où je suspectais et donc j'ai fait une prise de sang. Avec les D-Dimères et s'ils sont positifs c'est chiant parce qu'après il faut quand même exclure. Et alors là je téléphone moi-même et je prends un rendez-vous pour un angioscan. Je coche les D-Dimères, la fonction rénale. Si ça revient positif euh alors je demande un angioscan. Mais dans ces cas-là, j'ai jusqu'ici, l'angioscan a toujours permis d'exclure le diagnostic. Je n'ai jamais eu de même scénario où j'ai le temps de faire ma prise de sang, D-Dimères machin chouette et D-Dimères positifs – angioscan ; avec un angioscan qui est revenu positif.

Moi : D'accord. Donc en fait c'est vraiment la, la, allez la clinique du patient. Si vous le sentez vraiment moche, vous l'envoyez d'office aux urgences. Et dans ces cas-là, ça s'est avéré plus souvent positif que quand vous faisiez les bilans chez vous.

Médecin 6 : Oui, oui, oui

Moi : Et est-ce que je peux vous demander depuis combien de temps vous pratiquez en médecine générale ?

Médecin 6 : Bah ça va faire 10 ans.

Moi : D'accord. Ah bah super alors.

Médecin 7

Moi : J'aimerais bien faire mon TFE sur le gut feeling dans l'embolie pulmonaire. Euh, est-ce que vous pouvez me parler de la dernière consultation où vous avez diagnostiqué une embolie pulmonaire ?

Médecin 7 : Oui, c'est la semaine dernière. Une dizaine de jours, donc c'est la semaine encore avant. Chez une patiente chronique, diabétique, qui ne bouge pas beaucoup. Euh, un petit peu de lassitude, un petit syndrome parkinsonien et pas beaucoup de motivation. Et j'allais vraiment simplement pour renouvellement d'ordonnance. Et c'est une patiente qui est sous bêtabloquant. Et j'étais un peu interpellé parce qu'au repos, j'ai discuté avec son mari et elle et elle était tachycarde. Vraiment une tachycardie pile à 100. Et euh, un peu par expérience de cas similaires, où j'avais posé le diagnostic sur simple tachycardie chez des personnes plus âgées ; euh je me suis dit tiens je vais lui doser ses D-Dimères en urgence et ils étaient élevés. Bon, pas catastrophiquement élevés, mais 1200 ou 1400. Et alors je l'ai envoyé faire un angioscan qui était positif. Voilà. Et donc elle est anticoagulée et voilà. Donc euh. C'était vraiment du gut feeling puis-ce que c'était tout à fait inhabituel parce qu'en fait des paramètres tout à fait classiques, normaux d'habitude. Et voilà. Et alors ce qui est assez amusant c'est exactement le même scénario. Là j'ai encore eu une, l'avant dernière semaine au mois de décembre, c'était exactement la même chose. Une dame qui revenait exactement pour la même chose, une dame qui venait pour un renouvellement d'ordonnance, tachycarde et ce n'était pas connu. Elle me disait par contre qu'elle était plus dyspnéique depuis quelques semaines pour aller chercher son courrier, et cetera. Même démarche, D-Dimères dans la journée, le résultat et envoyée pour un angioscan qui était positif.

Moi : D'accord. Et donc la patiente que vous êtes allé voir là il y a 10 jours, elle, elle se plaignait de rien du tout à priori ?

Médecin 7 : Rien, rien du tout.

Moi : D'accord. Et quels sont les éléments qui vous ont aidé dans le diagnostic ou la suspicion du coup, là d'embolie pulmonaire ? D'abord peut-être au niveau anamnestique ?

Médecin 7 : Euh anamnestique rien. Bon cliniquement je sais que c'est une patiente qui ne bouge pas beaucoup. Et puis le fait qu'on constate une tachycardie alors qu'elle prend déjà un bêtabloquant c'était déjà un petit peu étonnant. Et alors que je sais qu'elle est compliante.

Euh ça ce sont vraiment les deux seuls éléments. Je me suis dit, elle, c'est une bonne candidate pour faire une embolie parce qu'elle passe presque toute sa journée au lit. Elle est assez bien en embonpoint et, et, ses paramètres sont quand même inhabituels. Dans son cas à elle c'était simple.

Moi : Et au niveau clinique, mmmm, examen pulmonaire par exemple il n'y avait rien ?

Médecin 7 : Non, non, non.

Moi : Et saturation ? Je ne sais pas si vous l'aviez ?

Médecin 7 : Bah elle était bonne. Oui, 98. Et ça j'ai souvent observé les embolies pulmonaires, euh, souvent de bonnes saturations. Ça peut être piège. Je ne me base pas trop dessus.

Moi : Et est-ce que vous aviez utilisé des examens autres que les D-Dimères ? Peut-être un ECG ?

Médecin 7 : Non, non.

Moi : Et, est-ce que vous connaissiez donc là les antécédents de votre patiente ?

Médecin 7 : Oui.

Moi : C'est quelqu'un que vous connaissiez depuis longtemps ? Et dans la famille il n'y avait rien à signaler ?

Médecin 7 : Non.

Moi : Et de base, vous connaissez donc tous les éléments diagnostics de l'embolie pulmonaire qui peuvent orienter votre anamnèse ? La tachycardie. Mais parfois c'est la douleur dans les mollets ou quoi. Tout ça ce sont des éléments que vous connaissez dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire ?

Médecin 7 : Ah oui quand même.

Moi : Oui, oui, mais il faut... Et est-ce que vous avez utilisé un score ?

Médecin 7 : Non. J'utilise jamais.

Moi : Jamais. Pourquoi pas ?

Médecin 7 : Pourquoi pas. Parce que j'aurai quand même jamais une certitude à mon niveau. Si j'ai justement le gut feeling, j'envoie faire un angioscan ou une scinti si pas possible. Mais, toujours, toujours.

Moi : Parce que vous vous dites que le score, même s'il est positif, finalement ça ne va pas vous rassurer donc vous allez quand même aller plus loin ?

Médecin 7 : Voilà, oui.

Moi : Et euh

Médecin 7 : Dans son cas par exemple, la dernière, j'aurai eu un score à mon avis très rassurant. J'avais tachycardie point. Peut-être sédentarité, voilà. Mais le reste, pas de douleur thoracique, pas de dyspnée, pas de, voilà.

Moi : Et depuis combien de temps est-ce que vous suiviez cette patiente-là ?

Médecin 7 : Euh ça doit faire 7-8 ans.

Moi : Et alors, dans la consultation, vous avez intégré ses habitudes de vie ? Tout ce qui est alcool, tabac, sport ?

Médecin 7 : Euh, bah je sais qu'elle ne consomme pas d'alcool et pas de tabac.

Moi : Et donc, au-delà des éléments objectifs, donc ici c'était plus la tachycardie alors, est qu'il y a quelque chose qui vous avez interpellé dans cette consultation ?

Médecin 7 : Rien du tout.

Moi : Rien du tout. Comment est-ce que vous pressentiez le patient ?

Médecin 7 : Ah bah, très bien. Jusqu'à ce que je l'examine et que ses paramètres, que j'ai vérifiés quelques minutes plus tard qui ne changeaient pas et voilà.

Moi : Et vous, quel avait été votre ressenti devant ce patient ? Cette patiente plutôt.

Médecin 7 : Après l'avoir examinée ?

Moi : Oui ou avant, ou après, où quand vous vous êtes dit que ça n'allait pas.

Médecin 7 : Elle, elle pétait la forme on va dire ça comme ça. Enfin, comment elle peut être d'habitude. Elle avait le moral, bon ça allait bien. Elle avait fait des gaufres, ça allait bien.

Moi : D'accord. Mais, vous me dites c'est du gut feeling, donc quelles émotions, si vous arriveriez à les décrire, vous avez ressenti du coup devant cette patiente ? Enfin, pour vous c'est quoi le gut feeling que vous décrivez en fait ?

Médecin 7 : Bah c'est l'impression que la petite anomalie que je, soupçonne, fin quand j'ai une suspicion c'est sur cette base-là, ou sur l'anamnèse. Si euh, essoufflement, évidemment, ça me tilte tout de suite. Euh c'est ça un peu ce que j'appellerai le gut feeling. C'est que, bah, dans ma tête il y a cette hypothèse-là. Et dans son cas, je n'arrivais pas à me dire que je pouvais ignorer un paramètre comme ça. Une tachycardie inhabituelle on ne peut pas l'ignorer, il n'y a pas de raison. En plus elle a eu un bilan thyroïdien récent, je savais que ce n'était pas de cet ordre-là. Donc euh, voilà. Et, fin, j'avais pas une auscultation bronchique toute claire. Voilà, j'avais autre chose, mais je n'avais pas d'autres pistes. Et donc à partir de là je me dis qu'on ne peut pas négliger. J'embraye sur une bio. On fait avec ce qu'on a surtout au domicile de manière assez pratique. Les D-Dimères m'aident souvent, bah chez les personnes plus jeunes,

c'est souvent beaucoup plus efficace. Ils sont souvent négatifs, à juste titre. Des faux positifs on a plus chez les personnes âgées. Ce qui est pas mal, c'est les labos qui ont des normes, certains labos vous écrivent noir sur blanc qu'ils divisent l'âge par dix. Hein que la norme est, ça c'est pas mal parce que sinon on avait beaucoup de faux positifs avant.

Moi : Et euh, donc chez cette patiente, les éléments déclencheurs de votre gut feeling c'est plus l'anormalité par rapport à d'habitude.

Médecin 7 : Oui.

Moi : Et donc vous considérez que le fait de la connaître ça vous a quand même aidé à poser le diagnostic ?

Médecin 7 : Ah oui, oui absolument. Tout à fait.

Moi : Et donc les, oui, pour vous la connaissance du patient c'est quand même quelque chose à prendre en compte finalement dans le diagnostic ?

Médecin 7 : Oui, oui.

Moi : Et est-ce que vous avez, fin vous m'avez dit que oui du coup, eu précédemment des diagnostics d'embolie pulmonaire qui vous ont guidé pour faire ce dernier diagnostic ? Ou pas spécialement ?

Médecin 7 : Ah oui, oui absolument. Voilà j'ai justement eu le même cas comme je vous dis au mois de décembre. À par que la patiente, en creusant un peu l'anamnèse, même si elle ne venait pas pour ça, parlait d'une dyspnée et d'une fatigue plus importante.

Moi : Mmmm

Médecin 7 : Mais c'était le seul élément clinique. C'était une tachycardie régulière à 100 battements par minute. Et donc la démarche avait été la même. C'était un samedi matin. J'ai d'ailleurs fait un petit PowerPoint, je ne sais pas si ça vous intéresse, mais ; comme je suis animateur de groupe pour l'unif à Liège. Chaque animateur avait présenté un cas. Un cas structuré, j'avais pris ce cas-là tellement il était clair. Il m'avait marqué récemment.

Moi : Et euh, est-ce qu'il y a quelque chose de reproductible chez tous les patients chez qui vous avez diagnostiqué une embolie pulmonaire, qui vous oriente dans ce diagnostic ? Ou pas spécialement ? Si vous, vous avez remarqué dans votre expérience quelque chose de reproductible ?

Médecin 7 : Bah la tachycardie est souvent présente dans mon expérience, souvent. Euh, la tachycardie, dyspnée c'est les deux symptômes... Dyspnée, on va dire sine-matériale, avec une auscultation tout à fait normale. Souvent je ne fais pas d'électro à ce moment-là.

Moi : Et quand vous dites tachycardie c'est souvent 100 alors ? Ou plus que 100 ?

Médecin 7 : 100, oui, souvent.

Moi : Et pourquoi est-ce que vous ne faites pas d'électrocardiogramme.

Médecin 7 : Bah je pense, parce qu'il y a que 10% des cas qui marquent. Donc je ne vais pas me baser là-dessus. C'est un peu comme pour les douleurs thoraciques, avec un électro rassurant bah je n'exclue quand même pas l'infar hein. Donc voilà je ne perds pas mon temps pour rien.

Moi : Et en fait, j'ai l'impression qu'en médecine générale on voit parfois les patients à des stades un peu plus précoces qu'aux urgences dans le sens où ils viennent parfois peut-être d'abord nous voir. Et donc, on a des signes cliniques, enfin, aller. Disons qu'à l'université ce sont souvent des spécialistes qui nous donnent le cours, et donc qui nous donnent des symptômes qui sont peut-être plus avancés que ce que nous on a tendance à voir en médecine générale. Est-ce que dans votre pratique, vous, vous auriez un signe peut être sur lequel il faut faire attention ? Qui pourrait nous guider et qu'on ne nous enseigne pas à l'université ?

Médecin 7 : Qu'on ne nous enseigne pas ? Non.

Moi : Vous n'avez rien remarqué de différent, enfin de plus dans votre expérience ?

Médecin 7 : Non, non. On nous enseigne quand même la tachycardie et la dyspnée.

Moi : Oui oui, tout à fait. Mais c'est si vous aviez remarqué quelque chose de plus auquel on pourrait faire attention.

Médecin 7 : Non, non.

Moi : Et euh, quelle place est-ce que vous accordez à votre sens d'alarme dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire ?

Médecin 7 : Quel positionnement dans les hypothèses ?

Moi : Euh non, en plus de l'anamnèse par exemple, de l'examen clinique, le ressenti que vous avez, est-ce que vous lui accordez une grande place ? Ou bien si tout est normal, vous vous dites, « OK tout va bien ». Ou bien ce feeling que vous avez, vous lui accordez une grande importance justement dans le diagnostic ?

Médecin 7 : Une grande importance oui, une grande importance.

Moi : Et donc sur une échelle de 1 à 10, vous estimeriez que ce feeling il joue dans combien dans la pose du diagnostic ?

Médecin 7 : Oh, dans le diagnostic, s'il n'y a rien qui peut expliquer je vais très vite faire les D-Dimères ça s'arrête là. Donc j'estime qu'on ne peut pas le louper. C'est tellement facile à diagnostiquer. Bah 10 sur 10.

Moi : 10 sur 10.

Médecin 7 : Je ne vais jamais négliger, si j'y pense et que je n'ai pas d'autres explications plausibles à un symptôme, et que l'embolie fait partie du diagnostic différentiel, toujours je vais la rechercher. Exclusivement.

Moi : Oui, mais donc pour vous ce feeling...

Médecin 7 : Bah ce feeling, enfin c'est pas vraiment un feeling. On va dire c'est plus cette idée, cette hypothèse est là dans mon différentiel. Si, si, est-ce que c'est souvent le cas, on n'a pas de possibilité à 100%, j'ai mal ici quand je respire, j'ai une pilule, bah voilà, qu'elle soit tachycarde ou pas je m'arrange pour aller lui faire faire un petit prélèvement au labo du coin dans la journée. Et puis bah voilà c'est négatif évidemment. Dans 9 fois sur 10. Heureusement c'est négatif et c'est très bien. Mais je vais toujours le faire, toujours.

Moi : Mais ce que je veux dire, c'est ce feeling qui vous amène à avoir l'embolie pulmonaire dans les diagnostics différentiels de vos hypothèses, vous lui accordez une grande importance ou pas spécialement.

Médecin 7 : Oui une grande importance.

Moi : Et donc de 1 à 10 vous diriez 10 sur 10 finalement alors ?

Médecin 7 : Oui.

Moi : Et vous me dites, vous envoyez dans un laboratoire, vous travaillez à quel endroit alors ?

Médecin 7 : En semi-rural on va dire.

Moi : Et il y a un hôpital assez proche de chez vous.

Médecin 7 : Oui il y a l'hôpital de Verviers.

Moi : Et donc vous, si jamais vous avez ce diagnostic, vous référez vite aux urgences. Vous faites quand même les D-Dimères et puis vous référez ?

Médecin 7 : Oui je fais d'abord les D-Dimères pour ne pas encombrer les urgences. Donc j'envoie soit au labo de l'hôpital, soit les centres de prélèvements près de chez nous et je récolte les résultats dans la journée.

Moi : Et ça fait combien de temps que vous pratiquez la médecine générale ?

Médecin 7 : Euh 10 ans la semaine prochaine.

Médecin 8

Moi : J'aimerais réaliser mon TFE sur la place du gut feeling dans l'embolie pulmonaire. Et donc je ne sais pas si ...

Médecin 8: Notion que je ne connaissais pas du tout.

Moi : Oui.

Médecin 8: Le gut feeling. Jamais entendu parler. Mais enfin j'ai recherché que c'était la sensation intuitive de, qu'on est devant un, une embolie pulmonaire.

Moi : Oui c'est ça. En fait c'est le ressenti personnel, euh soit en bien ou en mal qu'un médecin peut avoir devant un diagnostic en fait. Et moi je m'attarde plus sur l'embolie pulmonaire.

Médecin 8: Oui, oui.

Moi : Mais donc, est-ce que vous savez me parler de la dernière consultation où vous avez suspecté une embolie pulmonaire et où ça s'est avéré être le bon diagnostic ?

Médecin 8: Et bien j'ai suspecté ça le 12 mai.

Moi : Oui.

Médecin 8: J'ai été, j'avais été rendre visite à cette patiente le 7 mai juste avant pour un contrôle d'hypertension. Et qui était correct. Et puis le 12 mai elle me dit qu'elle est tout à coup plus vite essoufflée. Et à l'examen j'avais une tachycardie, essoufflée, les jambes un peu œdématiées. Ce qu'elle a déjà. Elle a un problème de lymphœdème aux jambes. Mais euh sur le moment j'ai pensé d'abord à la possibilité d'une insuffisance cardiaque. Un problème d'origine cardiaque. Et rapidement j'ai suspecté une embolie pulmonaire.

Moi : D'accord. Euh,...

Médecin 8: Donc j'ai commencé par demander un avis cardiologique rapide. Qui n'avait rien démontré de spécial. Et euh, et dans la même foulée je lui ai fait faire une scintigraphie pulmonaire.

Moi : Mmmm Et là vous avez diagnostiqué l'embolie pulmonaire alors ?

Médecin 8: Et ça, ça confirmait le diagnostic d'embolie pulmonaire. Oui.

Moi : Et donc c'est une dame de quel âge que vous êtes allé voir ?

Médecin 8: Elle a 84 ans.

Moi : Ok. Et vous alliez la voir à domicile en contrôle de routine comme vous dites et c'est à ce moment-là qu'elle vous a parlé de son essoufflement.

Médecin 8: Oui c'est ça. Une fois tous les quinze jours j'y allais en, ce sont des, mais en plus. Lui et son mari sont des amis. Je les connais depuis, c'est mon assureur pour vous, mon courtier d'assurance depuis 40 ans. Mais donc je vais la voir de temps en temps quand je passe dans le coin. Elle habite à 4 km de chez moi. Euh, je passe comme ça un peu en coup de vent et je prends sa tension, papote un peu et puis on repart. Mais donc le 8 mai j'ai fait ça et le 11 mai elle avait son embolie.

Moi : Oui. Et ce n'est pas elle qui vous a appelé ?

Médecin 8: Non.

Moi : C'est vous qui veniez par hasard de nouveau ce jour-là ?

Médecin 8: Non. Non, non, si. Elle m'a appelé le 11 mai, elle m'a appelé pour dire qu'elle se sentait moins bien.

Moi : Mmm Mmm

Médecin 8: Pour dire qu'elle était très essoufflée dès qu'elle faisait un moindre mouvement. Et c'est vrai que c'était assez étonnant cette différence entre mon examen du 8 mai et celui du 11 mai où là il y avait des symptômes de dyspnée importante avec une tachycardie à 120. Ce qu'elle n'avait pas juste avant.

Moi : Mmm Mmm

Médecin 8: Ce qu'elle n'a jamais eu d'ailleurs. C'était pas une fibrillation auriculaire.

Moi: Oui. Et quels sont les éléments qui vous ont aidé dans la suspicion d'embolie pulmonaire ? Peut-être d'abord au niveau anamnestique alors ?

Médecin 8: Oui, euh, le fait qu'elle a eu une dyspnée comme ça brutale. De la veille ou même deux jours avant. C'est pas une personne qui appelle le médecin pour un oui ou pour un non. Je crois qu'elle a laissé passer un jour ou deux avant de m'appeler. Et euh, j'ai, j'ai pensé à une embolie pulmonaire par la brutalité de la survenue de se, de sa dyspnée principalement. Et d'une certaine altération de l'état général. Elle était un peu plus tirée. Elle avait d'ailleurs une, une, euh, une saturation en oxygène un peu réduite. Je ne sais pas si je l'ai noté. Je ne trouve pas. Je sais que je l'avais demandé, que je l'avais fait, mais je crois que je ne l'ai pas noté. Enfin, elle avait surtout la dyspnée et la tachycardie à l'examen clinique.

Moi : D'accord. Et au niveau clinique, au niveau examen pulmonaire, il n'y avait rien d'anormal.

Médecin 8: Et bien non, non. Je n'entendais rien. Peut-être si on écoutait très bien, on entendait peut-être une petite diminution du murmure, de l'intensité du murmure vésiculaire. Mais ce n'était pas probant.

Moi : D'accord. Et....

Médecin 8: C'était pas probant non.

Moi : Et est-ce que vous avez utilisé des examens particuliers. Euh par exemple un ECG ou une biologie ou autre chose ?

Médecin 8: Oui. Par exemple quoi ?

Moi : Un électrocardiogramme ou une biologie. Ou autre chose ?

Médecin 8: Non. Non, non. Ça, je n'ai pas fait. J'ai d'emblée envoyé chez le cardiologue. Et en même temps demandé une scintigraphie pulmonaire. Je voulais quand même exclure un problème cardiaque au départ. C'était ma première idée avant de penser à une embolie pulmonaire. Euh, le, oui, je vois bien ici sur mon dossier que le 12 mai je l'ai envoyé faire un examen cardiologue, chez le cardiologue. J'ai eu très rapidement. Et, euh, je m'étais dans mon évaluation : embolie pulmonaire à exclure. Et le 14 mai ça été confirmé par euh, scintigraphie. D'accord. Donc je n'ai pas fait d'examen, euh biologique non, électrocardiogramme à ce moment-là vu que je l'envoyais directement chez le cardiologue.

Moi : Ok. Et est-ce que vous connaissiez les antécédents de votre patiente ?

Médecin 8: Oui. Elle n'en a pas beaucoup ; bon elle est polyarthrosique, elle est très voutée, de l'ostéoporose. Euh, et euh, dans le temps elle avait des petits signes de, de, enfin de l'arthrose qui semble avoir été un, un, comment, une, qu'est-ce que c'était déjà ? Je ne me souviens plus. Une, maladie auto-immune.

Moi : Polyarthrite rhumatoïde ?

Médecin 8: Genre lupus érythémateux.

Moi : Ah oui.

Médecin 8: Comment ?

Moi : Polyarthrite rhumatoïde ou lupus ou oui.

Médecin 8: Oui polyarthrite oui. Non plutôt lupus d'après les, d'après les, les facteurs anti-nucléaires et là, là comment dire, l'identification des facteurs anti-nucléaires. Mais ça n'a jamais été par ailleurs documenté. C'est une personne qui refuse en général tout contact avec les médecins et elle n'en souffrait pas plus que ça. Donc euh j'ai laissé les choses comme ça. Fait de la kiné et bon, elle travaille encore hein elle. Elle a encore des portefeuilles d'assurance

en cours. Beaucoup moins, mais enfin elle travaille encore. Elle est active quoi. Active ne fusse qu'intellectuellement. Euh, et donc en dehors de ça elle n'a aucun autre antécédent.

Moi : D'accord. Et vous connaissez les éléments diagnostic de l'embolie pulmonaire qui peuvent avoir orienté votre anamnèse ? Comme l'alitement.

Médecin 8 : L'origine ?

Moi : Oui.

Médecin 8 : L'origine. Et bien quand j'ai pensé à l'embolie pulmonaire j'ai tâté ses mollets. Je lui ai fait un examen clinique au niveau d'une possibilité d'une thrombose, d'une phlébite, d'une thrombophlébite profonde. Et il n'y avait aucun symptôme.

Moi : D'accord.

Médecin 8 : Il n'y avait aucun symptôme à ce niveau-là. Et quand elle a été le lendemain chez le cardiologue, celui-ci n'a rien trouvé non plus en faisant le même examen. Bon en général c'est assez flagrant une thrombose aiguë. Une thrombophlébite aiguë, j'en ai déjà eu, c'est assez caractéristique. Avec le signe de Homans. Mais il n'y avait rien ici.

Moi : D'accord. Et il n'y avait pas eu non plus d'alitement, de chute, ou quelque chose...

Médecin 8 : De quoi, de quoi ?

Moi : Un alitement ou bien...

Médecin 8 : Non.

Moi : D'accord.

Médecin 8 : Non rien du tout. De chute vous voulez dire.

Moi : Oui. Ou quelque chose, une opération ou un cancer ou quelque chose qui peut expliquer ?

Médecin 8 : Non, non, non. Rien du tout. Euh absolument rien. Et d'ailleurs la biologie que j'avais refaite plus tard ne montre aucun élément inquiétant au point de vue oncologique. Je n'ai pas fait d'autres examens. Je me suis demandé, je l'avais fait passer chez un pneumologue évidemment, par après, quelque temps après, euh qui n'a rien trouvé non plus. D'ailleurs entre temps tous les symptômes, en la mettant d'abord sous HBPM, sous clexane je crois, et puis maintenant elle est sous NOAC, sous Eliquis...

Moi : Oui.

Médecin 8 : Non pas Eliquis...

Moi : Xarelto

Médecin 8: Xarelto pardon, sous Xarelto, les symptômes se sont amendés assez rapidement en moins d'une semaine. Et maintenant elle n'a plus rien du tout. Aucun symptôme. Oui.

Alors pour trouver quand même une étiologie moi j'ai, le, le pneumologue avait conseillé de faire un, une recherche de, de, comment, excusez-moi je suis un petit peu fatigué. De, de ...

Moi : Un néo ? Ou une thrombophilie ?

Médecin 8: Non, oui, moi j'avais pensé éventuellement de faire une, un examen plus approfondi au niveau abdomen. Elle n'avait par ailleurs aucune plainte. Et bon pour le moment, lui n'était pas tellement pour ; un bilan de thrombophilie. Et donc une recherche génétique de problème à ce niveau-là. Encore que pendant toute sa vie elle n'a jamais eu aucun problème. Et ce bilan en fait est revenu, est revenu négatif.

Moi : D'accord.

Médecin 8: Donc là il n'y a pas de cause au niveau de sa coagulation d'origine héréditaire ou génétique ou quoi qui aurait pu expliquer ça.

Moi : Et euh, est-ce que vous avez utilisé un outil de diagnostic de l'embolie pulmonaire ? Donc un score ou un autre outil ?

Médecin 8: Non. Non, non, non. C'est purement, non. Il y a peut-être des scores qui existent, mais bon, écoutez, moi je suis un petit peu tout ça de loin en loin. Je vais un peu à des conférences, de dodéca groupes et tout ça. Mais bon, en tenant compte qu'il y a actuellement des scores très chiffrés et très mathématiques, je dois dire que je ne les connais pas.

Moi : D'accord.

Médecin 8: Donc ça été purement instinctif, hein, de dire que ça été peut-être une embolie pulmonaire. Ça s'est avéré, c'était plus une impression, une intuition sur base un peu de la clinique. Sa dyspnée d'apparition brutale et sa tachycardie.

Moi : D'accord. Et donc vous vous n'utilisez pas de score parce que comme vous dites-vous, vous ne les connaissez pas et vous, vous n'en avez pas vraiment besoin.

Médecin 8: Non, je dois avouer que je ne les connais pas.

Moi : D'accord. Et euh, depuis combien de temps est-ce que vous suivez cette patiente ?

Médecin 8: Euh ça fait 40 ans.

Moi : D'accord.

Médecin 8: Oui comme je vous l'ai dit ce sont des amis, et ils sont mes assureurs ; ils travaillent tous les deux, ils sont un courtier d'assurance, c'est un couple de courtiers d'assurance. Et

donc ils sont, ils se sont toujours occupés de mes affaires d'assurance depuis presque que 40 ans, peut-être même 42 ans. Depuis que je suis sorti médecin.

Moi : D'accord.

Médecin 8: Et donc je les connais de longue date. Et elle n'a pratiquement jamais eu aucun problème de santé sérieux je dirai.

Moi : Mmm

Médecin 8: Jamais de chirurgie, jamais d'autre chose. Ceci est vraiment, l'épisode le plus , le plus sévère qu'elle a eu depuis euh, qu'elle est, depuis que je la connais.

Moi : Et dans votre diagnostic, est-ce que vous aviez intégré les antécédents familiaux et personnels de votre patiente. Et aussi ses habitudes de vie comme tabac, alcool, peut être sport.

Médecin 8: Oui. Oui, oui. Elle ne fume pas, elle ne boit pas sauf le petit verre à l'occasion. Comme tout le monde, je dirai. Donc elle n'a jamais fumé. Et dans ses antécédents, euh, ça j'ai posé la question, elle ne connaît personne, euh, au niveau de ses parents ou au niveau de ses deux enfants, elle ne connaît personne qui n'ai jamais eu de problème de coagulation ou ce genre de diagnostic là.

Moi : Mmm Mmm

Médecin 8: Donc c'est vraiment tout à fait éto... étrange ce qu'elle a fait là.

Moi : Oui. Tout ne s'explique pas toujours malheureusement. C'est triste.

Médecin 8: Non, mais non. Enfin ça c'est la médecine. Vous verrez encore dans le futur il y aura des choses qu'on ne sait pas expliquer.

Moi : Oui oui tout à fait.

Médecin 8: Euh, qu'il faut accepter. On ne trouve pas toujours une cause bien précise hein. La médecine ce n'est pas des maths comme je disais.

Moi : Non, ce n'est pas une science absolue.

Médecin 8: Ça reste un art. Ca reste un art quelque part.

Moi : Oui, exactement.

Médecin 8: Oui (rire)

Moi : Et au-delà des éléments objectifs, donc de la dyspnée...

Médecin 8: Oui.

Moi : De la tachycardie

Médecin 8: Oui

Moi : Est-ce qu'il y avait quelque chose qui vous avait interpellé dans cette consultation ?

Médecin 8: Quelque chose qui m'avait interpellé ?

Moi : Oui.

Médecin 8: Euh, non. Je ne vois pas quoi. En dehors de l'examen clinique ce jour-là je ne vois pas, non.

Moi : Comment est-ce que vous pressentiez

Médecin 8: Quoi par exemple ?

Moi : Plutôt comment est-ce que vous pressentiez votre patiente ou quel était votre ressenti à vous en voyant euh votre patiente ?

Médecin 8: Euh, bah comme je disais mon ressenti c'était un moment donné. Je dis bah sur le moment je pensais plutôt à un problème cardiaque. Peut-être un trouble du rythme. Mais il n'y avait pas de fibrillation auriculaire, euh, il n'y avait pas d'éléments autres. Je ne sais pas c'est... Je ne sais pas expliquer. Je crois que c'est un peu l'expérience clinique. J'ai quand même presque 45 ans de pratique donc euh, j'ai, j'ai senti qu'il y avait autre chose que seulement un problème cardiaque. Euh et j'ai pensé à la possibilité d'une embolie pulmonaire.

Moi : Oui. Et euh c'est un peu difficile, mais sur base de quoi est-ce que vous avez ressenti cette inquiétude ? Est-ce que vous arriveriez à mettre des mots peut-être ?

Médecin 8: Non, euh non. Simplement j'ai dit à la patiente de, de, au départ de quand il faut exclure un problème d'origine cardiaque et surtout la possibilité d'une embolie pulmonaire. Donc je lui, j'ai fait faire un, une scintigraphie, euh très rapidement. Le lendemain même. Heureusement que la clinique a accédé à ma demande. C'était quand même une semi-urgence sans qu'elle soit passée par les urgences proprement dites. J'ai fait faire ça en semi-urgence parce que je sentais bien que c'était quelque chose comme ça. Je ne sais pas l'expliquer de manière objective « c'est grâce à ça que ». C'est plus une sorte d'intuition.

Moi : Et cette intuition vous ne savez pas mettre un mot sur ce que vous avez ressenti peut-être ?

Médecin 8: Non, non. Est-ce que, quand on a une intuition, quand on ne sait pas très bien d'où ça vient, je crois que c'est un, un ensemble de choses. D'abord je dis l'expérience peut être, le fait que je sais bien que l'embolie pulmonaire est quelque chose qu'on, qu'un médecin généraliste rate souvent parce qu'on pense à toute autre chose qu'à ça. Et que je suis très, très prudent, euh, quand, quand j'ai un cas comme ça. Et puis, et puis l'examen clinique qui m'orientait vers la possibilité d'une embolie. Mais de là à dire que c'était grâce à ça, tel

symptôme, tel signe clinique, que c'était une certitude d'une embolie, non je ne peux pas dire. Mais, je sentais que c'était ça. Mais c'est purement du ressenti.

Moi : Mais la patiente ne vous inquiétait pas particulièrement.

Médecin 8 : Bah à partir du moment où j'ai pensé à ça euh, j'étais quand même inquiet naturellement. Mais j'ai tout de suite mis en route dans le doute des injections de, de clexane. Euh, et je l'ai mise au repos. En attendant qu'elle passe sa scintigraphie et son examen cardiaque.

Moi : D'accord. Et est-ce que vous avez eu ... dites-moi.

Médecin 8 : Attendez, évidemment j'avais quand même suggéré une hospitalisation. Tout au moins passer par les urgences pour qu'on fasse des examens tout de suite, mais ça elle a refusé nette. Bien comme je vous dis, il faut être confronté avec des gens. Parfois on suggère ou on insiste sur quelque chose qui n'est pas nécessairement suivi hein. C'est pas, c'est pas évident non plus hein le contact avec certaines gens.

Moi : Je confirme.

Médecin 8 : Voilà.

Moi : Et est-ce que vous avez eu précédemment des expériences de diagnostic d'embolie pulmonaire qui peuvent vous avoir guidé pour cette patiente-ci ?

Médecin 8 : Euh. Je me souviens d'un cas d'une embolie pulmonaire, mais c'était une personne qui était, euh, immobilisée par un plâtre, euh, un plâtre au poignet. Mais elle était quand même, elle marchait beaucoup moins, était plus ou moins alitée à cause de ça. Une personne âgée aussi. Et un moment donné elle a eu la dyspnée et euh, et c'était aussi ça. Ça, c'est, l'immobilisation qui m'avait fait penser à la possibilité de. Et euh, elle était à ce moment-là pas sous clexane ou un équivalent.

Moi : Mmm Mmm. Et euh, est-ce que dans votre, comme ça, vous avez une grande expérience quand même, est-ce qu'il y a quelque chose de reproductible chez d'autres personnes qui pourrait nous orienter dans la suspicion d'un diagnostic d'embolie pulmonaire ?

Médecin 8 : Ah ! Ça, c'est une question difficile.

Moi : Oui.

Médecin 8 : Qui pourrait vous, vous orienter vers ça ?

Moi : Oui.

Médecin 8 : Euh, comme ça je ne vois pas non. Comme je disais, pour moi, je ne sais pas mes confrères, mais pour moi l'embolie pulmonaire, d'après ce que je j'en ai lu, est une maladie,

est une affection difficile à diagnostiquer. Qu'on rate souvent parce que ça reste quand même rare. Ou bien c'est plus fréquent qu'on ne le pense et qu'on le rate. Une embolie. Évidemment avec des symptômes peu importants qu'on rate et puis qui se guérissent spontanément. Je pense qu'il y a toujours des cas qui ont des certaines affections et puis ils ne s'en plaignent pas ou ils attendent que ça passe. Et puis ça se guérit. Mais bon, euh, pour le reste, euh je sais que c'est une affection qui est très difficile de diagnostic ou d'y penser d'en un premier temps. Euh, pour un médecin de terrain quoi, médecin généraliste de terrain.

Moi : Mais oui. En fait, disons je me posais cette question parce que j'ai l'impression que en cours, en fait ce sont des spécialistes qui nous donnent le cours de l'embolie pulmonaire en général.

Médecin 8: Oui.

Moi : Et j'ai l'impression qu'à l'hôpital, c'est vrai que les patients arrivent peut-être à des stades un peu plus tardifs que ce que nous on a tendance à voir en médecine générale. Et donc je me demandais si peut-être potentiellement il n'y a pas quelque chose d'autre, empiriquement qui pourrait un peu nous orienter.

Médecin 8: Non, je dois avouer que je ne vois pas.

Moi : D'accord.

Médecin 8: Je ne vois pas. Non, non. Je ne saurais pas vous répondre à ça. Si c'était si facile, on ne raterait aucune embolie.

Moi : Oui, non ça c'est sûr.

Médecin 8: Mais c'est vrai qu'il faut y penser quand vous avez des patients âgés, ou pas toujours âgés. Évidemment avec des antécédents peut être de, de, de, ou des existences de phlébite. De phlébite, phlébite superficielle, phlébite profonde, personne alitée, des grosses jambes, euh, que sais-je moi. Des choses comme ça. Ou suite à une chute. Mais, mais, je vous dis ici il n'y avait aucun point d'appel pour dire « à ça doit être ça » parce que j'ai des signes de thrombophlébite profonde ou autre.

Moi : Oui.

Médecin 8: Depuis lors elle n'a plus rien. Elle est sous xarelto, mais elle n'a plus de problème.

Moi : Oui 6 mois et puis... Quelle place est-ce que vous accordez au sens d'alarme dans la suspicion d'un diagnostic d'embolie pulmonaire ?

Médecin 8: Euh, oui, répétez un peu la question je n'ai pas entendu tout.

Moi : Euh, quelle place est-ce que vous accordez au sens d'alarme, donc en fait à votre feeling d'inquiétude dans la suspicion d'un diagnostic d'embolie pulmonaire ?

Médecin 8 : Quelle place ?

Moi : Oui.

Médecin 8 : Oui, je ne vois pas très bien.

Moi : Mais est-ce que pour vous le sens d'alarme a une grande importance dans...

Médecin 8 : Le quoi ? Le qui ?

Moi : Le sens d'alarme. Donc le sentiment d'inquiétude comme ça, a une grande d'importance pour poser ce diagnostic-là ?

Médecin 8 : Ah oui, ah oui naturellement. À partir du moment où on a l'impression que ça pourrait être une embolie pulmonaire on est inquiet évidemment. Il faut d'abord évidemment confirmer ou exclure ce diagnostic. Et ça, c'est vrai qu'à ce moment-là il faut aller vite. Et dans le doute, si je, prochaine occasion, si j'ai encore un cas comme ça, dans le doute, d'emblée, je mets sous anticoagulant évidemment. Même si c'est un coup dans l'eau ça n'a pas d'importance. Il vaut mieux en donner que de ne pas en donner. Si après on exclut. C'est comme les thrombophlébites, les douleurs dans le mollet, les douleurs dans les jambes, si on pense à une thrombophlébite, avant d'avoir cherché une écho ; un écho Doppler des veines des membres inférieurs ; il vaut mieux mettre sous anticoagulant quelques jours plutôt que de ne pas le faire en attendant d'avoir confirmation ou infirmation d'une thrombophlébite.

Moi : Oui.

Médecin 8 : Mais ici, sur base, pour prendre mon exemple, sur base d'une écho doppler ; parce qu'elle en a eu une écho doppler aussi. On n'a rien trouvé hein. Donc euh. Mais elle avait une scintigraphie pulmonaire.

Moi : positive.

Médecin 8 : Tout à fait typique. Oui. Et puis latérale d'ailleurs aussi.

Moi : Ah oui.

Médecin 8 : Mais l'origine on ne sait pas. Mais sinon la place que je donnerai, pfff, je pense que ça reste très intuitif. C'est euh, ...

Moi : D'accord. Et donc sur une échelle de 1 à 10, euh, si vous deviez estimer la part de subjectivité dans ce diagnostic-là vous diriez combien ?

Médecin 8 : Ah, chez moi, dans ce cas-ci ?

Moi : Oui.

Médecin 8: Ah bah je dirai 7-8.

Moi : 7-8 d'accord. Euh, vous vous pratiquez à quel endroit exactement ?

Médecin 8: [Dans la province du Luxembourg.]

[Suppression de la description de la région pour anonymisation.]

Moi : Mais donc c'est plutôt rural ?

Médecin 8: Donc c'est petit quoi. Comment ?

Moi : C'est plutôt rural comme pratique.

Médecin 8: Ah oui très rural. C'est même très rural. [...] Maintenant je ne fais pas que ce village là hein. On rayonne tout autour. Je vais dans des villages autour. C'est beaucoup de visite à domicile parce que j'aime bien ça, j'ai toujours fait ça. Euh, la moitié de mon temps se passe en visite à domicile.

Moi : D'accord. Et l'hôpital le plus proche alors c'est Marche-en-Famenne ?

Médecin 8: Bah oui et non. Parce que Marche, là où je travaille, Marche est à 25km. Vous avez Libramont, vous connaissez Libramont ?

Moi : Oui, oui, oui.

Médecin 8: Qui est à 30k. Et dans l'autre direction, euh, Dinant qui est à 35km. Et il y a des gens [...] qui vont préférentiellement à Dinant. Donc on est vraiment au centre d'une, d'un triangle. Donc une pointe se dirige vers Marche, une autre vers Libramont et une autre vers Dinant. À peu de choses équidistantes quoi. Donc on a le choix. (rire).

Moi : D'accord. Et vous avez tendance à envoyer vite aux urgences ou bien vous faites souvent des bilans vous-même ?

Médecin 8: Des bilans moi-même ?

Moi : Oui.

Médecin 8: Pour euh, pour quoi ?

Moi : Bah par exemple là dans le cas d'une embolie pulmonaire vous envoyez vite aux urgences ou bien vous vous dites, voilà, je vais faire l'échographie et puis on verra ?

Médecin 8: Mais, en général, quand j'ai vraiment une suspicion j'envoie aux urgences. Euh, il vaut mieux ne pas prendre de risque. Mais dans le cadre de cette patiente-ci, je n'ai pas pu l'amener à accepter, là, l'envoi vers le service d'urgences Donc j'ai dû me débrouiller en prenant des rendez-vous le plus rapide possible pour faire ses examens. Mais euh, mais voilà. Sinon, si j'ai vraiment une suspicion on envoie maintenant facilement, plus facilement qu'il y

a 20 ou 30 ans aux urgences. Dans le temps on se débrouillait plus à domicile. Je me souviens encore d'avoir soigné des infarctus...

Moi : À domicile.

Médecin 8: À domicile oui, oui. Des infarctus à domicile. Il y a, dans les années 70-80, on faisait beaucoup plus de soins à domicile hein. Des contrôles à domicile. C'était le système comme ça.

Moi : D'accord.

Médecin 8: Mais je ne suis pas de la génération antérieure où on opérait l'appendice sur ...

Moi : Sur la table de la cuisine.

Médecin 8: Sur la table d'examen, de cuisine du patient, avec un chirurgien qui venait, qui faisait ça vite, vite et puis repartait hein.

Moi : (rire).

Médecin 8: Il y a 50 ans ça se faisait hein. Ah oui, oui, et des accouchements à domicile. Mais si on parle de ça, les gens souvent ils...

Moi : Bondissent.

Médecin 8: Ils vous regardent avec de grands yeux. (rire)

Moi : C'est vrai. Mais c'est intéressant je trouve que vous ayez eu le diagnostic de décompensation cardiaque en diagnostic différentiel parce que vous n'êtes pas du tout le premier médecin à me dire ça en entretien. Alors que moi je ne me disais pas du tout que ça pouvait être un diagnostic différentiel.

Médecin 8: Parce que je pense que sur un plan statistique, on pense d'abord à un problème cardiaque qui est plus fréquent. Une insuffisance cardiaque plus ou moins aiguë. Même si elle n'avait pas de symptômes de type angor. Elle n'avait pas d'œdème, on n'entendait pas de râles de stage dans les poumons, et cetera. Mais statistiquement, le cœur est le premier organe qui est touché et qui permet d'expliquer une dyspnée. Euh, hormis évidemment les problèmes de poumons même. Je parle d'une bronchite aiguë, d'une pneumonie, euh, euh ou d'une embolie évidemment. Mais sinon, quand il n'y a pas de symptômes d'appel au niveau pulmonaire à l'auscultation on pense d'abord au cœur. Donc, premier réflexe c'est ça. C'est une défaillance cardiaque d'apparition brutale. Mais très rapidement j'ai, j'ai switché vers la possibilité d'embolie.

Moi : Ok. Merci beaucoup.

Médecin 9

Moi : Est-ce que vous savez de la dernière consultation où vous avez diagnostiqué votre embolie pulmonaire ? Et où ça s'est révélé être le bon diagnostic.

Médecin 9 : Ah oui. Et bien voilà. Donc c'est un patient que je connais depuis, euh, quand même assez longtemps. Environ 25 ans. Un patient que je connais depuis environ 25 ans. Et il a été opéré de la prostate. Et attendez, je vais essayer de reprendre la fiche. Alors...

Moi : C'était il y a combien de temps que vous avez fait ce diagnostic ?

Médecin 9 : Je vais vous dire ça tout de suite.

Moi : Ok .

Médecin 9 : Une seconde. Mr Collin. Donc euh ça s'ouvre.

Moi : Merci beaucoup.

Médecin 9 : Voilà. Donc il a été opéré le 11 mars. Et euh, quelque temps après sa femme m'a téléphoné pour me dire que Philippe était très fatigué et très essoufflé. Il ne savait faire, il ne sait pas marcher 100 mètres qu'il était essoufflé, il devait s'arrêter. Alors donc, moi je me dis « ouille, il vient d'être opéré au niveau de la prostate », avec ce genre de chose hospitalisé, j'ai tout de suite pensé une embolie pulmonaire.

Moi : Mmmmm

Médecin 9 : Et donc je l'ai, je lui ai dit écoute « il faut absolument qu'il aille à l'hôpital parce que ça pourrait-être une embolie pulmonaire suite à l'intervention ». Il ne voulait pas aller à l'hôpital donc sa femme me dit « Écoute, euh il veut absolument pas y aller. Est-ce que tu peux venir pour le convaincre ? » J'y suis allé et euh, j'ai parlé un petit peu avec lui. Il n'avait pas de douleur rien du tout, simplement de l'essoufflement. J'ai dit « écoute Philippe, c'est fort suspect quand même d'être une embolie pulmonaire, donc va à l'hôpital ». Donc je l'ai envoyé [à l'hôpital], et là euh, ils ont évidemment tout de suite diagnostiqué l'embolie pulmonaire. Alors, donc, je vais.

Moi : Vous, à l'anamnèse, c'est quoi les éléments qui ont joué un rôle du coup pour euh, suspecter cette embolie pulmonaire.

Médecin 9 : C'est dyspnée, une dyspnée aigüe. Une dyspnée d'origine subite. Voilà. Et le fait qu'il ait été opéré c'est ça qui m'a mis la puce à l'oreille. L'intervention sur le petit bassin d'une part et la dyspnée aigüe. Ça, ça pue l'embolie pulmonaire.

Moi : Et au niveau clinique, ce sont quoi les éléments qui sont intervenus ?

Médecin 9: Rien du tout. Il y avait juste ça. C'est peut-être un peu mon sens clinique qui a fait que... Ici 12 mars... J'ai son dossier ici donc. Alors 12 mars, ça c'est l'urologue. 16 mars, 26 mars. Voilà, alors, donc je vous lis les rapports de l'hôpital. Patient adressé par le médecin traitant pour suspicion d'embolie pulmonaire. Contexte, prostatectomie radicale totale par robot réalisé le 11 mars. Dyspnée et polypnée superficielle d'apparition brutale avec une sensation d'oppression. Oui c'est ça, il avait aussi une sensation d'oppression latérothoracique gauche. Voilà ;

Moi : Ça il vous l'avait décrit aussi.

Médecin 9: Oui, ça il m'avait décrit aussi. Donc c'était un des deux éléments qui m'avait fait suspecter. Mais le principal, l'élément principal pour moi c'était cette dyspnée aigüe après l'opération. C'est, je vois pas... Oui ça pouvait être plein d'autres choses, mais le diagnostic le plus probable c'était ça. Voilà. Et donc il a été hospitalisé, et il est resté euh que 24 heures parce qu'on était en pleine période Covid. Donc il a fait un scanner, un angio-CT thorax embolie pulmonaire massive, intéressant les deux artères lobaires et plusieurs artères segmentaires des lobes inférieurs et supérieurs. Mais vous voulez que je vous fasse parvenir ce rapport ?

Moi : Non, mais moi ce qui m'intéresse vraiment c'est plus la consultation que vous vous avez eu avec lui à domicile.

Médecin 9: D'accord.

Moi : Mais donc en fait au niveau clinique, je ne sais pas si vous avez pris sa tension ou fait ses pulsations ? Est-ce qu'il y avait quelque chose à remarquer ?

Médecin 9: Eh bien pas du tout. Son examen était strictement normal. Et peut-être qu'il avait, mais ça je ne me rappelle plus. Il y avait un foyer de râle. Comme je l'ai vu à domicile moi je n'ai pas mis de note dans mon dossier. Mais je me rappelle très bien que c'était surtout cette dyspnée aigüe. Là, là, cette oppression qu'il avait à gauche, mais je n'entendais rien du tout.

Moi : Et il n'avait pas...

Médecin 9: Je n'entendais rien du tout.

Moi : Et il n'avait pas de tachycardie ou de désaturation ?

Médecin 9: Alors, oui, il avait une désaturation. Parce que ça j'avais mesuré sa saturation quand j'ai été le voir. Il avait une désaturation, je crois qu'il devait être aux environs de 89 ou 90. Mais encore une fois je n'ai pas noté dans le dossier.

Moi : Oui oui pas de soucis.

Médecin 9: Moi je l'ai vu à domicile et puis voilà je l'ai envoyé à l'hôpital. Et il était à l'hôpital et là il est resté 24 heures.

Moi : Et euh, est-ce que vous avez utilisé des examens particuliers comme l'ECG, une bio ou quelque chose d'autre ?

Médecin 9: Pas de tout.

Moi : Pas de tout.

Médecin 9: Pas du tout. Pour moi dès que j'ai eu ce diagnostic en tête tout de suite je l'ai envoyé à l'hôpital pour pas perdre de temps. (téléphone sonne)

Moi : Vous m'avez dit vous connaissez ce patient depuis 25 ans, donc ses antécédents vous les aviez bien en tête quand vous êtes allée le voir ?

Médecin 9: Oui, oui tout à fait.

Moi : Et il n'y avait rien qui pouvait justifier une embolie pulmonaire non plus dans ses antécédents ?

Médecin 9: Ah si bien sûr il y avait l'intervention de la prostate trois semaines avant.

Moi : D'accord.

Médecin 9: Pour moi, à partir du moment où un patient a eu une intervention sur le petit bassin et une dyspnée aigüe je me dis il fait sans doute une thrombose de sa ... attendons encore... (téléphone sonne). Voilà excusez-moi.

Moi : Donc vous, vous connaissez bien tous les éléments diagnostics qui peuvent orienter l'anamnèse dans le sens d'une embolie pulmonaire comme vous disiez, voilà une douleur dans le mollet ou bien oui...

Médecin 9: Exactement.

Moi : Oui d'accord. Est-ce que vous avez utilisé un score ou un autre outil pour diagnostiquer l'embolie pulmonaire ?

Médecin 9: Non, non.

Moi : Et pourquoi pas ?

Médecin 9: Pourquoi pas ? D'abord parce que pour moi ce diagnostic étant important, j'ai tout de suite adressé à l'hôpital et là on fait des examens complémentaires. Mais je vous dirai que moi ça fait 40 ans que je travaille, je n'ai jamais utilisé de score ou quoi.

Moi : Et pourquoi vous n'utilisez pas de score ? Enfin c'est juste pour savoir.

Médecin 9: Parce que, bah parce que je me fie à mon score clinique et voilà.

Moi : Euh, et le patient vous connaissiez donc ses habitudes de vie. Est-ce que vous avez intégré aussi dans votre diagnostic, finalement, peut-être la consommation d'alcool ou le tabac, ou si c'est quelqu'un de fort stressé ?

Médecin 9 : Non, euh non, non. Ce sont des éléments complémentaires. D'abord le patient il ne fume pas, il ne boit pas, il n'est pas particulièrement stressé. Je le vois régulièrement parce qu'on joue parfois au golf ensemble. C'est vraiment quelqu'un que je connaissais bien.

Moi : Il ne prenait pas d'anticoagulant avant l'embolie ?

Médecin 9 : Il était sous asaflo.

Moi : Mais il n'avait pas une clexane suite à son intervention ou quelque chose comme ça ? Il n'était pas alité en fait ?

Médecin 9 : Non non non, pas du tout.

Moi : Et au-delà de tous ces éléments objectifs, donc euh la désaturation, le, est-ce qu'il y a quelque chose qui vous avait interpellé dans cette consultation ?

Médecin 9 : Pas particulièrement.

Moi : Le, comment est-ce que vous pressentiez le patient ?

Médecin 9 : Bah le patient lui, il se demandait pourquoi il était vite à court d'haleine. Il ne comprenait pas. Et c'est tout. Moi compte tenu du contexte comme je vous ai dit, une intervention, une dyspnée un peu après, pour moi j'avais aucun doute quant au diagnostic.

Moi : Mmmm

Médecin 9 : Oui ça aurait pu être un pneumothorax. Ça aurait pu donner exactement les mêmes symptômes donc, mais le fait qu'il ait eu cette intervention pour moi c'était tout à fait significatif. À partir du moment où je suspecte une embolie pulmonaire je ne prends pas le moindre risque de garder le patient à la maison et de commencer l'investigation. Vous savez j'ai un patient qui me téléphone hier matin à 8h. Aussi quelqu'un que je connais depuis bien longtemps. Il me dit « écoute Philippe je me suis réveillé deux fois la nuit avec une barre dans la poitrine, est-ce que tu peux me faire un électro ? ». Je lui dis « non je ne te fais pas un électro, tu files à l'hôpital directement ». Et effectivement ce monsieur était en train de faire un infarctus. Il est allé à [l'hôpital] de delta on l'a mis à l'UZ où on a débouché une artère et on a mis un stent et il doit en passer un deuxième... Donc pour moi dès qu'il y a la moindre suspicion d'un diagnostic...

Moi : grave

Médecin 9: qui pourrait être grave, j'hospitalise directement. Je ne me lance pas dans des investigations directement comme ça à la maison.

Moi : Et quel avait été votre ressenti devant ce patient ? Celui que vous avez vu à la maison.

Médecin 9: Celui avec l'embolie pulmonaire ?

Moi : Oui, oui.

Médecin 9: Mon ressenti, c'est que bon, je me disais, je craignais quand même pour lui. Qu'une embolie pulmonaire c'est quand même quelque chose de grave. Et j'étais surtout inquiet qu'il refuse d'aller à l'hôpital et voilà. Et donc, quand il, quand j'ai appris qu'il était à l'hôpital et euh, j'étais rassuré. Et en fait, à l'hôpital il était pris en charge. Mais, enfin, j'étais surtout étonné que 24 heures après on le rentre à la maison parce que je trouvais quand même que c'était un peu risqué. Mais encore une fois il faut remettre les choses dans le contexte. C'était la période du covid où on essayait de garder ; que les gens ne soient pas hospitalisés pour éviter qu'ils ne l'attrapent là-bas.

Moi : Et en voyant le patient est-ce que vous étiez inquiet pour lui ? Quand vous êtes allés le voir à domicile ?

Médecin 9: J'étais inquiet...

Moi : En le voyant ?

Médecin 9: pour lui. Non il n'avait pas l'air inquiétant du tout. Il était assis dans son fauteuil quand je l'ai vu. Et lui ne voulait pas croire qu'il pouvait faire une embolie pulmonaire. Il ne pouvait pas s'imaginer que ce soit grave.

Moi : D'accord. Est-ce que vous avez eu précédemment dans votre expérience, des diagnostics d'embolie pulmonaire qui peuvent vous avoir guidé dans le diagnostic de cette dernière embolie ?

Médecin 9: Non. Pas comme ça.

Moi : Et donc, vous n'avez rien... Est-ce que vous avez déjà d'autres diagnostics d'embolie pulmonaire ?

Médecin 9: Oui bien sûr.

Moi : Et est-ce que vous avez remarqué quelque chose de reproductible chez tous les patients où vous avez diagnostiqué cette embolie pulmonaire ?

Médecin 9: La dyspnée.

Moi : Une dyspnée sans autres causes ou bien... ?

Médecin 9: C'est principalement la dyspnée qui est le signe qui revient le plus souvent.

Moi : Et est-ce que c'est une dyspnée que vous vous objectiviez ou bien c'est simplement une décrite par le patient ?

Médecin 9: Ecoutez la dyspnée elle est décrite par le patient. Moi je ne la vois pas. Parce que quand le patient est assis devant moi, et qu'il me parle il me parle normalement. Mais ce qu'il raconte c'est que quand il doit faire un effort effectivement, il est fort limité par sa difficulté respiratoire.

Moi : Oui.

Médecin 9: Mais, les petits saturomètres on n'emploie pas ça depuis 20 ans.

Moi : oui, oui, oui.

Médecin 9: Donc euh, effectivement maintenant on a un saturomètre qui vous permet d'objectiver une désaturation. Ou alors, euh, il y avait la cyanose, mais bon là il faut déjà beaucoup. Donc euh moi je n'ai jamais vu comme ça un patient fort cyanosé avec une embolie pulmonaire en tout cas.

Moi : Et est-ce que vous avez remarqué peut-être quelque chose dans votre expérience, un signe clinique un peu précurseur, que les médecins généralistes pourraient voir ? Dans le sens où j'ai l'impression que quand les patients vont à l'hôpital, parfois ils sont à des stades un peu plus avancés. Nous on a tendance à voir les patients un peu avant. Est-ce qu'il y aurait peut-être quelque chose de précurseur qui pourrait orienter dans une suspicion d'embolie pulmonaire ? Je ne sais pas si vous avez remarqué ça ?

Médecin 9: Bien sûr, bien sûr. D'abord à l'anamnèse s'ils ont subi une intervention c'est un élément essentiel. Et le deuxièmement, c'est évidemment la recherche, si les gens commencent à se plaindre au niveau des jambes ou des mollets, suspecter qu'ils sont une TVP par exemple. S'ils ont une TVP, qu'ils se plaignent de respiration, bah il faut quand même fortement suspecter une embolie pulmonaire sur leur TVP.

Moi : Mais ça c'est tous des signes...

Médecin 9: À ce moment-là. Donc quand j'ai quelqu'un qui a une TVP, je fais toujours un dosage de D-Dimères, j'interroge.

Moi : Mais ça, c'est aussi des éléments qu'on peut voir à l'hôpital finalement ?

Médecin 9: Bien sûr.

Moi : Mais donc en médecine générale il n'y a rien de plus, finalement, qu'on pourrait voir un peu plus tôt pour vous ?

Médecin 9: Non je ne pense pas.

Moi : Mmmm Et quelle place est-ce que vous accordez à votre sens d'alarme dans la suspicion d'un diagnostic d'embolie pulmonaire ?

Médecin 9: Comment ? Répétez un peu votre question.

Moi : Quelle place est-ce que vous accordez à votre sens d'alarme ? Donc au fait que vous soyez inquiet, à votre feeling, dans la suspicion d'un diagnostic d'embolie pulmonaire ?

Médecin 9: Quel sens ?

Moi : Le feeling que vous me disiez dans la suspicion de diagnostic d'embolie pulmonaire, quelle place est ce que vous lui accordez ?

Médecin 9: Ah une place très importante. Une part très très importante. Parce que comme je vous ai dit, maintenant ça fait quand même 40 ans que je travaille, le feeling me permet si vous voulez, aussi d'orienter les examens complémentaires que je pourrai demander. Et euh, c'est, c'est surtout vraiment l'expérience.

Moi : Et pour vous ce feeling, qu'est-ce que vous ressentez en fait dans ce feeling ? Je ne sais pas si vous savez mettre des mots là-dessus ?

Médecin 9: Quand quelqu'un vient me raconter une histoire, j'ai quelques idées de diagnostic. Et l'examen clinique va me permettre d'affiner certains diagnostics. Et je vais éventuellement lancer des examens complémentaires en fonction de, de mes idées. Et quand j'aurai les examens complémentaires bah voilà. Ou bien j'ai déjà un diagnostic, ou bien je ne l'ai pas encore et à ce moment-là je vais faire d'autres choses. Mais ça, c'est globalement. Peu importe que ce soit l'embolie pulmonaire ou une autre maladie.

Moi : Oui. Et donc pour vous la connaissance du patient est quand même relativement importante pour pouvoir poser tous ces diagnostics-là ?

Médecin 9: Tout à fait. Tout à fait.

Moi : Et sur une échelle de 1 à 10, à combien est-ce que vous estimeriez la subjectivité dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire ?

Médecin 9: La subjectivité dans le diagnostic ? Qu'est-ce que vous voulez dire par la subjectivité dans le diagnostic ?

Moi : Bah, les éléments qui sont autres que la tachycardie, la désaturation ou un examen clinique. Vraiment simplement ce que vous ressentez sur une échelle de 1 à 10.

Médecin 9: Je pense que c'est, je pense que l'anamnèse du patient, si c'est ça que vous voulez aussi dire par éléments subjectifs, pour moi c'est capital. C'est capital. Pour moi c'est 9 sur 10.

Moi : 9 sur 10, d'accord.

Médecin 9: Parce que même si vous avez, même si vous avez une saturation à 96 ou 97%, ça n'exclut pas une embolie pulmonaire. Tout dépend aussi de la massivité. Est-ce qu'elle est massive ou pas.

Moi : D'accord.

Médecin 9: Et donc ça je crois que c'est très très important.

Moi : Et j'ai encore juste deux petites questions. Qu'est-ce qui vous permet de vous rassurer face un diagnostic d'embolie pulmonaire ? Une suspicion plutôt d'embolie pulmonaire ?

Médecin 9: Qu'est-ce qui me permet de me rassurer ?

Moi : Oui

Médecin 9: Rassurer à quel point de vue ? Sur l'état du patient ? Sur son avenir ?

Moi : Oui c'est ça. Sur son état, ou sur votre suspicion de diagnostic en fait. Qu'est-ce qui peut vous dire « ah bah non, peut-être qu'en fait ce ne serait pas ça ». Ou bien...

Médecin 9: Bah écoutez, je pense que le diagnostic d'embolie pulmonaire est un diagnostic grave. J'ai quand même des patients qui sont morts de ça. Et bon, entre autre un de mes amis qui est mort, boum comme ça, d'une embolie pulmonaire en sortant de sa salle de bain.

Moi : D'accord.

Médecin 9: Et donc c'est un diagnostic grave. Et donc je ne suis jamais rassuré tant que le patient n'est pas hospitalisé. Et je ne trouve pas du tout rassurant un diagnostic d'embolie pulmonaire. Je trouve ça toujours très inquiétant.

Moi : Et vous vous...

Médecin 9: C'est la réponse à votre question ?

Moi : Oui c'est ça. Et vous vous pratiquez à quel endroit ?

Médecin 9: A Etterbeek.

Moi : Donc il y a vite un hôpital effectivement si vous devez référer.

Médecin 9: Comment ?

Moi : Qu'il y a rapidement un hôpital effectivement si vous devez envoyer à l'hôpital.

Médecin 9: Oui, oui. Oui, oui. On est quand même bien entouré par les infrastructures hospitalières.

Moi : Oui tout à fait. Merci beaucoup.

Médecin 10

Moi : Mon TFE c'est « la part du gut feeling dans l'embolie pulmonaire » et comme tu m'as dit que tu avais diagnostiqué une embolie dans les six derniers mois, est-ce que tu sais me raconter un peu la dernière consultation où tu as justement diagnostiqué une embolie pulmonaire ?

Médecin 10: C'était un peu particulier donc euh.. En gros c'était une dame d'une quarantaine d'années qui venait pour un contrôle Elle avait vu mon maître de stage la semaine avant je pense. Elle venait contrôler sa pneumonie. Et donc moi je découvre un petit peu le dossier. Donc elle avait des plaintes euh de douleur thoracique, elle avait fait un tout petit peu de fièvre et mon maître de stage avait vu euh, avait entendu des crépitants. Il avait fait une bio et dans la bio il avait fait, il avait aussi dosé les D-Dimères qui étaient au plafond. Et la patiente venait parce que ça allait un peu mieux, mais elle avait toujours mal au niveau du thorax. En voyant les D-Dimères, je me suis dit « ça pue quand même ». Que ce soit aussi haut ce n'est pas normal. Euh je sais que ça peut être un peu augmenté en cas de pneumonie, mais ça me paraissait quand même fort élevé. Et donc de là j'ai fait une bio pour voir un peu la cinétique des D-Dimères. Et là les D-Dimères avaient de nouveau augmenté. De là je l'ai envoyé à l'angioscanner et embolie confirmée. Donc voilà.

Moi : Ouais. Et du coup c'est quoi les éléments qui t'ont aidé dans le diagnostic ou la suspicion d'embolie pulmonaire chez cette dame-là. D'abord à l'anamnèse.

Médecin 10: À l'anamnèse c'était la douleur thoracique. Elle n'avait rien d'autre.

Moi : Ok.

Médecin 10: À l'anamnèse. Et d'un point de vue clinique, elle avait uniquement une petite tachycardie 101, 102. Euh tout le reste était normal. Plus de crépitants, il n'y avait plus rien. J'avais ces deux choses à. La douleur thoracique et sa tachycardie.

Moi : D'accord. Et est-ce que tu connaissais les antécédents de cette patiente. Enfin elle avait quelque chose de particulier qui pouvait expliquer ?

Médecin 10: Non aucun antécédent. Aucun antécédent. Elle prenait juste la pilule et elle fume. Mais c'était tout.

Moi : Et est-ce que tu as utilisé des examens du coup ? Tu m'as dit les D-Dimères...

Médecin 10: Ouais. De mémoire je ne pense pas avoir utilisé un score de Wells. Euh, mais oui j'ai fait une bio directement puis en voyant que les D-Dimères étaient encore plus augmentés je l'ai envoyé à l'angioscanner.

Moi : Et pourquoi pas de score justement ?

Médecin 10: Euh, Pfff, je ne sais pas. Dans ce cas-ci je me suis dit que le score ne va peut-être pas me renseigner sur beaucoup plus. En fait ici vu l'histoire clinique je me suis plus fiée à mon instinct. Et à ce que j'avais déjà en main pour suivre ça.

Moi : Mmmm. Et est-ce qu'avant le diagnostic tu connaissais un peu les signes, enfin les éléments diagnostic importants de l'EMBOLIE PULMONAIRE qui font que... Tu savais à quoi penser en fait ?

Médecin 10: Oui, ça oui. Ce n'est pas la première donc je suis plutôt attentive. Quand il y a une douleur thoracique, j'essaie de faire attention à ça du coup.

Moi : Et c'est quoi les éléments auxquels tu fais attention du coup à priori.

Médecin 10: Euh, en fait c'est la deuxième patiente qui se plaint d'une douleur thoracique isolée sans aucun autre symptôme, sans avoir spécialement non plus de TVP associée. Euh donc ça. Et alors la tachycardie isolée je trouve que ça pue un petit peu.

Moi : Et cette patiente-là elle était à combien de tachycardie ?

Médecin 10: Euh 101 ou 102 ce n'est pas très élevé. Ça ne la gênait pas en tout cas. Elle ne le sentait pas.

Moi : Et depuis combien de temps est-ce que tu connaissais cette patiente. Enfin c'était la première fois que tu la voyais ou bien... ?

Médecin 10: Ouais. Cette dame-là c'était la première fois.

Moi : Mais donc comme tu disais au niveau antécédents ou habitudes de vie il n'y avait rien qui pouvait expliquer ?

Médecin 10: Non rien. Je veux dire, il y en a beaucoup qui fument et beaucoup qui prennent la pilule en même temps donc euh.

Moi : Et donc au-delà des éléments objectifs comme la tachycardie, la douleur thoracique et les D-Dimères est-ce qu'il y a quelque chose qui t'a interpellé dans cette consultation ? Enfin le ressenti de la patiente par exemple ou ton ressenti ?

Médecin 10: Euh bah moi ce qui m'interpellait un petit peu, c'était ses D-Dimères élevés et qu'on n'en ait pas fait grand-chose au final. Je pense qu'on aurait pu le diagnostiquer avant. Euh je n'ai plus tout le dossier en tête parce que c'était avant le confinement, mais de mémoire

quand elle était venue la première fois sur base du dossier ça faisait aussi pneumonie donc. Fin j'étais perturbée d'avoir des éléments qui pouvaient coller un peu avec les deux pathologies.

Moi : Mais subjectivement est-ce qu'il y a quelque chose de particulier chez cette patiente qui t'a mis un peu la puce à l'oreille ou pas spécialement ?

Médecin 10: Non à part ses D-Dimères à ce moment-là, oui sa tachycardie, mais c'est toi. Mais ça, c'est objectif. Bah subjectivement c'est que ça n'allait pas beaucoup mieux et que la patiente était inquiète.

Moi : Donc c'est surtout l'inquiétude de la patiente en fait ?

Médecin 10: Ouai

Moi : Et toi tu étais particulièrement inquiète ? Ou il y a quelque chose que tu as ressenti qui t'a dit « ah oui peut être que je devrais aller un petit peu plus loin » .

Médecin 10: Bah c'était la première fois que je voyais cette dame. En voyant le dossier elle ne vient pas souvent donc je me suis dit, si elle vient c'est qu'elle sent qu'il y a quelque chose qui n'est pas normal. Elle n'avait pas l'air anxieuse de nature. Donc euh. Il y avait ça, mais pfff après ; c'est difficile en plus de se remettre dans l'histoire parce que ça date un peu. Non, oui, en fait j'ai vu un peu sa fréquentation habituelle au cabinet qui n'était pas importante du tout donc voilà. Je me suis dit, si elle vient, si elle est inquiète c'est qu'il y a effectivement quelque chose qui ne tourne pas rond.

Moi : Et tu me disais ce n'est pas la première embolie que tu diagnostiques. Mais du coup est-ce qu'il y a quelque chose de reproductible entre cette patiente-là et les diagnostics que tu as fait avant qui t'amènent à penser au diagnostic de l'embolie pulmonaire ?

Médecin 10: Woaw

Moi : Dans la consultation en fait ?

Médecin 10: C'est un petit peu du feeling je pense. Fin ça c'est un peu plus personnel, mais j'ai été sensibilisée peut-être par le fait que moi-même j'ai eu une embolie pulmonaire et que le diagnostic avait un peu trainé, parce qu'on pensait que c'était des douleurs. J'avais une bête douleur thoracique aussi et on pensait que c'était locomoteur. Donc peut-être que je suis un peu plus sensibilisée à ça. De par cette histoire-là.

Moi : Mais du coup quand tu dis le feeling pour toi ça veut dire quoi ? Qu'est que tu ressens ?

Médecin 10: Mmmm

Moi : rire

Médecin 10: rire. Bah c'est chaud quand même comme question.

Moi : Oui un peu. C'est le but du TFE.

Médecin 10: Je ne sais pas honnêtement. Je ne sais pas. J'essaie en fait, je pense que je ratisse un peu plus large au niveau des symptômes et des signes cliniques et si je vois qu'il y a quelque chose en plus ça me mène un petit peu plus vers le diagnostic.

Moi : Mais ça veut dire que, en fait avant de ratisser vers d'autres symptômes il y a quand même quelque chose qui t'a alerté pour te dire « ah peut être que je dois quand même faire un petit peu plus attention ». Est-ce que ce signe précurseur entre guillemet tu arriverais à dire ce que c'est ou pas vraiment ?

Médecin 10: Non là c'est chaud. Je pense vraiment que c'est plus une impression.

Moi : Mais tu ne sais pas trop mettre de mot sur ces impressions, ce ressenti ou quelque chose comme ça ?

Médecin 10: non, non.

Moi : Et en fait j'ai l'impression qu'en médecine générale on voit souvent des patients à des stades un peu plus tôt qu'aux urgences justement. Est-ce que pour toi justement, comme tu as déjà fait plusieurs diagnostics ou comme tu as toi-même vécu ou déjà vécu une embolie pulmonaire, il y a peut-être quelque chose qui te dit que justement il faudrait y penser. Avant justement cette tachycardie ou euh... En fait en amont de tout ce qu'on nous enseigne à l'université ?

Médecin 10: Ouais. Essayer d'aiguiser un peu son sens clinique, je pense. Mais il n'y a rien de vraiment scientifique.

Moi : Ça c'est sûr. Mais du coup il n'y a pas quelque chose de particulier où tu pourrais dire « ah tient ça il faut faire peut-être attention » ou bien l'inquiétude du patient ça peut refléter quelque chose ou ?

Médecin 10: Je pense effectivement que l'inquiétude du patient il ne faut pas la mettre de côté. Bon, ils sont tous en général un peu inquiet quand ils viennent nous voir. Mais ici dans les deux cas d'embolie où il y avait très peu de signes, dans ces deux cas-là, les deux fois c'était des patients qui venaient très rarement au cabinet. Donc je trouve que le fait que ce soit combiné à une inquiétude il faut quand même un petit peu s'y fier du coup. Mais bon après, il n'y a rien de cadré, rien de vraiment scientifique et rien de normé non plus.

Moi : Ouais. Mais donc pour toi l'inquiétude du patient ça pourrait être quelque chose qui ne rentrait pas comme des symptômes, mais plutôt des signes à prendre en compte dans le diagnostic.

Médecin 10: Oui, pour moi oui. En tout cas dans l'embolie pulmonaire oui.

Moi : Et quelle place est-ce que tu accordes au sens d'alarme dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire ?

Médecin 10: C'est-à-dire ?

Moi : Bah si par exemple il y a plein de signes, fin comme tu disais, si une patiente vient, tu n'es pas très sûre du diagnostic de l'embolie pulmonaire, est-ce que ton feeling a vraiment de l'importance dans le diagnostic ou bien tu vas te dire, bah voilà il n'y a pas de tachycardie, il n'y a pas, il n'y a peut-être pas de suspicion de thrombose bah du coup ce n'est pas ça. Est-ce que le feeling a vraiment de l'importance dans ce diagnostic-là ?

Médecin 10: Mmm, j'essaie de me remémorer des situations parce que... Oui je dirai oui en fait. Parce que ça m'est déjà arrivé de doser des D-Dimères avec des scores normaux juste parce que je ne me sentais pas trop à l'aise. Bon là on soigne peut-être juste mon anxiété à ce moment-là, mais c'est encore un autre débat. Mais oui ça m'est arrivé de doser des D-Dimères juste pour exclure. Je me disais à ce moment-là si les D-Dimères sont négatifs le débat est clos. Donc oui ça m'est arrivé de me fier uniquement à mon feeling oui.

Moi : Et donc pour toi les scores, réellement si le score est négatif, mais que dans le fond tu ne le sens pas très bien tu vas quand même aller plus loin parce que tu te dis que ton feeling apporte quand même quelque chose.

Médecin 10: Oui oui ça m'est arrivé.

Moi : et donc sur une échelle de 1 à 10 est-ce que tu arriverais à estimer ta part de subjectivité dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire ?

Médecin 10: Mmmm, je dirai 7.

Moi : 7 quand même. Ok.

C'est intéressant d'avoir le fait que tu l'aies vécu. Je pense que ça t'apporte aussi quelque chose dans la pratique du coup.

Médecin 10: Oui je pense aussi. Je pense aussi parce qu'honnêtement pour la petite histoire, je me plaignais d'une douleur au dos et à ce moment-là je disais que j'avais tellement mal que j'avais du mal à respirer. Mais au final c'était une vraie dyspnée que je vivais et une vraie douleur thoracique. On m'a dit pendant au moins 3-4 jours oui oui, t'es trop anxieuse, il faut

que tu te calmes. On m'a donné du lysanxia pour me calmer ; ça ne fonctionnait pas. Donc oui quand on m'a diagnostiqué l'embolie pulmonaire j'ai dit « bah vous voyez qu'il y avait quelque chose de pas normal ».

Moi : Et la patiente qui est venue te voir elle n'avait pas de dyspnée, pas de désaturation ?

Médecin 10: Non non non. C'était juste une douleur très localisée, thoracique, basale gauche de mémoire.

Médecin 11

Moi : Comme je vous expliquais dans mon mail, je suis en dernière année et j'aimerais faire mon TFE sur la place du gut feeling dans l'embolie générale. Dans le diagnostic de l'embolie générale. Euh, est-ce que vous savez me parler de la dernière consultation où vous avez diagnostiqué une embolie pulmonaire ? Et où ça s'est révélé être le bon diagnostic.

Médecin 11 : Alors, j'ai hésité entre deux diagnostics pour être tout à fait honnête. Mais euh, ça pouvait qu'il se passait un truc pas net. Et c'était vraiment pas forcément, avec le recul, j'étais bêtement fière de moi, comme ça en mode tient. Il n'y avait pas du tout les bons symptômes et j'y ai pensé quand même. Euh je vais juste rouvrir dans le dossier du patient. Comme ça je vais retrouver exactement tout.

Moi : C'était il y a longtemps ?

Médecin 11 : Non c'était, j'ai eu pendant les grandes vacances. Fin août je pense, quelque part. Alors si ce truc-là veut bien encore s'ouvrir une fois. Bon, c'est un patient qui n'a pas de gros antécédents sinon qu'il a un diabète de type I. Il est suivi, bien régulier. Tout va bien. Euh, je connais toute la famille parce que je suis le médecin traitant de ses parents, épouse et de leurs deux enfants. Donc je les vois quand même assez régulièrement. Et voilà.

Moi : C'est un jeune alors ?

Médecin 11 : C'est un jeune oui. Voilà il a 56 ans.

Moi : D'accord.

Médecin 11 : Hop. Et donc je l'ai vu, c'était le 5 août. Et donc en fait il vient avec sa femme. Et c'est un patient qui généralement est quelqu'un d'assez anxieux.

Moi : Mmm Mmm

Médecin 11 : Euh, et là il était assez zen. Fin, il n'avait vraiment pas l'air de, de s'inquiéter de quoi que ce soit. Et euh, il, fin, c'est sa femme qui commence à m'expliquer. Qui dit « oui, voilà on voulait quand même venir vous voir. » C'était genre un mercredi un truc comme ça. « Parce que on part en vacances fin de semaine, on va deux semaines dans les Ardennes avec les enfants et euh, on voulait être sûr que tout allait bien avant de partir ». Et, il m'explique, voilà, j'ai eu deux moments où j'étais pas très bien. Alors le premier c'est avant-hier, je suis allé chercher mes couques au Delhaize. Et en fait eux, où ils habitent pour aller au Delhaize c'est une petite montée. C'est vraiment pas loin quoi. C'est 150 mètres. Euh, et il dit en arrivant au

Delhaize j'étais vraiment très essoufflé et pas du tout à mon aise alors que ça, c'est pas normal ; puis je suis rentré avec mes couques et ç'a été bien. Et euh, j'ai passé toute la journée à faire du bricolage, donc euh vraiment des trucs un peu lourds dans la maison, et cetera parce qu'ils sont en train de retaper leur appartement. Tout a bien été. Et puis, euh, on a été faire les courses avec ma femme et là aussi en rentrant je me suis senti extrêmement essoufflé alors que j'avais juste porté les sacs sur 150 mètres. Et, euh, ma femme m'a dit que j'étais pâle et que j'avais les lèvres pâles. Et ç'a été mieux au bout d'une dizaine de minutes, c'est passé.

Moi : Mmm Mmm

Médecin 11: Donc vraiment le truc, euh, bah bon voilà. Sachant qu'il a régulièrement des crises d'hyperventilation quand il est anxieux. Il a, il a un peu, une espèce de petit burn-out chronique comme ça, parce qu'il fait un boulot qui est en fait au-dessus de son niveau de compétence. Et qui est un boulot à haute responsabilité. [Anonymisation travail du patient.]

Moi : D'accord.

Médecin 11: Alors qu'au départ euh il est ouvrier dans le domaine des avions. Donc voilà il est arrivé à un niveau de responsabilité assez élevé. En fait ça le stresse extrêmement parce qu'il a très peur d'un jour signer un document pour un avion qui va se cracher en vol. Et donc une fois de temps en temps il a besoin de sa petite semaine off parce qu'il n'arrive plus, il déconne complètement. Et à ces moments-là d'habitude il hyperventile. Donc bon, clairement c'était le diagnostic différentiel. C'est qu'il était de nouveau en train de me faire de l'hyperventilation sur son boulot. Mais ça ne ressemblait pas parce que d'habitude quand il a des problèmes avec son boulot il est, il est anxieux. Il est pas bien. Et là il était en mode tout zen et c'était sa femme qui l'amenait quoi. Ce qui est assez inhabituel pour lui. Et euh, donc j'avais posé quelques petites questions en plus. Voilà, en marche en montée, quand il portait son masque. Avait eu la même chose dans l'escalier sans porter son masque. La tension était normale à ce moment-là puisque madame lui a pris la tension les deux fois quand il l'a signalé. Il a eu deux épisodes de diarrhée dans les jours précédents. Pas de fièvre, pas de toux. Et beaucoup de stress au boulot pour le moment, mais ça va. Et donc, euh,... Bah en fait, je me suis dit il y a un truc. Et j'ai pensé soit embolie pulmonaire, soit à un angor instable. Mais l'angor instable j'étais moit-moit. Et en fait j'ai eu à moitié un coup de bol d'une certaine façon parce que euh, je n'avais pas encore reçu mon électrocardiogramme, il m'a été livré la semaine d'après et donc je ne pouvais pas faire d'ECG. Et euh, je me suis dit bah du coup je vais faire une prise de sang. Euh, et euh, comme ça bah je peux l'envoyer en urgence au labo et j'aurai peut-être une

réponse avant la fin de la journée parce qu'il était quand même déjà 15H30 quelque chose comme ça.

Euh donc, je fais ma prise de sang, je l'examine. L'examen est totalement normal. Donc vraiment tout va bien. Ses paramètres sont, non en fait le seul truc bizarre c'est qu'il a une saturation à 94 ce qui n'est pas habituel pour lui. Et une fréquence cardiaque aux alentours de 100 ce qui est habituel pour lui. Il a généralement toujours une fréquence cardiaque élevée chez moi et euh plus lente chez lui. Il a généralement une petite hypertension de la blouse blanche, qui ce jour-là n'est même pas présente. Donc, hop j'envoie ça au labo. Et, bah, je coche du coup les D-Dimères en me disant « bah on verra bien ». Et euh, bah, j'étais embêtée par cette Satu en fait. C'est vraiment ça qui m'a, qui a été décisif pour moi. Et du coup, hop, 05/08, tient c'est marrant je n'ai même pas la prise de sang de ce moment dans mon là dans mon truc parce que, du coup, le labo me l'a envoyé par un média. Et donc elle n'est pas dedans. Mais bref. Si je vais quand même essayer d'aller la retrouver. Donc euh, en fait mon téléphone pro je n'y réponds plus en soirée parce que sinon je deviens folle. Mais le labo a mon téléphone privé. Et, euh, ils ont essayé de m'appeler quand j'étais sous la douche et du coup, bah je ne m'en suis pas rendue compte. Et donc ils ont immédiatement appelé mon collègue qui est mon oncle. Euh, et c'est lui qui m'a rappelé. Et il m'a rappelé en disant « voilà, il y a le labo qui a appelé parce que il y a un de tes patients qui fait une embolie pulmonaire ».

Moi : D'accord.

Médecin 11: Et euh, je dis « ah bon ». J'avais deux diagnostics différentiels en tête donc why not. Il dit « oui les D-Dimères sont élevés, faut que tu ailles voir, faut que t'appelles le patient ».

Moi : Mmm Mmm

Médecin 11: Donc alors, ici, ce truc du labo il n'est pas extrêmement bien fait. Voilà, 05/08 c'est celui avec le gros drapeau rouge dans le système du labo. Donc j'ai un patient qui a une, il a vraiment une prise de sang bizarre. Il a une très grosse neutrophilie. Euh, il a une carence en fer, bon. Je ne sais pas ce que ça foutait là, mais il a une carence en fer. Il a une CRP à 30. Euh bon il a son glucose qui est aussi pourri que d'habitude, mais ça ce n'est pas inhabituel. Il a une Créat au plafond. Enfin à 1,8 ce qui n'est pas du tout normal pour lui. Euh, il a des CK à 300.

Moi : Mmm Mmm

Médecin 11: Il a une troponine à 230. Et, youp, et je ne sais plus où sont les D-Dimères, mais il avait des D-Dimères au plafond aussi. Puis ce que je les ai faits les D-Dimères quand même je ne suis pas complètement à l'ouest.

Moi : (rire) surtout s'ils vous ont appelé pour ça.

Médecin 11: Oui c'est là-dessus qu'ils m'ont appelée. Mais je ne sais pas pourquoi ce n'est pas affiché ici. Euh, ici peut-être ? Donc, bah moi j'appelle le patient. 21h30 là entre temps. Je, je réussis à le convaincre, parce qu'au départ il est en mode « oui, mais je suis déjà en pyjama dans mon lit ». Je réussis à le convaincre de se relever quand même et euh que ce serait quand même une chouette idée qu'il aille aux urgences. Et euh, je lui dis qu'il faut aller aux urgences d'une part parce qu'on a quand même des troponines élevées aussi et que on explore l'éventualité d'une euh, d'un problème de type embolie. Donc euh, il part à l'hôpital. En l'occurrence il part même à pied, parce que ce n'est pas loin. Oups. Quand sa femme m'a raconté ça après, qu'il est parti à pied...

Moi : Oui, il est bien sur ses deux jambes lui (rire).

Médecin 11: Elle dit « oui, mais je ne voulais pas qu'il conduise ». J'ai dit « ok ». Donc, voilà, euh, donc ils l'ont reçu euh, alors... Ça a vraiment été assez délirant à l'hôpital aussi en fait. Ça c'est les soins intensifs, tact, tac, tac. Donc en fait quand il est arrivé aux urgences ils sont partis du principe que c'était euh, que c'était un angor instable aussi.

Moi : Mmm Mmm

Médecin 11: Donc ils lui ont fait passer un ECG, il a vu le cardiologue très rapidement pendant la nuit quelque part. Et ils l'ont fait passer en médecine nucléaire pour quand même faire une scinti pulmonaire. Et là, la scinti pulmonaire a démontré des embolies pulmonaires pluri-segmentées. Mais ils ne savaient pas si c'était récent ou ancien.

Moi : D'accord.

Médecin 11: Donc c'était assez bizarre. Et donc en fait du coup l'urgentiste est parti du principe que le problème principal c'était le problème cardiaque. Et que, euh, il, il y avait moins de souci au niveau des poumons. Que probablement il avait fait une embolie il y a longtemps. Donc ils ont refait un scanner thoracique le lendemain. Euh à cause des protocoles covid en l'occurrence. Qui là n'était pas fou fou. Eh oui, donc aux urgences ils l'ont plutôt classifié en disant « bon bah angor instable versus ». Enfin ils étaient au même niveau que moi finalement. Syndrome d'oppression thoracique à l'effort depuis 3 jours. Et ils l'ont classifié de syndrome coronaire type non-STEMI versus embolie pulmonaire, vu D-Dimère au-dessus de 10000. Donc

oui il avait quand même les D-Dimères hyper élevés. Mais donc il y avait toujours encore cette question. Donc ils lui ont quand même fait une coronarographie qui s'est montrée normal.

Moi : D'accord.

Médecin 11: Mais qui d'après le cardiologue n'exclut pas le fait qu'il y avait un non-STEMI. Et euh, il est resté aux soins intensifs après sa coronarographie. Puis il est resté quelques jours en cardio, le temps qui... Lui se sentait beaucoup mieux. Et, ils ont refait un examen pulmonaire qui était normal donc ils l'ont laissé rentrer à la maison. Donc bon, voilà, c'est toujours encore un peu... L'embolie pulmonaire clairement il l'a fait. Mais est-ce qu'il l'a fait avant cet épisode et qu'elle était déjà présente et que en fait ça a « trigueré » son non-STEMI. Ou est-ce qu'il a fait à ce moment-là précisément une embolie pulmonaire. On ne sait toujours pas en fait. Il n'y a pas de certitude. Euh, est-ce qu'il y avait un non -STEMI qui s'est débouché tout seul ou est-ce qu'il n'y avait pas de non-STEMI bah on ne sait pas non plus. Mais à priori il y avait un peu les deux. Ça j'en ai parlé avec l'Intensiviste et le cardiologue qui l'a vu, qui tous les deux disaient qu'il y avait clairement les deux à un certain point. Euh, et, bah du coup pour le reste on ne sait toujours pas pourquoi il a fait une embolie pulmonaire. Il n'y a pas de signes, fin il n'y avait pas de facteurs de risque particulier chez lui. Euh, moi je reste fort attentive pour le moment parce que ce que je crains un petit peu, c'est que en fait, il ait fait une embolie pulmonaire sur euh, un début de problème tumoral.

Moi : Ouais ça c'est vrai que c'est possible.

Médecin 11: Voilà. Et donc pour le moment c'est vrai que je suis particulièrement attentive.

Moi : D'accord.

Médecin 11: Je suis particulièrement attentive à ça parce que je crains un petit peu que, en fait on découvre quelque chose là-dessus dans quelques mois quoi. Mais donc voilà, drôle d'histoire.

Moi : Oui effectivement c'est assez diffus. Mais donc quand vous l'avez vu le patient, c'est quoi les éléments anamnestiques qui ont joué un rôle dans votre suspicion d'embolie pulmonaire ?

Médecin 11: Alors, euh, aussi bizarre que cela puisse paraître c'est le fait déjà qu'il ne soit pas aussi stressé qu'il ne l'est d'habitude. C'est un patient qui est toujours très anxieux, mais qui n'est pas anxieux sur ses problèmes physiques. Donc pour moi le fait qu'il ne soit pas anxieux excluait que ce soit pas quelque chose de somatique quoi. Donc ça clairement, c'était interpellant chez lui. Euh, le fait que son épouse soit inquiète alors qu'elle n'est pas très vite

inquiète. Donc que ce soit vraiment l'inverse de d'habitude. Le fait que il ait été essoufflé sur une courte distance alors que c'est quelqu'un qui est en bonne forme physique habituellement. Et euh, cet aspect de pâleur et de se sent pas bien. Et puis à l'examen clinique clairement, les, le, les 94 de saturation. Ça c'était anormal pour lui. Et ça ne cadrerait pas avec un problème cardiaque éventuel non plus quoi.

Moi : Et à l'examen pulmonaire, il n'y avait rien de particulier ?

Médecin 11: Rien.

Moi : Et il n'avait pas...

Médecin 11: Ni chez moi ni aux urgences.

Moi : Il ne se plaignait pas non plus de douleur thoracique ou bien de...

Médecin 11: Pas du tout.

Moi : Et lui n'était pas dyspnéique non plus ? Enfin il ne se décrivait pas comme dyspnéique ?

Médecin 11: Il avait eu deux épisodes de dyspnée et à part ça il était prêt à partir en vacances.

Moi : Oui. Et euh, donc vous m'avez dit vous avez utilisé des examens comme la biologie. Est-ce que vous avez utilisé d'autres examens ?

Médecin 11: Euh moi j'ai fait uniquement une biologie. Euh aux urgences du coup, fin, dans son bilan par la suite pendant l'hospitalisation, là ils ont fait la totale quoi. Il y a eu une scintigraphie pulmonaire, il y a eu une deuxième bio.

Moi : Et, vous connaissiez les antécédents du patient là vous m'avez dit du coup.

Médecin 11: Oui, oui c'est un patient que je connais et que je suis depuis 3 ans maintenant.

Moi : Et il n'avait jamais eu de problème, fin il n'y a pas de thrombophilie, ou d'embolie pulmonaire ou quoi dans la famille ? Rien du tout ?

Médecin 11: Pas du tout. Et même dans le bilan par la suite on n'a vraiment pas trouvé l'origine de cette embolie pulmonaire.

Moi : Ça comme vous dites à surveiller du coup.

Médecin 11: Ah oui, oui, oui clairement.

Moi : Et euh...

Médecin 11: Et ils ont pas l'air très inquiets à l'hôpital.

Moi : Bah euh ne sont pas dans le suivi. Ils voient vraiment aux urgences.

Médecin 11: Oui c'est ça. Mais même le cardiologue quand je l'ai eu au téléphone, je lui ai dit « mais vous ne pensez pas qu'il puisse y avoir un problème néoplasique derrière ? ». Il fait « ah je n'y avais pas pensé ».

Moi : Pourtant.

Médecin 11: Enfin !

Moi : Vous connaissez les éléments diagnostics de l'embolie pulmonaire qui ont peut-être orienté votre anamnèse au fur et à mesure de votre consultation ? Comme euh bah, la tachycardie, ou bien des, euh, oui la désaturation, fin l'alitement ou tous des choses comme ça c'est des questions que vous lui avez posées ?

Médecin 11: Euh oui. J'ai posé des questions en demandant « bah tient est-ce qu'il s'est passé quelque chose de différent ces derniers jours qui pourraient expliquer une éventuelle thrombose ». Mais il n'y avait vraiment aucun facteur. Et c'est vraiment plutôt à l'examen clinique, sur euh bah, lui il était tachycarde, mais il est souvent tachycarde. Donc c'était pas évident de dire qu'il y avait un problème derrière. Euh, mais n'empêche que ça, plus la saturation abaissée, puis, ouais, c'était vraiment du gut feeling. J'ai essayé de le décrypter par après. Parce que, fin, en en rediscutant même avec lui par après ; lui il est genre, à la limite, entre guillemets, super impressionné que j'ai trouvé.

Moi : Avec pas grand-chose.

Médecin 11: Oui qu'il y avait quelque chose d'anormal quoi. Il disait « moi je venais juste pour me faire rassurer puis vous, vous me trouvez un infarctus et une embolie pulmonaire. »

Moi : (rire)

Médecin 11: « Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise ». Et euh, il m'a carrément posé la question. « Mais pourquoi vous avez pensé à ça ? ». Je lui dis bah honnêtement... « Je ne sais pas ».

Moi : (rire)

Médecin 11: Je ne suis pas 100% sûre de pouvoir vous dire, mais je sentais que ça puait.

Moi : Et euh, est-ce que vous avez utilisé des outils diagnostic de l'embolie pulmonaire ?

Médecin 11: Non pas du tout. Parce qu'au départ quand il m'a parlé, moi le premier truc qui m'a sauté à l'œil c'est le non-STEMI en fait. Donc j'ai d'abord orienté vers le non-STEMI. Et j'ai commencé à penser à l'embolie pulmonaire quand je me suis rendu compte qu'il était plutôt tachycarde dyspnéique que, que, que une mauvaise tension un truc comme ça. Parce que bon j'avais juste mes dix doigts et mon stétho donc euh.

Moi : Oui. Donc vous n'avez pas utilisé de score ou d'autre ...

Médecin 11: Non.

Moi : Ça vous arrive d'utiliser des scores pour des diagnostics d'embolie pulmonaire ou pas vraiment ?

Médecin 11: Je n'ai pas très souvent diagnostiqué des embolies pulmonaires déjà. Euh, alors, je dirai informellement je vais utiliser des scores. Donc j'ai toujours medicalcul qui est ouvert en arrière-fond sur mon ordinateur. Et ça m'arrive assez fréquemment de juste ouvrir la page pour poser les bonnes questions, genre de choses là. Mais c'est vrai que, embolie pulmonaire, étant donné que, au-delà de suspecter le diagnostic en tant que médecin généraliste, j'ai pas forcément, fin, voilà, ce n'est pas moi qui vais faire le diagnostic final en général d'une embolie pulmonaire. C'est la scintigraphie. Donc généralement, dès que j'ai une suspicion, je vais plutôt avoir tendance ; si j'ai une très grosse suspicion à directement envoyer aux urgences. Si j'ai une suspicion un peu bizarroïde comme cette fois-ci, à faire une prise de sang et à vérifier les D-Dimères et à envoyer en urgence comme ça je sais que quelques heures plus tard j'ai la réponse.

Moi : Mais donc sans vraiment utiliser de score finalement. Fin le score même, le résultat du score vous importe peu en fait.

Médecin 11: Bah je pense que je le fais, mais sans le faire de façon formelle quoi. Et donc euh, j'utilise exactement les mêmes critères que ceux qu'il y a dans le score, mais je ne vais pas remplir des petites cases et faire le calcul quoi.

Moi : Et c'est quel score que vous utilisez ?

Médecin 11: Alors, je ne sais plus, mais c'est sur medicalcul. Ce site internet. Alors, hop, hop, hop.

Moi : C'est peu- être le score de Genève ou le score de Wells je ne sais pas ?

Médecin 11: Euh c'est le score de Wells. Parce que ça c'est vraiment juste des questions quoi. Donc c'est assez...

Moi : Assez facile d'utilisation.

Médecin 11: Oui. Et si on regarde ici, mon patient finalement il avait un score de Wells à 1,5. Donc il n'y avait pas d'antécédents de thrombose veineuse. Il avait une fréquence cardiaque au-dessus de 100, mais qui pouvait être relativisée dans le sens que ce n'était pas anormal chez le patient. Mais, mettons-le. Il n'y avait pas de chirurgie récente ni d'immobilisation. Pas de signe de TVP. Ça j'ai vérifié. Euh, il y avait une possibilité d'un autre diagnostic, en l'occurrence le non-STEMI mais qui était présent aussi du coup. Euh, il n'y avait pas d'hémoptyses. Il n'y avait pas de cancer évolutif ou en rémission.

Moi : D'accord. Euh ouais. Donc effectivement ça ne vous aurait pas beaucoup aidé.

Médecin 11: Non.

Moi : Vous m'avez dit vous connaissez votre patient depuis plus ou moins 3 ans. Donc dans le diagnostic vous avez intégré ses habitudes de vie comme le tabac, alcool, pratique sportive et tout ?

Médecin 11: Oui tout à fait. Alors c'est un patient qui a un mode de vie plutôt sain dans l'absolu. Euh il y a un surpoids dans toute la famille. Donc euh autant ses parents, que lui, que son épouse que ses deux enfants. Mais un peu moins les deux enfants. Donc à part que probablement qu'il pourrait manger un poil plus sainement il n'y a rien de particulier. Il boit peu d'alcool, il n'a jamais fumé et il a une activité physique normale.

Moi : D'accord.

Médecin 11: Dans les critères OMS.

Moi : Et euh, vous en avez déjà parlé aussi, mais donc au-delà des éléments objectifs du diagnostic d'embolie pulmonaire, est ce qu'il y a quelque chose qui vous avez alerté dans la consultation ? Le, fin comment vous pressentiez le patient ? Et quel a été votre ressenti devant le patient ?

Médecin 11: Beh en fait, le premier truc qui m'a vraiment mis la puce à l'oreille, qu'il se passait quelque chose avec ce patient. Que j'allais devoir réagir. Ça paraît con, mais c'est qu'il est venu avec sa femme. Et ça, c'est pas habituel. D'habitude il vient seul en consult. Et il vient avec, quand il vient pour sa femme, elle vient toujours avec lui. Mais lui vient généralement, quand il vient que pour lui, il vient sans elle.

Moi : D'accord.

Médecin 11: Et euh, la seule autre fois où elle est venue avec lui, c'était aussi pour un truc grave, mais plutôt dans le domaine psy. Il n'allait vraiment pas bien à ce moment-là. Et, euh, il y avait ça et il y avait le fait que c'était elle qui le poussait à venir me voir. Ce qui est bizarre pour lui. C'est, fin, c'était un peu anormal comme situation. De base, comme raison de consulter. Et, vraiment dès que, fin, allez la première phrase qu'il a dit en s'asseyant c'est « c'est ma femme qui a voulu que je vienne parce qu'on part en vacances fin de semaine et je suis un peu essoufflé ».

Moi : Mmm Mmm.

Médecin 11: Et elle s'est tournée vers lui et elle a fait « ouais t'es un peu plus qu'un peu essoufflé quand même ». Et je me suis fait, OK, ça, ça va finir aux urgences.

Moi : D'accord. Dès le départ.

Médecin 11: Fin, vraiment dans leur comportement ils n'étaient pas comme d'habitude.

Moi : D'accord. Et vous, est-ce que vous arrivez à mettre un mot sur les émotions que vous avez ressenties dans cette consultation du coup ? Pas spécialement ? Fin c'est un peu difficile, mais...

Médecin 11: Beh, très rapidement je me suis sentie inquiète et j'avais l'impression d'être la seule personne inquiète dans la pièce (rire). Euh, ou en tout cas nettement plus que le patient et probablement plus que sa femme aussi.

Moi : Mmm Mmm

Médecin 11: Euh, Bon, oui j'avais un peu l'impression que c'est le genre de situation où j'avais l'impression d'être, d'être la seule qui se rendait compte qu'il était en train de se passer quelque chose comme ça dans la pièce. Et que, du coup bah j'étais responsable de la situation. Euh, j'ai, j'ai vraiment, j'essaie vraiment d'être claire sur le fait qu'à mon avis ça puait, mais sans non plus les inquiéter trop trop. Euh bon, par contre quand je les ai appelés à 22 heures là ils étaient inquiets on est bien d'accord.

Moi : Oui.

Médecin 11: Parce qu'ils ne s'en sont toujours pas remis. Ils me le ressortent encore.

Moi : (rire). Et donc les éléments déclencheurs de cette émotion c'est vraiment le fait que c'est ; finalement c'était anormal la façon dont il arrivait en consultation par rapport à d'habitude aussi ?

Médecin 11: Il y avait rien qui me semblait normal dans la situation. J'avais vraiment l'impression que, à chaque étape, euh, tant au moment de se dire bonjour, que même quand je les ai vus dans la salle d'attente je me suis dit « tient c'est bizarre il est venu avec Madame ». Déjà à ce moment-là je me suis fait « Mmm, c'est marrant, c'est inhabituel quoi ». J'avais l'impression que vraiment à chaque étape tout était inhabituel.

Moi : Et donc pour vous en fait la connaissance du patient ça joue beaucoup donc dans ce, dans ce diagnostic-là.

Médecin 11: Ah oui clairement. Je pense que ici, si je n'avais pas connu ce patient, je ne l'aurais probablement pas envoyé aux urgences. J'aurais probablement, fin, ça aurait été quelqu'un que je ne connaissais pas et où j'aurais pas eu tous ces indicateurs qui me font dire « tient ce n'est pas comme lui d'habitude », probablement que, fin, voilà j'aurais probablement dit « écoutez, voilà, on peut temporiser pendant un jour ou deux. Si ça se reproduit euh, on peut

peut-être faire un test ou quelque chose comme ça. Parce que voilà. D'autant plus que, bon j'ai pris la Satu qui était à 94. Mais honnêtement moi je sais que, fin, c'était encore avec mon vieux saturomètre (entre temps j'en ai aussi recommandé un nouveau), mais mon saturomètre commençait à devenir de moins en moins fiable, parce que il est tombé par terre une fois de trop. Donc, j'avais eu des patients, qui par exemple avait eu un saturomètre à la maison, qui, on avait pu comparer, et je sais que mon saturomètre avait tendance à sous-estimer la Satu des patients. Moi généralement je suis à 97 quoi. Je suis non-fumeuse, je ne suis pas asthmatique et je vais très bien alors que sur les autres saturomètres je suis à 100 donc euh. Donc voilà, ça aurait même pu ne pas m'inquiéter en fait. Mais ça m'a inquiété parce que c'était dans tout un contexte finalement.

Moi : Oui. Et est-ce que vous avez eu précédemment des expériences d'embolie pulmonaire qui vous ont guidé pour cette consultation-ci ? Pour poser le diagnostic dans cette consultation-ci ?

Médecin 11: Alors j'ai eu fait deux autres diagnostics d'embolie pulmonaire jusqu'à présent. Et qui étaient beaucoup plus typiques. Euh, l'un c'est euh, une jeune femme qui venait d'accoucher, fin qui avait accouché il n'y a pas très longtemps et qui avait tout de suite recommencé prendre une pilule progestative ; et qui avait appelé parce qu'elle avait une douleur au mollet et qu'elle se sentait essoufflée. Où le diagnostic différentiel était érysipèle et asthme parce qu'elle faisait de l'asthme et qu'il y avait aussi une plaie au niveau de la peau. Mais que j'ai envoyé aux urgences et qui est tout de suite revenue avec embolie pulmonaire. Donc là c'était classique quoi. C'était comme dans les texbook. Et l'autre, c'est une personne âgée, euh, qu'on avait hospitalisée sur confusion et chute au domicile. Et qui s'est avéré être une embolie pulmonaire.

Moi : D'accord.

Médecin 11: Et là je n'avais pas du tout suspecté que c'était une embolie pulmonaire, mais j'avais suspecté que c'était une personne âgée qui devait franchement aller à l'hôpital.

Moi : D'accord. Mais donc il n'y a pas quelque chose de reproductible chez les autres patients euh, qui vous a orienté dans le diagnostic là ?

Médecin 11: Non pas forcément en fait.

Moi : Et euh, est-ce que vous pensez que, il y a peut-être un signe précurseur que l'on pourrait voir en médecine générale euh, qu'on ne nous enseigne pas à l'université, mais qui pourrait nous guider dans la suspicion d'un diagnostic d'embolie pulmonaire ? Dans le sens où parfois

en médecine générale viennent à des stades en fait un peu plus précoces qu'à l'hôpital parce qu'on est à priori la première ligne. Euh, et s'il y a un élément qui pourrait nous mettre la puce à l'oreille un peu plus précocement je ne sais pas éventuellement ?

Médecin 11: Bah je pense déjà clairement la TVP. Parce que, parce que généralement ils n'arrivent pas aux urgences au stade de TVP. Là ils arrivent chez nous. Et des TVP sans embolie pulmonaire j'en ai quand même vu quelques unes. D'autant plus que, étant donné que j'ai un échographe dans mon quartier, euh ça arrive de temps en temps que des collègues m'en envoient pour juste faire une écho euh, pour être sûr. En fait, avec une échographie de première ligne on peut exclure le fait qu'une TVP soit à risque d'embolie pulmonaire dans les prochaines 48 heures.

Moi : D'accord.

Médecin 11: Donc euh, ça c'est un test qui prend 2 minutes, ils apprennent ça dans la formation ssmg. Donc ça j'en ai vu quelques-unes. Donc déjà clairement la TVP. Euh, bah, à l'anamnèse, je pense que on a souvent, en fait, je pense que ce qu'on a et que les spécialistes n'ont pas forcément, c'est que d'une certaine façon on a intégré le patient. Donc, nous on sait à quoi ressemble notre patient quand il est normal. Et même quand il est malade. Et donc on arrive à lire le patient. Et en plus on a en tête tous ses antécédents même si on a tendance parfois à les oublier consciemment. On va toujours connaître le pattern de notre patient d'une certaine façon quoi. Donc euh, je me souviens l'autre patiente qui avait fait son embolie pulmonaire, bah ça c'était généralement quelqu'un qui était hyper zen, elle était tout heureuse dans sa maternité, tout est zen, tout allait super bien et tout. Je l'avais eu au téléphone depuis qu'elle était rentrée. Elle était vraiment, et c'était quelqu'un qui était tout le temps souriante et là, c'est vraiment, ce qui m'avait frappé c'est que quand ; c'est vraiment une fille moi que j'avais toujours vu comme une fille hyper indépendante, que là aussi que j'avais toujours vue seule en consult, toujours hyper souriante, même quand elle avait des gros problèmes de santé. Et là c'est aussi complètement l'inverse. Je suis arrivée chez elle et elle était allongée dans son fauteuil, et elle n'était pas bien. On voyait qu'elle avait pleuré. Et il y avait toute sa famille qui était autour d'elle. Et alors que d'habitude c'est quelqu'un d'assez indépendant et avec un peu un fort caractère comme ça et elle ne les chassait pas.

Moi : Ah oui, oui, oui.

Médecin 11: Ce qui était inhabituel pour elle. C'était vraiment le genre de fille qui euh, quand l'une ou l'autre fois où je l'avais vu interagir avec des membres de sa famille, quand quelqu'un

faisait mine de s'inquiéter pour elle, elle le chassait quoi en disait « oh ça va, fiche-moi la paix ».

Moi : Il n'y a pas de problème.

Médecin 11: « Je ne vais pas mourir hein ».

Moi : Alors que là ...

Médecin 11: Là elle avait vraiment sa tante, ses deux sœurs et sa mère qui étaient autour d'elle, qui lui apportaient du thé, qui étaient au petit soin et elle ne les chassait pas. Et c'est vraiment le premier truc qui m'a fait dire « ouh c'est plus grave que ça en a l'air à première vue ».

Moi : Et quelle place est-ce que vous accordez au sens d'alarme alors dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire ?

Médecin 11: Au gut feeling ?

Moi : Oui, au sentiment d'inquiétude en fait ?

Médecin 11: Euh, honnêtement, pour la majorité des situations graves que j'ai vécues en médecine générale, que ce soit embolie pulmonaire ou euh ; moi récemment un énorme globe urinaire avec une hydronéphrose que le néphrologue n'avait jamais vu ; tout ce genre de truc là ; même les infarc, généralement c'est ça qui prime presque en fait. Alors, je sais que ça s'explique tout à fait, c'est des patterns diagnostics internalisés, des choses comme ça et qu'on sait comment fonctionne le gut feeling. Mais vraiment tous les gros diagnostics que j'ai fait un jour, généralement dans les 5 minutes dans la consultation, j'étais certaine que ça allait avoir besoin de la seconde ligne. Et j'étais certaine qu'on allait faire un gros diagnostic.

Moi : Mmm Mmm.

Médecin 11: Même si je ne savais forcément lequel. Mais je savais qu'il y avait un truc.

Moi : Et donc sur une échelle de 1 à 10 la part de subjectivité dans ce diagnostic vous mettriez combien ?

Médecin 11: Bah je ne sais pas à quel point c'est du subjectif en fait.

Moi : Oui, mais votre ressenti en fait ?

Médecin 11: C'est du ressenti, mais je n'ai vraiment pas l'impression que le ressenti soit du subjectif. Est-ce que ça peut paraître, mais, c'est vraiment des situations... Bah c'est aspect de gut feeling pour moi, c'est pas tant subjectif que inconscient. C'est de la reconnaissance, fin moi je le vis vraiment comme de la reconnaissance de pattern inconscient. J'aurai tendance à dire que, quand j'ai un patient en face de moi, j'ai un peu l'impression d'avoir une espèce de

boussole qui va du verre au rouge habituellement. Et euh, le gut feeling, c'est quand j'ai un patient où, dès le début de la consultation et sans que forcément consciemment je puisse expliquer pendant je suis tout de suite au rouge.

Moi : Mmm Mmm

Médecin 11: Alors que d'habitude ça va selon mes questions faire plouc, plouc, plouc et ça va se mettre. Et là c'est vraiment des situations où très rapidement, où tout d'un coup ça se met dans le rouge sans que j'ai un élément hyper décisif à un moment qui me dit, euh ouais c'est ça je le sais. Mais c'est plutôt... Mais en fait souvent avec le regard après, quand je revérifie, bah ici je revois mon truc je fais tiens « bah en fait saturation élevée, tachycardie, bah pff ouais lui j'étais pas complètement à côté de mes pompes c'était logique ». Mais sur le coup, dans ma tête ça n'a pas fait « ah oui j'ai tels ou tels éléments c'est probablement une embolie pulmonaire ». Dans ma tête ça a juste fait pimpon pimpon. Et c'est tout.

Moi : Oui, oui, oui, oui.

Médecin 11: Ouais. J'aurai tendance à dire, aller, oui 6-7 pour quand. Pour l'idée de la sensation plus que...

Moi : Et donc pour vous le gut feeling c'est quelque chose de, comment dire, fin, c'est quelque chose d'intégré finalement, oui comme vous dites de subconscient, mais pour lequel à postériori ça devient quelque chose de conscient finalement. Fin il y avait des éléments qui pourraient nous orienter, mais sur le moment même on ne s'en rend pas nécessairement compte, mais on se dit quelque chose ne va pas bien ?

Médecin 11: Oui, pour moi le gut feeling c'est juste une bonne internalisation finalement de patterns médicaux qu'on a appris à l'unif. Et c'est, fin, d'ailleurs on le voit. Quand on a des situations qu'on a vécues plusieurs fois, genre par exemple, bon ça fait énormément mourir de rire mes confrères autour de moi, mais je suis un aimant à sclérose en plaque. Donc euh, je suis à moins de 5 ans de pratiques, j'en ai diagnostiqué 8 donc tout va bien.

Moi : D'accord.

Médecin 11: Et, et, en fait, euh, bah, maintenant à la limite j'ai l'impression que je pourrai les diagnostiquer au gut feeling carrément parce que bah, j'en ai vu tellement du coup que je reconnais hyper bien le pattern en fait. Je n'ai plus besoin en fait d'analyser ce qui est en train de se passer, je le sais. C'est vraiment un peu ça cette différence. C'est cette différence entre savoir parce que je sais décomposer donc bah... Aller j'aurai tendance à dire c'est comme euh, aller comment comparer ça. C'est, c'est comme un enfant qui apprend les tables de

multiplication. Au début il a besoin d'avoir de l'aide et de retenir et de les répéter régulièrement, et cetera, et cetera. Et puis au bout d'un moment, bah, quand on est plus âgé on sait que 2 fois 6 ça fait 12. ET c'est logique et ça coule de source. Et moi je vis plus le gut feeling comme quelque chose comme ça en fait. J'ai plus besoin de faire toutes les étapes intermédiaires parce que c'est un diagnostic que j'ai suffisamment internalisé.

Moi : Oui. Mais donc pour vous le gut feeling et l'expérience finalement c'est la même chose alors ?

Médecin 11: Oui. Non, ce n'est pas la même chose parce que je pense qu'il y a des personnes qui sont beaucoup plus rationnelles et beaucoup carrées dans leur pratique probablement que moi je ne peux l'être à certains moments. Mais en tout cas ce n'est pas de l'instinct genre euh, ouais. Ce n'est pas quelque chose que l'on pourrait comparer par exemple à de l'instinct maternel qui sait que son bébé ne va pas bien ou quelque chose comme ça.

Moi : ouais ouais ouais.

Médecin 11: Quoi qu'en fait que, peut-être que c'est du gut feeling maternel. Je n'en sais rien je n'ai pas d'enfants. Mais euh, mais oui, je pense que c'est quelque chose qui s'améliore avec l'expérience, mais qui peut aussi devenir moins bon avec l'expérience parce que justement on a vu tellement de situations où finalement ce n'était pas grave que bah, on apprend à relativiser quoi.

Moi : Une situation qui ne devrait pas être relativisée. Eh oui. Et vous pratiquez à quel endroit ?

Médecin 11: A Etterbeek Bruxelles.

Moi : Merci beaucoup pour tout cet entretien.

Urgentiste 1

Moi : Mais donc en fait j'ai choisi de faire mon TFE sur quelle place pour le gut feeling dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire. Et je voulais comparer un petit peu les deux lignes de, enfin les deux premières lignes donc les urgentistes et les médecins généralistes pour voir s'il y avait un peu une différence d'approche dans ce diagnostic-là. Et donc, est-ce que vous savez me parler de la dernière consultation où vous avez diagnostiqué une embolie pulmonaire ? Si vous vous souvenez.

Urgentiste 1 : Ah où j'en ai euh... Écoute aux urgences euh, on a quand même très fréquemment un, euh une suspicion en tout cas. Une suspicion d'embolie et puis bah une fois sur 4, une fois sur 5, une fois sur 4 c'est une embolie qui est prouvée au scanner.

Moi : Mmm Mmm

Urgentiste 1 : Donc c'est tous les jours qu'on a des suspicions. Et euh, et c'est même probablement plus qu'un patient sur 4. C'est, c'est, c'est... le degré de suspicion devient plus, avec les années qui avancent, on a tendance dans le milieu des urgences à suspecter plus facilement une embolie qu'avant. Parce qu'on a des outils assez faciles comme les D-Dimères pour euh, tester et on a même un scanner thoracique qui est devenu plus accessible qu'avant. Et donc on a tendance à ne pas hésiter à suspecter euh et faire s'il le faut un D-Dimère ou un scanner pour euh, pour euh au final se rendre compte que dans, que, que, la prévalence de l'embolie est autour de 15-20%.

Moi : Mmm Mmm. Et donc en tête vous n'avez pas une histoire, euh d'embolie, fin une dernière consultation à raconter avec comment la patiente ou le patient s'est présenté aux urgences, avec quels symptômes par exemple et quelle histoire clinique plutôt ?

Urgentiste 1 : Euh, attend je bah, il y a, disons que, alors... Attends j'essaie de réfléchir à une histoire que j'aurai eu récemment. Ou peut-être pas récemment, mais c'est vrai qu'on peut avoir des choses aussi étonnantes qu'un patient d'une cinquantaine d'années, qui est essoufflé depuis 3-4 jours. Il n'a pas vraiment beaucoup d'antécédents, et euh bah ça passe un peu inaperçue à tel point qu'il vient aux urgences en vélo.

Moi : Mmm Mmm

Urgentiste 1 : Parce que bon il est quand même essoufflé, mais ça ne l'empêche pas de faire du vélo. Et euh, et alors on est un petit peu étonné parce que bon il n'y a pas grande chose à

se mettre sous la dent. Il n'est pas vraiment, il est un petit peu tachycarde, mais bon il vient de faire du vélo et puis, euh il a une saturation en oxygène qui n'est pas trop mauvaise. On va dire 95%. Pas parfait, mais ce n'est pas non plus mauvais. Et puis euh, bon son rythme respiratoire ne prête pas à discussion. Il a bon, ça paraît normal, il n'y a pas de tirage. Et puis on lui fait un ECG qui ne montre pas grand-chose. Et puis on lui fait une radiographie des poumons parce que bon c'est quand même étonnant. Et puis ça ne montre pas grand-chose. Et c'est là qu'on commence à se dire bon il y a un truc qui cloche quand même euh, il est essoufflé, il a une saturation qui n'est quand même pas tout à fait impeccable on va quand même lui faire des D-Dimères. Et les D-Dimères sont positifs alors on se dit bon ils sont positifs donc on est obligé de faire un scanner.

Moi : Mmm Mmm

Urgentiste 1: Mais euh, bon on y croit pas tant que ça quoi. On se dit bon on est un peu obligé on le fait. Et puis le scanner montre une embolie pulmonaire évidente. Euh, chez un tel patient et, en fait il va pouvoir rentrer chez lui il ne doit pas forcément être hospitalisé. Mais on va quand même devoir réfléchir, se demander pourquoi un homme de 50 ans fait une embolie pulmonaire.

Moi : Mmm Mmm

Urgentiste 1: Et rechercher éventuellement une néoplasie sous-jacente, ou un facteur de coagulation euh innée ou un truc génétique. Voilà un petit peu une histoire tel qu'on peut les voir qui, qui nécessite qu'on soit vigilant.

Moi : Mais donc au niveau diagnostic, dans la suspicion, au niveau anamnestique plutôt il n'y a pas grand-chose qui vous interpelle en général ?

Urgentiste 1: Alors, il faut quand même rester. C'est un peu comme pour le covid hein, il faut rester quand même avec des, avec euh une définition de la suspicion. Euh, il faut qu'il y ait euh une dyspnée récente et/ou une douleur thoracique récente et qu'on ait pas une autre explication évidente.

Moi : D'accord.

Urgentiste 1: Ça reste quand même ça. Parce que sinon, si on ne tient pas compte de ça on est parti sur n'importe quoi. Et le n'importante quoi veut parfois dire... Je suis toujours un peu embarrassé quand il y a symptôme comme par exemple une hémoptysie isolée. Une fibrillation auriculaire isolée. Euh, qu'est-ce qu'il y a encore qu'on a parfois ? C'est, c'est

essentiellement ça ou hors contexte comme ça il y a un symptôme et, de là à envisager l'embolie pulmonaire c'est là que je trouve c'est, on n'est pas dans la définition de la suspicion. Moi : Mmm Mmm. Et au niveau clinique, est-ce qu'il y a en général quelque chose qui vous interpelle ?

Urgentiste 1: Euh, alors on sait bien qu'il n'y a aucun signe qui est vraiment pathognomonique hein. Et donc on est un tout petit peu coincé. Alors je dirai, la tachycardie ça me, ça me, je dirai ça, dans ce contexte de douleur thoracique, et tout ce que je viens de dire juste avant, un peu de tachycardie ça, ça c'est quand même un argument fort. Non pas fort, mais c'est un argument. C'est un petit truc en plus. Mais encore une fois s'il n'y a pas de tachycardie ça ne veut rien dire. Je dirai souvent je suis intéressé par ça. Tiens est-ce que le patient est quand même un petit peu tachycarde ? Euh, je suis pas très intéressé par la, la, c'est plutôt la paraclinique, donc la gazométrie. Ça va pas nous aider beaucoup, certainement pas pour le diagnostic. Donc au niveau signe clinique je suis pas très... Pff alors bien sûr quand ils sont, un gros mollet, unilatéral bien sûr qu'on est encore plus suspicieux. Mais souvent, mais un peu, s'il n'y a pas des signes cliniques ça ne veut rien dire. S'il y a, donc voilà on est un petit peu coincé effectivement avec la clinique.

Moi : Et est qu'en général vous connaissez les antécédents du patient ?

Urgentiste 1: Mais oui. Je pense qu'il faut. Parce que là c'est criant. L'embolie pulmonaire survient avant tout chez un patient cancéreux. Je veux dire en numéro 1 c'est le cancer. En numéro 2 l'âge. Ça survient aussi avant tout chez des personnes âgées même si on voit des embolies chez des jeunes, mais c'est plus rare. Donc euh, l'âge élevé, les antécédents de cancer. Et puis après il y a les antécédents liés à l'immobilité, la décompensation cardiaque, le BPCO. Donc ces antécédents-là ont un rôle important. D'ailleurs même compliquent les choses. Quand on a un patient BPCO ou cardiaque c'est pas simple d'imaginer que c'est une embolie qui est le nouveau diagnostic alors qu'on pense avant tout à d'autres diagnostics plus évidents.

Moi : Oui. Et euh, quels sont les examens que vous utilisez en général ? Vous m'avez dit D-Dimère...

Urgentiste 1: Alors oui c'est un peu toujours les mêmes. Euh, euh D-Dimères et CT-scan. Bien sûr il y a parfois la place pour la scintigraphie pulmonaire, mais c'est surtout quand il y a une contre-indication formelle au scanner. Mais euh, donc ça se joue beaucoup sur ces deux examens-là. Et ça vaut la peine de les faire dans l'ordre. De commencer par les D-Dimères.

Parce que la plupart du temps, bah c'est vraiment quand on imagine que l'embolie est le diagnostic criant euh, là autant aller directement au scanner, mais la plupart du temps on a quand même besoin d'avoir une fonction rénale pour aller au scanner ? Donc autant faire les D-Dimères.

Moi : Donc, vous faites systématiquement d'abord D-Dimères et en fonction du score, en fonction des résultats plutôt vous faites le scanner ou parfois ça vous arrive de sauter les D-Dimères.

Urgentiste 1: Oui, on peut raisonnablement sauter les D-Dimères. Alors, on, quand, quand ... Alors ici aux urgences on utilise de plus en plus les scores pour l'embolie pulmonaire. Le score de Genève, le score de Wells. Et si effectivement le score est très élevé on peut se permettre de ne pas demander les D-Dimères. Mais c'est pas souvent que ça arrive ça. La plupart du temps le score il est ou faible ou intermédiaire et donc il est normal de demander les D-Dimères. D'ailleurs les radiologues n'aiment pas qu'on leur demande un scanner thoracique pour embolie sans avoir un résultat de D-Dimère qui atteste qu'ils sont élevés.

Moi : Mmm Mmm. Et donc si votre score est faible vous dites, mais vous avez quand même une suspicion d'embolie pulmonaire, vous allez quand même plus loin dans le, dans les examens ?

Urgentiste 1: Elise, ç'a été coupé. Recommencez.

Moi : Je disais, si jamais vous avez un score qui est faible, mais que vous avez quand même une suspicion d'embolie pulmonaire vous allez plus loin dans le, dans les examens complémentaires alors ?

Urgentiste 1: Oui, mais normalement, si on reste logique, il faut l'être. Il ne faut pas commencer à... Si on pense à l'embolie pulmonaire, attends attends, ta question est t'as, une suspicion qui est élevée ou ... ?

Moi : Non faible, faible.

Urgentiste 1: Une suspicion faible. Donc tu pars déjà d'une suspicion faible et tes D-Dimères sont négatifs bon OK c'est bon on arrête tout. Mais si tes D-Dimères sont positifs à, il faut rester logique. Alors, c'est très fréquemment qu'on a cette situation-là. On n'y croit pas trop...

Moi : Mmmm mmmm

Urgentiste 1: Mais on a quand même demandé des D-Dimères. En médecine générale ou en médecine d'urgence, c'est la même chose. Alors les D-Dimères reviennent positifs. Il y a deux attitudes. L'attitude un petit peu simple qui consiste à dire à bah puisqu'ils sont positifs je vais

au scanner. Pas de discussion. Mais il y a aussi l'attitude un peu plus, je dirai, là on prend un tout petit peu ses responsabilités qui est de dire « mais peut être que finalement il n'y avait pas besoin de doser les D-Dimères, il n'y avait pas de suspicion ». Parce qu'on n'a pas envie de faire un scanner inutile à une jeune personne, euh, ou à quelqu'un où ça fait ... ou en médecine générale il faut prendre un rendez-vous, ça prend du temps. Et puis en attendant le rendez-vous il faut prescrire de la fraxiparine, fin, c'est tous des trucs un petit peu qui sont... Donc vraiment se poser la question de « est-ce que vraiment il fallait les doses ». Ça, c'est intéressant. Euh je préfère cette attitude-là de remise en question de soi même qu'une attitude qui consiste à dire « ah bah les D-Dimères sont élevés, faut que je fasse un scanner ». Tu vois ?

Moi : Oui. Et en général, qu'est-ce qui vous amène à la suspicion alors ? C'est surtout dyspnée, douleur thoracique et euh, euh vous disiez ... ?

Urgentiste 1: L'absence de diagnostic alternatif. C'est vraiment ça qui compte. Et là tu, tu, on rejoint un petit peu tout le domaine que tu travailles qui est le, ce sentiment, cette sensation que... Parce que ça joue bien entendu. L'expérience, la sensation à tort ou à raison, parfois on peut se tromper. Mais c'est vrai que, moi je dirai que subjectivement, si je n'arrive pas, souvent c'est un assistant ou un stagiaire qui me demande « tiens qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'on fait un scanner oui ou non. Les D-Dimères sont positifs ». Si j'arrive à convaincre mon jeune collègue que non, non c'est bien une crise d'hyperventilation, non, non, c'est sa pneumonie, ne cherchons pas midi à 14h il n'y a pas de suspicion d'embolie pulmonaire. Si j'arrive à être convainquant, OK, euh. Et même convainquant vis-à-vis du patient en disant « écoutez je n'y crois pas à cette embolie pulmonaire vous avez tout à fait une autre explication », alors à priori je ne vais pas aller scanner parce que je sens bien qu'il y a ma conviction, il y a celle du patient, il y a celle de mes collègues. On est tous un petit peu sur la même longueur d'onde. À l'inverse si je vais voir le patient et que je n'arrive pas à être convainquant. Que je n'arrive pas moi-même, je pense que c'est pas une embolie pulmonaire, j'en suis sûre à 95%, mais quand même je suis un peu embêté, j'arrive pas à être convaincu, OK c'est qu'il faut le faire. Tu vois, là on est un peu dans le gut feeling dont tu, dont tu parles. Ça vaut ce que ça vaut, euh ça se discute, c'est sensible, c'est voilà. Mais ça intervient effectivement.

Moi : Et est-ce que vous intégrez les habitudes de vie du patient dans votre suspicion d'embolie pulmonaire ? Par exemple tabac, alcool, stress...

Urgentiste 1: Alors oui. Tabac et alcool je dirai non. Euh, stress oui. Bah ça tu me demandais une histoire à te raconter. C'est une histoire effectivement d'une jeune patiente enceinte, euh de au-delà de 6 mois et qui vient pour une suspicion d'embolie pulmonaire puisqu'elle a un essoufflement aigu. Et euh, et puis évidemment patatras, les D-Dimères sont positifs. Et là l'assistant vient me trouver en disant qu'est ce qu'on fait. Bah bien sûr que s'il y a une suspicion d'embolie pulmonaire il faut l'irradier. Il faut faire un scanner un point c'est tout. Mais, on n'est pas très motivé. L'assistante n'y croit pas plus que ça. Et là effectivement en prenant le temps de s'arrêter, de s'asseoir à côté de la patiente, il paraît et devant la patiente et devant l'assistante, il paraît assez rapidement évident qu'il y a une énorme composante de stress avec une explication. Et en interrogeant, en posant quelques questions supplémentaires ça devient évident. Et la patiente l'avoue elle-même. Et bah voilà on n'a pas fait le scanner et tout le monde était d'accord avec cette idée que c'est du stress et elle peut rentrer chez elle en lui disant « bah écouter si on se trompe, c'est-à-dire si les symptômes s'aggravent et qu'il y a quelque chose de nouveau qui se passe alors vous revenez et là bien sûr qu'on fera un scanner ».

Moi : Et au-delà des éléments objectifs comme la tachycardie ou les D-Dimères, est-ce qu'il y a parfois quelque chose qui vous interpelle dans la consultation plus au niveau justement de votre ressenti ou du ressenti du patient ? Face à une suspicion d'embolie pulmonaire.

Urgentiste 1: Mmmm

Moi : (rire)

Urgentiste 1: Pas simple, non pas simple ça parce que... Cliniquement des signes objectifs c'est pas, c'est pas simple du tout. Alors bien sûr quand il y a une hypoxémie une désaturation c'est facile, mais sans quoi je, avoir vraiment des signes qui me font dire « ouh là » ça c'est... C'est ça ta question ?

Moi : Non, non c'est justement quand il n'y a pas ces signes, à côté de tous ces signes objectifs qui peuvent parfois être présents, est qu'il y a des éléments plus subjectifs dans votre ressenti ou dans le ressenti que le patient euh, euh, oui laisse, laisse transparaître comme ça qui viennent vous orienter dans le diagnostic d'embolie pulmonaire ?

Urgentiste 1: Oui alors je répondrai que, que je suis très sensible au caractère aigu.

Moi : Mmm

Urgentiste 1: Au caractère que le patient nous dise, il y a un truc qui a changé relativement brutalement. Ça, ça m'interpelle toujours. Et il y a aussi le fait qu'effectivement il n'y ait pas de composante de stress euh avoué par le patient.

Moi : Mmm

Urgentiste 1: Euh, dans ces cas-là, je ne vais pas pouvoir convaincre quiconque par moi-même et pas le patient que « vous ne pensez pas que c'est quand même un peu de stress avec votre boulot pour l'instant ». Non je ne vais pas arriver parce que le patient effectivement c'est arrivé brutalement et il n'y a pas cette composante d'anxiété. Donc là ce sont des choses qui vont toujours me faire un petit peu peur en me disant « ouh on ne peut pas, on ne peut pas s'arrêter là ».

Moi : Et euh, sur base de quoi est-ce que vous ressentez cette inquiétude alors ? Si vous arrivez à mettre des mots.

Urgentiste 1: Là je dirai que c'est un petit peu l'art, c'est, souvent je suis interpellé quand l'assistant est en difficulté. Et je suis obligé de passer du temps. Je ne peux pas régler une suspicion d'embolie pulmonaire rapidement. C'est impossible ; il faut reposer 2-3 questions, il faut observer, il faut se... voilà c'est le temps. Il faut passer un petit peu de temps. Il faut passer au moins une dizaine de minutes pour se dire « Mmmm il y a un truc qui cloche ici ». Peut-être qu'en médecine générale c'est, il y a quelque chose qui est important c'est qu'on connaît son patient. Ça, c'est l'immense avantage que vous avez par rapport à nous. On a chaque fois des patients dont on ne connaît rien. Et alors bien sûr qu'un patient peut très bien avouer qu'il n'est absolument pas stressé « mais non tout va bien à mon travail » et qu'en fait c'est pas vrai du tout. Et donc on ne peut pas trop, voilà ; on n'a pas de point de vue. Bah voilà.

Moi : Et est-ce que, oui, vous avez déjà eu plein de diagnostics d'embolie pulmonaire. Mais est-ce qu'il y a quelque chose de reproductible chez les différents patients qui pourrait nous dire « ah tient, peut être que quand ce signe-là est présent ça évoque plus une embolie pulmonaire ou pas spécialement ? ».

Urgentiste 1: Je ne pense pas. Je ne pense pas parce que les contextes dans lesquels arrivent les embolies sont très variés.

Moi : Oui.

Urgentiste 1: Et souvent ça reste, ça reste vraiment... Pourquoi est-ce qu'on parle, pourquoi est-ce que tu fais ton travail là-dessus, pourquoi on parle tant d'embolie pulmonaire c'est parce que ça reste difficile. Et il n'y a pas ce que tu dis, il n'y a pas de truc un peu reproductible.

Moi : Mmm

Urgentiste 1: Souvent ça survient chez des gens qui ont d'autres pathologies surajoutées donc ça se mélange avec ça. Des personnes âgées qui ont aussi des symptômes un petit peu bâtarde. En fait on est souvent, euh, alors bien sûr parfois on a des cas typiques d'embolie pulmonaire comme dans les bouquins, le cas que je citais d'un jeune de 50 ans qui arrive et, bah oui c'est une embolie quoi. Mais, mais dans beaucoup de cas on y pensait sans trop y croire. C'est pas toujours. Les cas qui sont criants et évidents rien qu'en voyant le patient on se dit « bah oui ça ça va être une embolie c'est évident, il a un gros mollet, il respire vite, il est tachycarde et il désature », oui c'est évident à ce moment-là. Mais c'est pas la majorité des cas.

Moi : Oui. Et quelle place est-ce que vous accordez au sens d'alarme dans la suspicion d'un diagnostic d'embolie pulmonaire alors ?

Urgentiste 1: Qu'est-ce que tu appelles le sens d'alarme ?

Moi : Mais c'est justement ce gut feeling, donc ce ressenti, mais plus négatif, qui va nous dire tient il y a quelque chose qui ne va pas et donc il faut quand même aller plus loin. Est-ce que ce ressenti d'inquiétude finalement vous lui accordez, fin quelle place est-ce que vous lui accordez dans une suspicion d'embolie pulmonaire ?

Urgentiste 1: Euh, je dirai que cette place-là, avec le temps qui passe devient de plus, alors... Intéressant comme question. Euh, je dirai que... Dans le contexte actuel du fonctionnement de mon métier aux urgences où voilà il faut que ça aille vite, on n'a pas beaucoup de temps, il y a beaucoup de monde. Euh, le degré d'inquiétude est plus rapidement, le seuil est plus facilement atteint qu'avant. Euh, c'est-à-dire que, je vois bien dans mes jeunes collaborateurs, ils ne se posent pas autant de questions que moi. Il y a un symptôme suspect, on fait les D-Dimères. Ils sont positifs on fait un scanner. Il n'y a pas de réflexion, il n'y a pas de discussion. Donc le seuil d'inquiétude est vite atteint.

Moi : Mmm

Urgentiste 1: Comme si on avait peur de passer à côté de ce diagnostic et qu'à cause de ça non pas que le patient allait être mourant, mais que soit même on allait être critiqué de ne pas avoir fait ce diagnostic d'embolie pulmonaire et zut le patient est rentré chez lui. Et deux jours après, c'est un autre médecin qui a fait le diagnostic. Caramba quel échec retentissant dans sa vie. Et tout ça est faux. Mais actuellement je crois que cette inquiétude, ce degré d'inquiétude il est du soignant. Il est légitime, mais il est à mon goût trop présent, enfin plus présent qu'avant. À l'inverse, c'est vrai que quand on a eu quelques expériences, un peu

malheureuses où on est passé à côté d'un diagnostic, on a tendance à être euh, plus suspicieux et plus vite inquiet. Euh et je dirai ça c'est quelque chose qui varie avec les années. Euh et qui est une réalité, c'est que notre propre degré d'inquiétude intérieur peut très très bien varier avec le temps et peut être tout à fait certainement être une bonne chose, est approprié, mais peut parfois être exagéré ou au contraire sous-estimé euh. Et euh, il y a des périodes, je dirai combien de fois quand il y a un monde fou dans le service des urgences on a envie de, que les choses, que la prise en charge soit simple. Et donc on se dit au nom pitié pas encore une embolie pulmonaire. Et donc on a, on peut avoir tendance à banaliser les symptômes du patient et disant « bah non aller c'est pas... ». Et donc tout est possible, ou peut-être, et c'est le même médecin, mais à deux jours d'intervalle il va apprécier différemment ce sentiment-là.

Moi : Et donc si on devait donner un chiffre sur une échelle de 1 à 10 vous mettriez combien euh, à la part de subjectivité dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire ?

Urgentiste 1: Ah, la question mérite nuance. Euh je dirai qu'il ne peut y avoir que l'objectivité pour euh, faire une démarche algorithmique face à donc voilà. Ça, ça nécessite une objectivité donc je ne voudrais pas que le message soit mal pris et de dire que c'est au petit bonheur la chance qu'on suspecte ou qu'on ne suspecte pas voilà. Donc quand le terme subjectivité tu mets Et c'est pas du tout ce que tu as dit...

Moi : Sentiment d'alarme en fait oui.

Urgentiste 1: Comment, comment dis-tu ?

Moi : Bah le sentiment d'alarme en fait plutôt du coup.

Urgentiste 1: Mmmm, le mettre sur une échelle de 1 sur 10. Euh...

Moi : (rire)

Urgentiste 1: Je dirai spontanément à 7 sur 10. C'est-à-dire que, on est quand même toujours un peu toujours, il vaut mieux être un peu plus sur le qui-vive avec les sens en alerte euh, mais pas trop. Pas à 10. Que de, que d'être en dessous de 5 et de, de mettre tout ça un petit peu « bah non aller ce n'est pas une embolie ». Voilà, donc je pense que voilà le chiffre de 7 me convient bien.

Moi : Et je sais que aux urgences tout est fort, beh un peu algorithmique comme vous le disiez, mais donc quand un patient vient vous avez toute cette histoire anamnestique euh qui oriente vers une embolie pulmonaire. Peut-être ce sentiment d'alarme aussi qui vous inquiète, mais en fait le, le score dans tout ça vous l'utilisez à quel moment ?

Urgentiste 1: De quel score tu parles ?

Moi : Le score de Genève ou le score de Wells par exemple. Il apparaît à quel moment dans le processus de réflexion vers le, la suspicion de diagnostic d'embolie pulmonaire ?

Urgentiste 1: Ah c'est intéressant parce que pour moi euh, quand on évoque ce score c'est qu'on est dans une démarche objective.

Moi : D'accord.

Urgentiste 1: Euh, c'est quand on considère subjectivement qu'il y avait une suspicion. Quelque chose nous fait dire « ah j'y pense » et donc je vais l'objectiver par le score. C'est pas obligatoire.

Moi : Oui, oui, oui

Urgentiste 1: On peut très bien rester sur sa suspicion clinique et lancer des D-Dimères sans avoir besoin. Personnellement je ne retiens jamais par cœur ces scores. Ça fait 20 ans que, qui sont là, qu'ils existent, qu'ils sont publiés, qu'ils sont validés. Mais de là à les retenir par cœur, de là à aller chaque fois sur internet « attends je fais mon calcul », bah... Or c'est accessible et c'est une très bonne chose de le faire, mais euh, voilà. Ce score intervient dans une phase où on veut objectiver les choses. On, c'est bien ça veut dire qu'on est dans une démarche. Il est, autrement dit, ce que je veux dire c'est que, il va être plus difficile si on a établi un score et que les D-Dimères sont positifs de se dire « oh non ce n'était pas une suspicion d'embolie ». Là où quand on dose les D-Dimères un peu trop facilement, un peu trop sans réfléchir, sans réfléchir à sa suspicion et sont positifs, bah là on peut se rendre compte qu'il fallait peut être pas les doser.

Moi : Donc c'est score et puis D-Dimères et puis euh vous faites scanner si jamais il y a vraiment nécessité alors ?

Urgentiste 1: Oui oui c'est vraiment ça. Le, le, l'évaluation du score à ceci qu'elle prouve qu'on suspecte vraiment une embolie. Et que ce n'est pas un truc euh avec un screening de D-Dimères.

Moi : Et euh, juste une dernière question, si ce score est négatif comme on disait, euh, mais que vous avez quand même une suspicion vous dosez quand même les D-Dimères et les... Si jamais justement vous n'arrivez pas comme vous disiez à vous convaincre qu'il n'y a pas d'embolie pulmonaire, vous allez quand même plus loin même si le score finalement n'apporte finalement pas grand-chose ?

Urgentiste 1: Oui je dirai si, beh en fait dès qu'on a la moindre suspicion à priori on est obligé...

Moi : ... d'aller plus loin.

Urgentiste 1: D'aller plus loin et de faire les D-Dimères. Et c'est là le profond intérêt des D-Dimères.

Moi : Oui.

Urgentiste 1: C'est que c'est justement pour ceux chez qui bah on y croit pas trop et là « ouf ils sont négatifs, tout le monde est content ». Donc ça voilà, dès que, dès que, en fait ça aussi c'est un message, dès qu'on envisage, dès qu'on pense embolie pulmonaire, il faut l'exclure. Tu ne peux jamais te retrancher. Une fois que tu y as pensé... Ça, c'est quelque chose typiquement aussi qui nous embarrasse parfois c'est que, les médecins généralistes nous envoient des patients pour suspicion d'embolie pulmonaire.

Moi : Tout à fait.

Urgentiste 1: Et puis nous on se dit « bof non, bah je n'ai pas l'impression qu'il y a une suspicion ». C'est toujours intéressant parce que là, ou bien il y a un truc qui a changé entre-temps et ce qu'on a cru être un symptôme de dyspnée en fait n'était pas du tout ça, euh on a trouvé une autre explication, c'était une déchirure musculaire et on peut oublier. Mais sans quoi, si quelqu'un dans le groupe y a pensé, à priori on est un peu obligé de le suivre. Il est difficile de dire « bah non ». Voilà quand quelqu'un y a pensé c'est qu'il fallait y penser.

Moi : D'accord. Oui c'est vrai. Vous ça fait combien de temps que vous pratiquez les urgences ?

Urgentiste 1: 20 ans.

Moi : 20 ans d'accord. Merci beaucoup pour votre entretien ce soir.

Urgentiste 1: Avec plaisir. Qu'est-ce que tu comptes en faire alors ? Comment tu vois les choses pour ton travail.

Moi : Je voulais un peu comparer pour voir si en médecine générale comme vous disiez la connaissance du patient finalement ça apporte quand même quelque chose de plus ou de différent, en tout cas par rapport aux urgences et euh, et voilà. Donc c'est pour ça que je voulais comparer en fait.

Urgentiste 1: Ah oui. Mais c'est très intéressant ce que tu dis. Parce que je pense que oui, je pense qu'effectivement la connaissance du patient fait que le médecin généraliste à mon avis va être très embarrassé sur tout changement par rapport à une situation qu'il connaît.

Moi : Oui.

Urgentiste 1: Et euh, et même si, à l'inverse, si un patient dit tout d'un coup « ah docteur j'ai du mal à respirer », mais qu'il sait très bien que ce patient fait facilement des crises d'angoisse, bah hop le médecin généraliste ne sera pas inquiet là où nous on est obligé de l'être.

Moi : Oui c'est ça.

Urgentiste 1: Donc euh, c'est une grande différence effectivement entre la médecine générale et je comprends que, en médecine générale ce n'est pas tant le score qui détermine euh... Mais en fait, attention que le score n'est pas là pour dire que, s'il y a suspicion ou pas.

Moi : Oui, c'est pour voir si c'est élevé ou faible.

Urgentiste 1: Voilà, exactement. Donc il faut d'abord qu'il y ait une suspicion. Et ça le médecin généraliste là, je pense, le fait à sa façon et le médecin urgentiste à son autre façon parce qu'ils n'ont pas les mêmes, par le fait que ce n'est pas le même métier. Mais de toute façon, peu importe, c'est une fois qu'on a fait la suspicion qu'on peut oui ou non faire un score et à priori demander les D-Dimères bon.

Moi : Oui c'est ça. Et en fait ce que je voulais aussi montrer, c'était, fin pas montrer je n'y arriverai pas parce que c'est pas le but d'un TFE, mais, j'ai l'impression qu'en médecine générale on a souvent tendance parfois à voir des patients à des stades finalement un peu plus précoce qu'aux urgences parce qu'ils viennent d'abord voir le médecin généraliste quand ça ne va pas et ils vont aux urgences vraiment quand ils arrivent à un stade où ça ne va plus du tout. Et du coup, en interrogeant plusieurs médecins, je me demandais s'il n'y avait pas quelque chose d'un peu plus a-spécifiques, mais qui était un reproductible dans les différents diagnostics d'embolie pulmonaire qu'on pouvait voir précocement. Bon ça par contre euh, je pense qu'il n'y a pas grand-chose malheureusement.

Urgentiste 1: Non, mais par contre ce qui est vrai aussi parce que tu parles de ça, c'est quelque chose qui est encore relativement fréquent c'est que le, les patients ont d'abord été voir leur médecin généraliste avant de venir aux urgences. Et, euh, il s'est passé deux jours par exemple entre les deux.

Moi : Oui.

Urgentiste 1: Et que la réflexion, est que nous on diagnostique une embolie pulmonaire. Et là le patient dit « m'enfin pourquoi est-ce que mon médecin n'y a pas pensé ». Ça, c'est un classique. Et il faut que le médecin urgentiste soit honnête. Parce que s'il répond « ah oui franchement c'est dommage qu'il n'y ait pas pensé c'est malhonnête ». Parce que effectivement vous voyez les patients à un stade beaucoup plus a-spécifique que nous.

Moi : Oui c'est ça ça peut-être plein de choses encore.

Urgentiste 1: Exactement, ça peut être un gros rhume, ça peut être une bronchite. Et qui sont tellement plus fréquents que l'embolie que bien sûr vous ne l'avez pas évoqué puisque que c'était dans la, dans la hiérarchie des fréquences beaucoup, beaucoup moins fréquente. Et nous on arrive un peu comme des, beaucoup plus facilement parce que le patient, ça allait de moins en moins bien et qu'il est venu chez nous. Donc ça c'est vrai que, parfois la démarche est plus facile pour nous. Elle est plus criante, les symptômes sont plus évidents.

Moi : Et aussi on a peut-être une réflexion inverse dans le sens où nous on va d'abord voir, aller diagnostiquer ce qui est fréquent alors que vous aux urgences vous allez plutôt exclure l'urgence et un peu finalement voilà, banaliser la rhinopharyngite ou quoi en se disant qu'on a exclu ce qui était important et le reste c'est peut-être moins grave. Fin je ne sais pas du tout parce que je ne suis pas urgentiste, mais j'ai l'impression qu'on a peut-être un algorithme inverse finalement dans nos façons de travailler.

Urgentiste 1: Oui, c'est, ce que tu dis là est très intéressant parce que c'est vrai que nous avons comme obligation de notre métier d'urgentistes d'exclure des choses vitales et graves.

Moi : Mmm mmm.

Urgentiste 1: Il est insupportable qu'on ait pu laisser rentrer au domicile un patient qui avait une embolie pulmonaire. Donc notre seuil pour y penser est plus bas. Là où effectivement tu as raison, votre métier à vous consiste à objectiver des diagnostics fréquents et donc à ne pas ...

Moi : À ne pas passer à côté de l'urgence.

Urgentiste 1: ... À voir. Parce que si tu commences à penser à une embolie pulmonaire chaque fois que tu vois un patient dyspnéique...

Moi : À ça on ne s'en sort pas.

Urgentiste 1: ... t'en finis pas.

Moi : (rire).

Urgentiste 1: Et donc voilà tu as tout à fait raison de signaler que ce n'est pas le même objectif de démarche. La démarche n'est pas la même. Et euh, et ça modifie effectivement le, la façon dont on conçoit la maladie.

Moi : Et on n'a pas accès aux mêmes outils pour avoir des résultats rapidement. Les D-Dimères, ça prend aussi plus de temps et donc finalement parfois on se dit qu'il vaut mieux aller aux urgences dans ces cas-là.

Urgentiste 1 : Ah oui, je pense que la plupart du temps effectivement le médecin traitant qui est, qui croit à l'embolie envoie directement son patient aux urgences un point c'est tout c'est plus simple. Effectivement et c'est logique.

Mais encore une fois que le score soit faible ou élevé n'y change rien. Tu as eu une suspicion donc tu as fait, tu as avancé dans ta démarche. Et attention, ce n'est pas tant le score, on ne peut rien dire sur le score. On a eu plein d'embolies pulmonaires qui avaient en, qui n'ont pas de cancer, qui ne sont pas BPCO, et qui sont pas vieux donc ils ont un score faible. Mais par contre c'est les D-Dimères que nous les radiologues exigeons. Parce que si on ne les a pas demandés ils ne sont pas contents parce qu'après ils ont raison, si les D-Dimères sont négatifs il n'y a pas besoin de faire un scanner.

Urgentiste 2

Urgentiste 2: J'aimerais peut-être savoir sur base de quoi tu avais fait le choix de la place du gut feeling.

Moi: Ah oui.

Urgentiste 2: Parce qu'avec toutes les études qui sont, qui ont été faites là-dessus, euh, dans l'embolie pulmonaire, en quoi est-ce que tu voulais, quel était ton « end point » ? Je veux dire de ton étude ?

Moi: Comment j'ai choisi ça en fait ?

Urgentiste 2: Non, quel est l'objectif de ton étude ? C'est de voir, donc la probabilité clinique, la, c'est une étude de la probabilité clinique ?

Moi: Oui...

Urgentiste 2: implicite ?

Moi: Oui en fait...

Urgentiste 2: Le gut feeling c'est ça hein. Implicite comparé à l'explicite qui te prend tes scores de Wells, Genève et tout ça.

Moi: Oui voilà, exactement donc parfois...

Urgentiste 2: Donc la part de l'implicite ?

Moi: Exactement. Le score est parfois négatif, mais derrière on se dit qu'il y a quand même quelque chose qui ne va pas et finalement on aboutit à un diagnostic d'embolie.

Urgentiste 2: Alors tu sais qu'il y a déjà beaucoup d'études qui ont été faites pour prouver son rôle ? En ce sens que, on sait suite à une étude qui a été publiée en 2017 ; PERCEPIC qu'elle s'appelle ; et qui a étudié, euh, le, dont l'objectif était de pouvoir définir la valeur prédictive négative d'un score de probabilité clinique implicite faible plus le score de PERC. Quand les deux sont associés tu avais un faux négatif que de 1%. Et donc c'est quelque chose qui peut être employé.

Moi: D'accord. Ah ça je ne connaissais pas du tout.

Urgentiste 2: Attention c'est une étude qui est bien, euh, voilà. Donc tu sais que quand on pense à une embolie pulmonaire, on pense.

Moi: Oui, oui.

Urgentiste 2: Tu peux, avant de faire quoi que ce soit comme examen, tu vas d'abord faire sa probabilité clinique. Qui est faible, modérée ou élevée. Alors pour faire cette probabilité clinique, tu peux, tu dois employer, soit tu prends la probabilité clinique implicite, c'est le gut feeling, la 02 :01 (mot non compris), tout ce que tu peux imaginer. Ta présomption comme ça. Ou bien tu vas employer les scores comme tu peux prendre le Wells, ou des scores de Genève modifié ou compagnies. Et sur base de ça, faible, moyenne ou haute, tu vas faire des examens complémentaires comme un dosage des D-Dimères ou quoi et tu vas pouvoir avancer comme ça. Mais, donc, il y a cette étude qui a été faite où on avait vu, Mmm, que, euh, euh, c'était une étude rétrospective sur des patients Américains, où on disait que quand on employait le score de probabilité clinique, et que celui-ci était faible sur base du score de Genève révisé ou quoi, et qu'on associait le PERC ; qui sont 8 items différents qui sont tout à fait objectifs ; on avait un pourcentage de faux négatif que de 1%. Quand on a fait l'étude rétrospectivement en Europe on a vu que, euh, ce faux négatif n'était que de 6%. Pourquoi, c'est parce que la prévalence de l'embolie pulmonaire dans le nord des états unis et en Europe est très différente. On a beaucoup plus de prévalence pulmonaire. Et donc quand ils ont fait, donc euh, euh, rétrospectivement ils ont revu toutes ces études en remplaçant la valeur prédictive explicite par une implicite ; donc ton gut feeling comme tu dis ; ils ont vu que peut être qu'il y aurait nettement moins de faux négatifs. Et donc ils ont décidé de faire une étude en Europe. Ils ont pris 12 centres, ils ont fait une étude multicentrique prospective, avec 12 centres, 9 en France et 3 en Belgique, et ils ont pris tous les jeunes de plus de 18 ans qui n'avaient pas d'histoire de thrombo-embolie, qui n'avaient jamais, qui n'avaient pas été hospitalisés depuis plus de 48 heures, qui n'étaient pas sous anticoagulant. Et ils ont fait pour tous ces patients le score, euh, de probabilité clinique implicite, ils ont mis le PERC avec et ils ont vu que c'était quand ils faisaient prospectivement, des faux négatifs à 1%. Et donc tous ces patients qu'ils avaient enregistrés, ils ont fait une étude sur 1052 cas, euh, ils avaient pourtant, donc en faisant l'étude, ils avaient fait 4 types d'examens différents, que ce soit les D-Dimères, l'angioscan, la scinti ou des échos. Voilà comme ça. Et ils ont vu que ça se confirmait, qu'ils pouvaient avoir des valeurs prédictives négatives quand c'était une étude prospective et pas rétrospective. Mais uniquement sur base du score implicite.

Moi : D'accord.

Urgentiste 2: Donc tu vois il y a déjà eu beaucoup beaucoup de choses de faites. Donc tu devrais bien te,...

Moi : Mais ça j'avoue je n'ai pas du tout trouvé, parce que j'ai, j'ai trouvé beaucoup

Urgentiste 2: PERCEPIC elle s'appelle. PERCEPIC.

Moi : Donc c'est P-E-R-C...

Urgentiste 2: Le score de PERC d'abord et puis ils mettent PERCEPIC je crois parce que Probabilité Clinique Implicite. Et c'est une étude qui était entre autres faite par le Docteur Penaloza des soins intensifs euh, euh, pas de soins intensifs, chef de service aux urgences à l'UCL. Tu vois ?

Moi : Ouais, ouais,...

Urgentiste 2: Donc c'est déjà quelque chose. Et justement ce score implicite est plus l'apanage et la force des anciens médecins.

Moi : Oui

Urgentiste 2: Parce que quand tu es jeune, voilà. Et donc il faut te dire que la difficulté avec l'embolie pulmonaire c'est que il y a très peu de symptômes spécifiques.

Moi : Oui.

Urgentiste 2: Et c'est dû à ce manque de spécificité que tu peux éventuellement mettre un score implicite.

Moi : Oui c'est ça.

Urgentiste 2: Tu vois ?

Moi : En fait avec ce questionnaire-là, ce que je souhaitais aussi, c'est essayer de voir justement si les médecins qui ont plus d'expérience n'ont pas, finalement avec tous les cas qu'on voit, quelque chose de similaire qui se produit à chaque fois qui pourrait nous dire « ah tient peut-être que, ce petit élément-là ça pourrait nous faire penser à une embolie pulmonaire ». J'avoue que ça, ça n'a pas été montré.

Urgentiste 2: Alors je vais te dire que dans l'étude qui a été faite là-bas, euh, donc euh, qui a été faite multicentrique là,, qui a été conclue en 2017. Parmi ceux qui avaient interrogés en arrivant aux urgences il y avait 56% qui étaient des stagiaires, quelque chose comme euh, 26% je crois qui devaient être des médecins urgentistes qui avaient au moins trois ans d'expérience. Et puis de plus vieux, je crois. 19%. Fin les proportions de 56% de stagiaire quoi. Et donc ils ont pris un peu le tout confondu. Mais voilà. Mais moi les questions que je me pose et que tu devrais te poser, c'est si on voit que ce gut feeling a un tel impact pour pouvoir permettre de ne faire aucun examen complémentaire quand tu la lies au score de PERC, et que euh, il y a tellement peu de faux négatifs. Or c'est ce qu'on faisait avant, parce qu'avant

on n'avait pas tous ces examens complémentaires. On n'avait rien de tout ça et ça marchait bien. Est-ce que justement avec le développement de la médecine et de toute la technologie, c'est quand même interpellant de voir qu'on revient à la case départ et que le bon sens, la perception était important. Et moi ce qui m'intéresserait de voir plus c'est, est-ce qu'il y a d'autres pathologies à caractère de symptomatologie tellement a-spécifique ; est-ce qu'il y en a qui pourraient éventuellement, qu'on devrait faire revenir en arrière plutôt que de faire notre consommation d'examens qui non seulement sont toxiques pour le patient parce qu'on irradie, sont coûteux, et prennent du temps aux urgences. Parce que « l'end point » aussi de cette étude précédente avait été de voir comment diminuer le temps de passage aux urgences et diminuer le nombre d'examens dans l'overcrowding des salles d'urgence. Tu vois ?

Moi : Oui. Mais cette étude elle a été faite chez des urgentistes en fait ?

Urgentiste 2: Au sein du service d'urgence.

Moi : Oui c'est ça. Parce que moi, toutes les recherches que j'ai faite c'était en médecine générale et là il n'y avait pas , il n'y a pas beaucoup de... d'étude.

Urgentiste 2: Oui, mais ici tu viens parce que tu m'interroges parce que je suis aux urgences.

Moi : Oui, oui, oui tout à fait. Mais moi, c'est pour en fait comparer justement le sentiment, ce gut feeling dans le fait qu'en médecine générale on connaît les patients en général alors qu'aux urgences on ne les connaît pas et donc on a pas cette...

Urgentiste 2: Alors la grosse différence justement c'est que, je pense que, ce gut feeling est beaucoup plus développé et acceptable au sein de la médecine générale qui connaît les patients qui, c'est suivi, et tu vois directement un patient que tu connais tu vas te dire « Oh my god celui là ». Euh, même si j'ai des bons paramètres, que j'ai tout, il n'est pas comme d'habitude. C'est comme, je dis toujours aux urgentistes, quand une maman vient avec son gosse et qui vous dit...

Moi : En disant qu'il n'est pas bien

Urgentiste 2: ... « il est pas bien ». Même s'il vous paraît bien, croyez la mère. Ça c'est fondamental quoi. Tandis qu'en médecine d'urgences, c'est toujours des patients qu'on ne connaît pas, qu'on ne reverra pas, et donc le gut feeling on pourrait dire à moins d'importance. Pourtant quand tu l'associes avec le critère de PERC tu n'as qu'1% de faux négatif.

Moi : Mais donc je vais regarder cette étude-là.

Urgentiste 2: Et donc il faudrait voir, moi ce que je trouve serait important et j'espère bien que tu me feras part de ton mémoire ou de ton TFE après, c'est de voir, est-ce que d'autres

pathologies avec une symptomatologie aussi peu spécifique pourraient être validées dans ce monde où on veut les garantir de tout par le gut feeling quand même. Voilà.

Moi : D'accord.

Urgentiste 2: Voilà mes réflexions. (rire)

Moi : Ça va, j'en tiendrai compte. Est-ce que je peux vous poser quelques questions ? (rire)

Urgentiste 2: Mais bien sûr, mais bien sûr. Ce n'était qu'une introduction.

Moi : Oui, mais vraiment, je n'avais pas du tout entendu. Et je pense que vous êtes la première qui me parlait, aller réellement du gut feeling. Parce que tous les médecins que j'interroge en fait il y en a aucun qui connaît ce... Non vraiment je vous assure que vraiment il y en a très peu qui euh.

Urgentiste 2 : Bon bah voilà, OK. Donc on a bien fait de se rencontrer.

Moi : (rire) Parfait.

Urgentiste 2 : Mais faut dire que je suis une passionnée de littérature scientifique aussi.

Moi : Ah voilà. Mais c'est vrai que c'est passionnant comme...

Urgentiste 2: Et qu'il faut tenir le service euh, to the point, en permanence. Comme ça il faut toujours une volonté de se développer, de progresser. C'est mon objectif qualitatif du service.

Moi : Surtout, qu'aller aux urgences vous en voyez beaucoup plus que nous.

Urgentiste 2: Bon vas-y dis-moi.

Moi : Est-ce que vous savez me raconter la dernière consultation où vous avez diagnostiqué une embolie pulmonaire si vous vous souvenez plus ou moins ?

Urgentiste 2: Bah écoute je vais te dire que, en plus, on est dans le contexte covid.

Moi : Oui oui oui tout à fait.

Urgentiste 2: Or ,tu dois te dire que dans le contexte covid, tous les patients qui viennent ont de la dyspnée, et si tu vas dans euh, faire un examen complémentaire ils ont tous des D-Dimères. Donc ils sont tous susceptibles de, de, d'avoir euh, une embolie pulmonaire. Mais pourtant je ne vais pas faire des angioscans à tout le monde pour le confirmer ou pas.

Moi : Oui.

Urgentiste 2: Mais il faut te dire que ce que la littérature dit actuellement, je reviens toujours avec ma littérature, que, puisque tu ne vas pas commencer à aller faire des angioscans à tout le monde, alors que pourtant tu sais que c'est une, des maladies de plus pro-coagulante, qu'est-ce qui pourrait te faire dire que, je vais quand même aller plus loin faire mon angioscan ? C'est des D-Dimères très élevés, vraiment très élevés ou bien alors une histoire

typique, celui qui avait son plâtre, qui avait mal dans le mollet, et puis voilà. Et donc quand tu me demandes de raconter, nous sommes depuis des mois dans tout ça. Donc c'est très difficile. J'ai fait mes probabilités cliniques, mais c'est un de mes gros questionnements sur lequel je suis en cours pour l'instant, c'est quel est l'impact du covid sur ma probabilité clinique qu'elle soit implicite ou explicite.

Moi : Mmm, mmm, d'accord.

Urgentiste 2: Donc très difficile.

Moi : Oui.

Urgentiste 2: Donc j'ai besoin ... mon gut feeling ne suffit pas. Mais par contre, je ne veux pas qu'on commence euh, euh, ... l'embolie pulmonaire, j'exige que dans chacun des dossiers je commence par voir, j'ai fait ma probabilité clinique, quel est mon score et comment je l'évalue.

Moi : Mmm, Mmm d'accord.

Urgentiste 2: Ça va.

Moi : Et donc quels sont les éléments anamnestiques qui jouent un rôle dans ces cas-là ?

Urgentiste 2: Bah en gros, quand est-ce qu'on pense à une embolie pulmonaire ? D'abord c'est face à une symptomatologie de dyspnée et/ou douleur thoracique sans d'autres causes évidentes. C'est à ce moment-là. Ça c'est des critères dans lesquels tu dois penser une embolie pulmonaire. Et donc, euh, dès que tu as ça et que ton ECG n'est pas en faveur d'une étiologie cardiaque, dès qu'il n'est pas là avec 39 de température ; même si tu peux faire de la température dans l'embolie pulmonaire ; tu dois, ou bien que, et dès que tu as des facteurs de risque thrombo-embolie, enfin, évènement thrombo-embolique antérieur, ou bien alitement prolongé, ou bien plâtre, bah j'y songerai quoi.

Moi : Oui. Et euh, les éléments cliniques qui interviennent ? Dans la suspicion...

Urgentiste 2: Bah il y en a aucun qui a une spécificité. Donc euh, dans les examens cliniques, nous, moi, tout le monde à qui tu veux qui est passé dans mon service, la fréquence respi pour moi est quelque chose de fondamental. Tu as bien sûr la tachycardie éventuelle, tu as une, enfin, tu as ton examen général, mais si en plus tu as un gros mollet tu vas y penser plus facilement quoi.

Moi : Et quels sont les examens complémentaires que vous utilisez alors ? Vous m'avez dit D-Dimère...

Urgentiste 2: Voilà, D-Dimères puis ça dépend de, de la situation du patient. Euh, dans le contexte Covid, actuellement on ne fait plus jamais de thorax à qui que ce soit. On va directement au scanner parce qu'il y a des lésions dans tous les thorax qui sont stratifiés de 1 à 5 comme ça. Mais euh, il y a bien sûr la biologie avec les D-Dimères et qui permet d'exclure d'autres causes. Si j'ai une CRP à 200 OK. Et en plus des D-Dimères, tu sais qu'il y a tellement de raisons qu'ils soient élevés. Il y a les raisons physiologiques comme le patient âgé, comme la femme enceinte, euh voilà. Et toutes les raisons pathologiques que ce soit le néo, ou que ce soit l'embolie, que ce soit l'infection. Donc c'est tellement, tellement peu spécifique. Mais c'est déjà très sensible, voilà. Et euh, tu dois savoir aussi que au sein de la population normale, 33% des patients, seulement 33% ont euh, des D-Dimères négatifs. Chez une femme enceinte, il y a seulement 25% qui, à la 42^{ème} semaine ont des D-Dimères négatifs. Si tu penses, si tu pars, tu vas pour le patient âgé, tu n'as plus que 5,5% des patients qui ont des D-Dimères négatifs. Donc au-dessus de 80 ans ça ne vaut presque plus la peine de la faire. Parce que ça coûtera très cher pour très peu d'apports hein. Tu dois toujours voir la valeur prédictive négative de l'un et de l'autre et le coût aussi qui sont ensemble.

Moi : Donc dans ces cas-là directement, si suspicion angioscanner alors ? A priori.

Urgentiste 2: Oui. Oui, oui. Mais il y a tellement d'autres choses. Il y a toutes les causes médicamenteuses, il y a toutes les causes, je vais attendre sa biologie et tout ça. Je vais attendre les examens complémentaires.

Moi : Oui, oui, oui.

Urgentiste 2: Voilà. Mais ça n'a presque plus d'importance. 80 ans, même avec la valeur des D-Dimères ajoutés, pour moi euh, Pfff, pff. C'est tellement rarissime. On est tout content si on a un truc négatif, mais c'est, tellement rare que, sa valeur, sa valeur. Tu, tu vois, tu dois avoir le nombre de patients chez qui le faire pour que ça ait une valeur ajoutée. Plus tu prends de l'âge au moins ça a de valeur ajoutée pour le faire. Tu vas devoir le faire, pour euh, euh un patient sur 30 pour avoir une valeur négative. Donc ça va te coûter cher et vilain pour avoir un résultat. Voilà. Tu sais c'est comme le NNT. Tu sais c'est le nombre de patient...

Moi : Oui le number needed to treat.

Urgentiste 2: Voilà oui. Tout ça bah c'est la même chose.

Moi : Mmmm Mmm, d'accord.

Urgentiste 2: Voilà.

Moi : Et quels outils de diagnostic est-ce que vous utilisez alors quand il y a une suspicion d'embolie pulmonaire ?

Urgentiste 2: Et que avec des D-Dimères positifs ?

Moi : Par exemple.

Urgentiste 2: Une suspicion d'embolie pulmonaire faible, si elle est faible ou modérée on a toujours les arbres décisionnels. Si elle est faible ou modérée, ta probabilité clinique tu vas commencer par faire tes D-Dimères.

Moi : Quand vous dites faible ou modérée c'est sur base du score alors ?

Urgentiste 2: Du score oui. Du score nous on fait le Genève en général, Genève révisé. Si tu as une probabilité faible, tu vas faire les D-Dimères. Si ils sont négatifs et bien tu t'arrêtes là. Voilà. Si ils sont positifs, mmm, si ils sont positifs tu vas aller à l'angio-CT. Et à l'angio-CT, si il est négatif euh, pour euh le faible modéré tu vas pouvoir t'arrêter. Si il est positif tu vas aller plus loin. Voilà, dans ton bilan. Et de toute façon tu vas traiter. Tandis que si tu as une probabilité clinique élevée, tu vas même pas faire tes D-Dimères. Ça ne sert à rien. LA probabilité clinique tu vas directement aller à ton angioscan. Et attention que même si ton angioscan est négatif, tu vas toujours aller plus loin. Tu vas refaire ton angioscan parce que tu as des faux négatifs aussi. Tu vas éventuellement compléter par un écho doppler des membres inférieurs et si tu as une TVP tu traiteras quand même.

Moi : Mmmmm

Urgentiste 2: Et donc voilà. Un scan négatif dans une probabilité clinique élevée je ne vais m'y fier je vais aller plus loin et je vais éventuellement traiter. De même que parfois, dans une probabilité clinique faible, avec des D-Dimères positifs, et si tu trouves euh, euh, non, quand tu as une probabilité clinique faible, mais que tu as fait un angioscan pour autre chose et que tu trouves une embolie sous segmentaire ce n'est pas pour ça que je vais traiter nécessairement non plus. C'est pas parce que tu trouves par hasard une sous-segmentaire positive que tu dois entamer un traitement si tu as ta probabilité faite. Si tu trouves ça parce qu'on a fait un scanner pour autre chose et qu'on tombe là-dessus, tu vas faire ta probabilité clinique et si elle est faible tu ne dois pas nécessairement le traiter par anticoag.

Moi : Et quand le patient arrive est-ce qu'en général vous l'interrogez sur ses patients, ses antécédents pardon ? Et vous interrogez et intégrez aussi ses habitudes de vie (alcool, tabac...) ?

Urgentiste 2: Toujours. Ça fait partie de l'anamnèse de base. Toujours.

Moi : Oui, oui.

Urgentiste 2: Tu sais, il faut te dire que la médecine d'urgence, 95% des diagnostics sont fait sur base d'une bonne anamnèse et un bon examen clinique. Une bonne anamnèse et les bons antécédents, c'est les bons médicaments. Et, avant de commencer à faire tes hypothèses diagnostics, tu crées le décor de ta pièce de théâtre. Et chaque fois que le patient te dit quelque chose, tu peux fermer une porte définitivement ou bien tu dois en ouvrir une. Quelqu'un qui vient pour une douleur abdominale, je veux que quand le médecin me le présente il me dise s'il y a des antécédents opératoires. Si dans le ventre il a déjà été opéré, hop une porte s'ouvre je dois exclure une occlusion. Tu vois ? S'il n'a pas, je ne vais pas dire que je ferme la porte à 100%, mais ce sera rarissime.

Moi : Mmm mmm

Urgentiste 2: Tu vois la donc euh, pour moi c'est fondamental. Et la médecine d'urgence, et tous ceux qui viennent en stage chez moi, ils doivent savoir que ce n'est pas parce qu'on a tous les examens qu'on va avoir plus facile. Ça va ?

Moi : Oui

Urgentiste 2: Mais donc tu, tant que tu n'as pas... plus tu poses tes hypothèses diagnostics, plus tu augmentes ta probabilité de ton diagnostic ; au plus ton examen va devenir, au plus ton examen, tu augmentes la spécificité de ton examen.

Moi : Oui. Et au-delà de tous ces éléments objectifs entre guillemets, comme le score, le... le, le bah la douleur dans le mollet ou quoi, est-ce qu'il y a quelque chose de subjectif qui vous amène à penser à l'idée de l'embolie pulmonaire en fait ? Chez les patients, quelque chose que vous vous ressentez ou que le patient laisse transparaître quand vous le voyez ?

Urgentiste 2: Nous ce sont des patients par défaut que l'on ne connaît jamais.

Moi : Oui, oui, oui.

Urgentiste 2: C'est toujours des premiers. Euh, mais non, c'est sur base de l'anamnèse et de, de l'anamnèse du patient qui te dit je ne suis pas comme d'habitude. Et même, tu ne le sens pas.

Moi : Donc vous il y a rarement quelque chose que vous, où vous vous dites, ah tient ce patient là même si je ne le connais pas il y a quelque chose...

Urgentiste 2: Mais je vais te dire, je vais te répondre autrement. Quand j'ai des jeunes qui arrivent là. Moi je vois un brancard passer, je sais dire si je dois me lever directement pour y aller, « Oh my God » ou pas. Je sais dire instantanément. Mais, quelqu'un qui commence, qui

sort de ses études de médecine, qui a beaucoup étudié, et tout ça, au début il n'a pas ça. Il ne va pas savoir se dire « oh my God », positif, instantanément je dois me lever. Mais par contre quand il va être en formation ici, je vais le laisser faire ses examens complémentaires parce que ça va l'aider à construire petit à petit son sens, son feeling et tout ça. Quand il aura fait plusieurs fois des examens, que ceux-ci reviendront négatifs, il pourra se dire, ah non moi je pensais ça, mais finalement ce n'est pas comme ça. Tu construis ton, son gut feeling. Ça se construit avec ton expérience.

Moi : Donc pour vous le gut feeling c'est quand même un peu lié à l'expérience finalement ?

Urgentiste 2 : Pour moi oui. J'en suis convaincue.

Moi : Mmm, mmm. Mais donc, dans le diagnostic, dans la suspicion d'un diagnostic d'embolie pulmonaire, quelle place est-ce que vous accordez au gut feeling alors ?

Urgentiste 2 : Mais d'abord pour entamer mes démarches. Parce que pour l'instant, nous ce n'est pas un score. Le gut feeling on ne l'emploie pas comme score. Nous on ne fait pas le, le score implicite. On ne le fait pas. Euh, mais, je sais argumenter comme quoi, même si tout est négatif je garde un patient parce que je ne le sens pas. Oui, bien sûr. Et c'est pour toutes les pathologies ça. Même si nos examens nous reviennent négatifs, on ne le sent pas on ne va pas le laisser partir.

Moi : Oui. Et sur une échelle de 1 à 10 pour essayer de mettre un chiffre, vous, vous estimeriez à combien alors cette part de gut feeling dans la suspicion d'un diagnostic d'embolie pulmonaire ?

Urgentiste 2 : C'est, c'est plus si les résultats nous revenaient négatifs et que nous on en était convaincu.

Moi : Oui.

Urgentiste 2 : C'est uniquement puisque nous nous ne le prouvons que par des données objectives, bien sûr, première chose on commence à y penser. Et on le, moi je suis sûre que c'est comme ça. Mais indépendamment de ma certitude, j'ai besoin, et je me dois de faire les examens complémentaires pour l'instant. Mais si maintenant je ne suis pas d'accord avec les résultats, j'irai plus loin. C'est pour mon acharnement, trouver plus loin. C'est ça. Mais te dire un pourcentage c'est impossible à dire. Non, c'est s'il y a désaccord entre ma perception clinique et le résultat des examens je vais m'acharner. Et c'est là qu'elle va prendre tout son poids.

Moi : Mais ma question en fait moi, c'est plus avant d'avoir, avant d'aller vers le score, ou avant d'aller vers les examens, quand par exemple à l'anamnèse il n'y a aucun antécédent qui peuvent faire penser à l'embolie pulmonaire, ou il n'y a aucun élément.

Urgentiste 2: C'est pas tellement les antécédents, c'est l'histoire clinique, l'anamnèse...

Moi : Oui c'est ça aucun, aucune histoire clinique qui peuvent se dire à tient lui c'est une embolie pulmonaire, mais derrière on se dit que quand même ça ne va pas, est-ce que votre ressenti justement vous lui accordez une grande importance ?

Urgentiste 2: Je dirai que oui, 80-90%. 80-90% hein, que l'on sait déjà à l'avance le diagnostic. On ne va plus faire... Tu sais, je dis toujours, 95% des diagnostics se font sur base, aux urgences hein, d'une bonne anamnèse et examen clinique. L'urgentiste c'est un clinicien. Mais après tu vas le confirmer ou l'infirmier par euh. Donc ça va jusque 95% pour moi euh, de, de gut feeling. Le, le vrai urgentiste, ça monte juste que 90-95% son gut feeling avant tout quoi.

Moi : D'accord.

Urgentiste 2: Et puis tu dois le confirmer ou l'infirmier par tes examens. Et je dis toujours, c'est un grand jeu comme ça.

Moi : ça va. Ça fait combien de temps que vous pratiquez comme urgentiste ?

Urgentiste 2: 35 ans.

Moi : 35 ans. D'accord. Bah merci beaucoup en tout cas. J'espère que je ne vous ai pas pris trop de temps.

Urgentiste 2: Non, j'espère que je t'ai apporté quelques éléments.

Moi : Oui beaucoup.

Urgentiste 3

Moi : Est-ce que vous savez me parler de la dernière consultation où vous avez diagnostiqué une embolie pulmonaire et où ça s'est révélé être le bon diagnostic ?

Urgentiste 3 : Euh, et bien donc, euh, c'était une jeune dame africaine. De 35 ans. Qui venait pour une dyspnée brusque, euh..., euh..., et ce qui était le plus étonnant c'est elle était capable de pouvoir marcher les marches, elle savait marcher le matin et puis le lendemain elle était, elle était, l'après-midi elle était dyspnéique. Mais là à être, avec une limitation dans ses capacités d'effort. Et donc là je me suis dit « ça ça doit être une embolie pulmonaire ». Parce qu'il manquait la progressivité d'une pneumonie ou d'une décompensation cardiaque.

Moi : Mmm Mmm.

Urgentiste 3 : Maintenant, cet aspect déterminant des choses c'est pas facile à identifier à l'anamnèse. Mais je pense que ça peut être quelque chose des plus déterminants. Si c'est la question du gut feeling. En dehors du fait de devoir faire des examens complémentaires si c'était, ça c'est la deuxième chose.

Moi : Oui. Et euh, quels sont les éléments cliniques qui vous ont aidé dans le diagnostic chez cette dame-là ? Peut-être d'abord au niveau anamnestique ?

Urgentiste 3 : Vraiment euh, l'essoufflement. Euh, chez cette dame-là je n'avais pas vraiment de façon notable une douleur de jambe. C'était pas une dame euh, âgée qui, une belle donc elle était plutôt jeune. Euh, de mémoire j'ai pas souvenir qu'on avait parlé de problèmes familiaux prothrombotiques. Et elle était pas sous pilule.

Moi : D'accord.

Urgentiste 3 : Maintenant donc c'est vraiment pour moi le, le, le, la dyspnée qui est mesurable parce que, la plus facile au niveau anamnestique, c'est de pouvoir reproduire euh qu'un effort rend les gens dyspnéiques. Et euh, et donc ça c'est ce que les gens peuvent comprendre : « oui, mais pour prendre votre volée d'escalier est ce que c'était comme d'habitude ou pas comme d'habitude ? » Ça, c'est une chose que les gens peuvent interpréter et comprendre et que je trouve qui est plus facile à utiliser au niveau anamnestique pour comprendre les choses. Au niveau clinique, il n'y a rien quoi. Parfois il y a des jugulaires. Là cette dame là elle avait des jugulaires effectivement un petit peu saillantes avec un reflux hépatojugulaire parce

qu'effectivement elle avait déjà un cœur droit. Mais sinon, la majorité des embolies pulmonaires que j'ai jamais vu, on ne voit rien du tout.

Moi : Mmm Mmm et donc chez elle au niveau clinique il n'y a rien qui est intervenu ? Donc l'examen pulmonaire était normal et au niveau saturation tout était normal ?

Urgentiste 3: Chez elle l'examen pulmonaire était normal. Après il y a bien sûr cet œdème asymétrique là qui fait penser aux choses. Mais chez elle pas.

Moi : Mmm Mmm. Et au niveau tachycardie il n'y avait pas spécialement non plus chez elle alors ?

Urgentiste 3: Si elle était tachycarde. Effectivement.

Moi : Euh, est ce que vous avez utilisé des examens complémentaires après comme ECG, biologie.

Urgentiste 3: ECG non, biologie oui. Euh, bah j'ai fait les D-Dimères c'est toujours plus facile pour convaincre les gens d'avoir son scanner si les D-Dimères sont positifs ;

Moi : Oui

Urgentiste 3: Maintenant, maintenant euh, je n'ai pas fait le score. Parce que pour elle j'y croyais. C'était, pour moi pas une pneumonie, il n'y avait pas d'histoire de fièvre, ni de virose dans les jours précédents. Il y avait, il y aussi le fait que dans mon diagnostic différentiel je ne pensais pas à autre chose hein.

Moi : Mmm Mmm

Urgentiste 3: À son âge c'était pas une décompensation cardiaque euh, et donc euh, l'embolie pulmonaire arrivait très fort en premier.

Moi : D'accord.

Urgentiste 3: Quand on va chercher des gens de 75 ans et qui ont de multiples pathologies là évidemment la façon de réfléchir change.

Moi : Mmm Mmm. Et quand vous dites vous n'avez pas fait le score c'est quel score que vous utilisez euh habituellement ?

Urgentiste 3: Le Genève.

Moi : Le score de Genève d'accord. Et là vous ne l'avez pas fait parce que comme vous dites, vous, enfin il n'y a rien d'autre qui euh, fin il n'y avait pas d'autre diagnostic différentiel dans vos hypothèses diagnostics ? A priori ?

Urgentiste 3: D'abord il y avait ça euh, et puis il y avait le fait que cette dame vu qu'elle était dyspnéique elle était du côté Covid et que, je devais mettre des cathéters. Vu mon état

d'occupation sur deux autres personnes plus en choc j'avais d'autres chats à fouetter que d'aller m'amuser avec l'ordinateur.

Moi : Mmm Mmm d'accord. Et est-ce que dans les scores vous avez déjà entendu parler du score de PERC ?

Urgentiste 3: J'ai déjà entendu parler du score de PERC, mais je ne sais plus te dire ce que c'est.

Moi : Euh c'est un score qu'on utilise pour euh, fin c'est un score d'exclusion de l'embolie pulmonaire en fait que l'on fait parfois en fait après le score de Genève ou le score de Wells quand il y a une probabilité clinique faible. Et si ce score est négatif ça exclut complètement l'embolie pulmonaire et on ne fait pas d'examens complémentaires. Est-ce que vous l'utilisez parfois ?

Urgentiste 3: Non. J'en ai déjà entendu parler, mais je ne l'ai jamais utilisé.

Moi : Mmm Mmm. Et euh, chez cette dame-ci, vous connaissiez ses antécédents alors ? Vous m'avez dit à priori pas d'histoire de thrombose familiale ou ...

Urgentiste 3: Oui tout à fait. Aucune histoire de thrombose familiale, pas d'antécédent cardiaque. Elle n'avait pas fait un voyage récent vu la situation sanitaire euh là. Pas fumeuse. Pas sous pilule, que je me souviens. Et c'était le genre de chose de base que j'ai demandé. Pas opérée dans les jours précédents.

Moi : Et, dans votre diagnostic vous intégrez toujours les antécédents familiaux et personnels du patient alors ?

Urgentiste 3: Euh, oui.

Moi : Et est-ce que vous intégrez aussi ses habitudes de vie comme consommation d'alcool, pratique sportive, stress peut-être ?

Urgentiste 3: Euuuuuuh oui. Bah ça c'est plus, ça dépend. Euh là c'était une jeune dame africaine de 35 ans qui était bien sur elle. Au premier first look donc je n'ai pas cherché qu'elle puisse avoir d'autres problèmes. Je pense que j'ai une médecine un peu plus basée sur parfois l'intuition. Après l'intuition ça ne résout pas tout.

Moi : Oui, oui.

Urgentiste 3: Pour ce genre de chose le côté hygiénique euh, je commence à m'en inquiéter euh quand je vois que les, les, les autours du patient sont peut-être interpellant au niveau socio.

Moi : Mmm. Et chez cette dame-là, au-delà des éléments objectifs donc la dyspnée et la tachycardie éventuellement, est-ce qu'il y a quelque chose d'autre qui vous avait interpellé dans la consultation ?

Urgentiste 3: Non. Non, bah, ce qui m'avait interpellé c'est que je ne pensais pas au reste comme je l'ai déjà dit précédemment.

Moi : D'accord.

Urgentiste 3: Mais sinon oui voilà, dyspnée de façon nue alors qu'il n'y a pas d'histoire infectieuse forcément c'est pour ça que, que j'y pense. Donc c'est directement aussi l'autre, l'absence de signes qui est, pas d'OMI, pas de sibilances, pas d'antécédent asthmatique ou quoi que ce soit, pas fumeur, et cetera donc oui, non je n'ai été interpellé que par cette dyspnée avec désaturation. On devait lui avoir mis 2 litres d'oxygène parce que, elle, elle faisait quand même une belle embolie. Donc évidemment c'était d'autant plus facile d'y penser quoi.

Mi : Donc au niveau clinique il y avait quand même une désaturation en plus chez elle.

Urgentiste 3: Oui.

Urgentiste 3: D'accord. Tachycarde je ne sais pas si on avait oublié ça.

Moi : Oui tachycarde et désaturation. Et est-ce que vous savez mettre un mot sur le ressenti que vous avez eu euh, en face de cette patiente ? Ou les émotions.

Urgentiste 3: Le ressenti ?

Moi : Oui.

Urgentiste 3: Est-ce que le ressenti, je suppose pas émotifs. Bah je me suis dit c'est une embolie pulmonaire.

Moi : Oui, d'accord.

Urgentiste 3: Je ne sais pas ce que tu veux dire par ressenti ?

Moi : Mais, mais, je ne sais pas moi, est-ce que vous vous êtes dit « ah cette patiente là je la trouve peut-être inquiétante, je ne sais pas très bien l'expliquer ». Ou bien, fin, est-ce que avant même de l'examiner il y a peut-être quelque chose où vous vous êtes dit « ah ça n'ira pas ou ça ira très bien je ne sais pas ».

Urgentiste 3: Ah euh oui non ça irait. Je me suis dit que ça irait parce qu'après 15 ans de bouteille et pas assistant de deuxième année on va dire que ça ne m'inquiète plus trop quoi. Je veux dire si jamais elle fait son arrêt respiratoire je l'intube. Si jamais elle fait son arrêt cardiaque, je la masse.

Moi : Oui, je veux dire de prime abord cette patiente ne vous, ...

Urgentiste 3: Je ne me sens plus en tant qu'urgentiste responsable du fait qu'il faille faire des choses plus vite.

Moi : Oui, oui, oui.

Urgentiste 3: Les choses viennent parce qu'elles surviennent.

Moi : Oui. Ce que je voulais dire c'était plutôt, de prime abord cette patiente ne vous semblait pas inquiétante ? Vous vous êtes pas dit « ah il y a vraiment quelque chose qui ne va pas en la voyant euh, on a un peu le ... ? »

Urgentiste 3: Si, si, si j'étais inquiet, mais les choses ont été bien faites. Le fonctionnement des urgences fait qu'il y a eu un triage pour identifier sa saturation donc elle a été au monitoring constant bien sûr dès son admission.

Moi : Mmm d'accord. Et...

Urgentiste 3: Maintenant inquiet, je ne me suis pas dit elle va claquer dans la minute qui suit.

Moi : Oui, oui. Mais...

Urgentiste 3: Je veux dire pas en choc, juste avec 2 litres.

Moi : Mmm Mmm

Urgentiste 3: 90% des Covid sont comme ça et vont sortir de l'hôpital.

Moi : Oui tout à fait. Euh, et chez les autres patients habituellement vous utilisez quand même le score alors. Et en fonction de ça vous faites des examens en plus ?

Urgentiste 3: Oui. Chez d'autres patients nous utilisons beaucoup plus généralement le score de Genève euh oui et le Wells. Et il y a le Wells modifié aussi, je ne sais plus lequel.

Moi : Le Genève modifié oui.

Urgentiste 3: Geneviève, Genevi, Genièvre, Genève modifié oui. Et donc oui.

Moi : Ok.

Urgentiste 3: Oui, et donc. J'étais fortement éduqué à devoir le faire. Après, je veux dire, euh, avec l'expérience, je trouve que là où je commence à vraiment réfléchir à, à la, à ne pas le faire c'est si on va dire ma réflexion du rasoir d'Ockham, ah que c'est, que si j'ai un diagnostic plus évident je me dis qu'il y a un diagnostic plus évident. Quand j'ai quelqu'un qui vient, 39 et demi, qui tousse et qui crache depuis 3 jours euh, qui est aussi toujours tachycarde, mais qui est complètement moite en sueur...

Moi : Mmmm

Urgentiste 3: Et qui si, euh s'il a 60 ans est un petit peu, vraiment tout à fait infecté, et qu'on voit vraiment un peu de marbrure, je me dis qu'il a une pneumonie bactérienne. Euh, grave et que euh, oui ça fait des micro-thrombi dans le lit vasculaire, mais que ça ne s'appelle pas une embolie pulmonaire quoi. Et donc euh quand j'ai ça, et que euh, parfois je demande la radio de thorax rapidement parce que ce monsieur n'est pas bien et qu'en plus je vois le foyer tout de suite sur la machine du technicien (parce que maintenant ils ont des écrans sur les radios de thorax mobile qui me montre un foyer) je ne coche même plus les D-Dimères.

Moi : Oui.

Urgentiste 3: Je ne cherche pas de deuxième explication. Je ne cherche pas à dire qu'il a une embolie pulmonaire en plus.

Moi : Mmm Mmm

Urgentiste 3: Pour une pneumonie, de toute façon s'il a une pneumonie je devrai l'anticoaguler pour éviter le côté pro coagulopathie de l'infection.

Moi : Oui. D'accord. Mais vous dans votre, aux urgences vous avez régulièrement des diagnostics d'embolie pulmonaire, est-ce qu'il y a quelque chose de reproductible que vous remarquez chez les patients qui peuvent, qui peut orienter dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire ?

Urgentiste 3: Pour moi ce qui permet de bien se dire en première intention c'est une embolie pulmonaire c'est d'avoir procédé à une bonne anamnèse et un bon examen clinique qui exclut les autres causes de dyspnée.

Moi : Oui. Et donc pour vous les autres causes...

Urgentiste 3: Pas de crépitants, pas de sibilances, pas de, pas de, d'histoire cardiaque, pas d'OMI. Ou alors un OMI asymétrique. Euh, et donc tout ça, ça fait penser au fait qu'il faille penser à l'embolie pulmonaire.

Moi : Et...

Urgentiste 3: Que ce soit avec désaturation comme dans le cas de la patiente si parce qu'elle elle avait une embolie bilatérale centrale.

Moi : Mmm Mmmm

Urgentiste 3: Si c'est 2 litres ou qu'il y ait parfois de très petites embolies pulmonaires euh plus segmentaires. Attention, très souvent les petites embolies segmentaires qui vont rentrer chez eux pour moi en fait ce sont des incidentalomes. Euh, je dirai que $\frac{3}{4}$ de ces toutes petites embolies qui viennent sans aucune plainte de dyspnée, qui n'ont pas de problèmes pour

monter les escaliers ou quoi que ce soit ce sont des gens qui ont fait un scan pour autre chose et qui nous sont adressés pour traiter l'embolie pulmonaire.

Moi : D'accord.

Urgentiste 3: Donc ils arrivent avec un diagnostic tout ficelé.

Moi : Oui. Et pour vous, les autres diagnostics de dyspnée à exclure ce sont quoi alors ? Avant ?

Urgentiste 3: Infectieux. Pneumonie donc. Euh, l'œdème aigu du poumon sur cardiopathie décompensée ou ischémique. La crise d'asthme. Euh, ça me semble déjà bien dans un cadre de dyspnée.

Moi : Euh, et donc dans la suspicion d'embolie pulmonaire, quelle place est-ce que vous accordez au sens d'alarme dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire ?

Urgentiste 3: C'est quoi le sens d'alarme ?

Moi : Donc c'est le, le, le sentiment de non-réassurance qu'on peut avoir face à une situation dans laquelle on ne se sent pas spécialement à l'aise. Donc le feeling plutôt négatif pour qui, qui nous inquiète en fait. Quelle place est-ce que vous lui accordez pour un diagnostic d'embolie pulmonaire ?

Urgentiste 3: Le feeling négatif.

Moi : Oui.

Urgentiste 3: Ce qui m'a, j'ai du mal à suivre en fait.

Moi : Quand un patient vient vous voir, il n'y a pas spécialement de diagnostic, mais vous vous dites, euh, cette, ce patient ou cette patiente-là j'ai l'impression que quelque chose ne va pas. Je ne sais pas encore quoi. Donc c'est plutôt un sens d'alarme, on se dit « ah ça ne va pas », mais avec un côté non rassurant. Quelle place est-ce que vous lui accordez face à potentiellement une suspicion d'embolie pulmonaire ? Donc est-ce que ce feeling va jouer un rôle dans le, dans l'évocation d'un, d'une suspicion d'embolie pulmonaire ?

Urgentiste 3: Ah je ne sens pas le patient donc je me suis dit je vais penser à l'embolie pulmonaire ?

Moi: Éventuellement.

Urgentiste 3: Oui, oui. Bah, il faut vraiment que je ne sente pas le patient. Mais euh, ici là je vais te répondre avec une autre réflexion.

Moi : Oui.

Urgentiste 3: Si ça se tombe il y a des gens qui sont venus avec euh des sensations de dyspnée, euh qui ont fait des crises d'angoisse. Mais qui sans le faire exprès, alors qu'ils ont fait une

crise d'angoisse deux jours plus tôt ont fait un micro-embolie pulmonaire de la sous sous segmentaire (puisque maintenant on arrive à repérer des micro-embolies dans des lits super euh, bref petit) qui ne peuvent pas les avoir rendus dyspnéiques, ce n'est pas possible. Tu leur donnes un Téresta, ils rentrent chez eux ils sont parfaits, ils ont retrouvé leur rythme respiratoire normal, ils n'ont pas d'hypoxie si tu fais un contrôle gazo. Mais euh, deux jours plus tard ils ont refait une crise d'angoisse, leur médecin traitant a décidé qu'il fallait faire un scanner et trouve l'embolie sous sous segmentaire. Qui jamais ne peut avoir été dyspnéique parce que notre surface d'échange est bien plus que suffisante.

Moi : Ouais.

Urgentiste 3: Mais ils viendront dire que c'est à cause de ça qu'ils ont fait la dyspnée. Alors que je suis sûr qu'ils ont fait une crise d'angoisse. Donc euh, pour pouvoir m'inquiéter euh, moi je pense, qu'est-ce qu'il me fait dire que je ne me sens pas rassuré, bah c'est le, c'est le patient qui me dit qu'il est limité dans ses capacités de pouvoir se déplacer.

Moi : Mmm Mmm

Urgentiste 3: Où pour aller chercher son pain il a dû s'arrêter trois fois en se tenant euh au mur des maisons dans la rue pour, par laquelle il venait. Mais, dans une embolie pulmonaire, je n'ai pas de, de ressenti de « ça va mal se passer ». Je ne sais pas ce qui va, ce qui va se mal passer. Ou l'embolie pulmonaire m'amène quelqu'un en choc et je sais que ça se passe mal, ou si, ou il est sous oxygène et euh, euh, et tachycarde et je sais qu'il y a quelque chose qui se passe mal. Parce que c'est objectivé. Et si pour les autres cas où je n'ai aucun point d'appel hein, que ce soit pas besoin d'oxygène, pas tachycardie, une histoire de dyspnée, mais que je ne verrai aucun point d'appel. Et donc pour revenir à cette histoire de crise d'angoisse, quand je vois tous ces paramètres qui sont rassurants au niveau on va dire cardiaque [coupure de la connexion skype].

Moi : Oui allo, je ne sais pas pourquoi ça a coupé. Vous disiez du coup, quand il y a, vous cherchiez une suspicion d'attente cardiaque...

Urgentiste 3: Je cherchais des suspicions d'atteinte cardiaque ? Je ne cherche pas de...

Moi : Non, non, non, non, que le patient venait et que s'il n'y avait rien au niveau cardiaque... vous étiez peut-être inquiet pour...

Urgentiste 3: Quand moi j'examine ?

Moi : Oui.

Urgentiste 3: Quand moi j'examine quelqu'un et que je vois que tous ces paramètres sont normaux...

Moi : Oui

Urgentiste 3: Que je n'ai pas relevé à l'anamnèse euh, je globalisais un peu, parfois je fonctionne un peu effectivement plus avec les tripes et à sentir certaines choses. Une fois une embolie pulmonaire je l'ai détectée pas parce que la patiente me dit qu'elle était dyspnéique pour monter ses trois étages, mais parce qu'elle avait fait une syncope en rue en marchant. Donc là, la syncope, ça associe une forme de présentation décrite au niveau de la clinique. Et là ça m'avait alerté parce que syncope chez une femme euh, aussi qui était jeune, mais euh. Mais donc pour pouvoir dire je n'ai pas de feeling négatif sur certains cas une fois que j'ai pris mon panel d'objectivation médicale hein, qui comprends les choses observationnelles et scientifiques, les paramètres et d'autres choses ; un peu plus d'empirisme mon anamnèse, bah que les gens me disent que ça n'a pas changé pour monter les escaliers, euh leur volée d'escaliers, tout d'un coup moi je suis en train d'abattre le côté d'embolie pulmonaire. Et là je reviens sur ma petite intervention avec la crise d'angoisse et les embolies pulmonaires sous sous segmentaire. Si ça tombe en fait, et on devrait faire un test, on devrait prendre mille personnes de la population, le même jour, leur faire tous passer un scanner et il y en aurait peut-être dix qui seraient positifs en sous sous segmentaires. En fait il y a un équilibre fibrinolyse thrombo-formation qui est sans doute présent à l'état naturel qui n'est pas très bien étudié au niveau physiologique de notre corps. Donc si ça tombe en fait il y a des micro-embolie pulmonaire qu'on devrait même pas traiter avec anticoagulants.

Moi : Oui tout à fait.

Urgentiste 3: Ça, c'est ma conviction.

Moi : Oui, oui, oui. Oui je suis d'accord avec vous. Mais donc sur une échelle de 1 à 10 la part de subjectivité finalement dans un diagnostic d'embolie pulmonaire vous mettriez combien ?

Urgentiste 3: Sur une échelle de subjectivité, la part...

Moi : Sur une échelle de 1 à 10 la part de subjectivité donc de gut feeling dans le diagnostic d'embolie pulmonaire vous mettriez combien ?

Urgentiste 3: Bah si le gut feeling c'est cette façon dont je fais l'anamnèse si tu veux dire...

Moi : Non, non, non, c'est pas la façon dont on fait l'anamnèse justement c'est...

Urgentiste 3: L'exclusion anamnèse examen clinique c'est de voir le patient rien qu'avec mes yeux et de me dire c'est ça ou c'est pas ça ?

Moi : Et en fait...

Urgentiste 3: Ah bah non alors 1 sur 10. Si 10 sur 10 c'est tout fait parti de mon gut feeling, alors mon gut feeling c'est un seul sur dix. Un point.

Moi : D'accord. Donc vous n'allez jamais vous baser, fin, le, le ressenti que le patient vous laisse transparaître vous ne le prenez que sur 1 sur dix pour estimer un, pour évoquer une embolie pulmonaire en fait ?

Urgentiste 3: Bah là le ressenti que le patient vous laisse transparaître ça veut dire quoi. Mon cousin est mort d'une embolie pulmonaire j'en ai certainement une ?

Moi : Non.

Urgentiste 3: C'est pas le ressenti du patient alors je veux dire.

Moi : Non le ressenti que vous vous avez face à un patient.

Urgentiste 3: Je dirai un point sur dix oui. Pas plus.

Moi : Oui, oui ça ça, pas de problème. Euh comme ça je sais.

Urgentiste 3: Maintenant, je, le gut feeling aussi du truc ça pourrait englober le fait que tu fasses attention de poser la question s'il est dyspnéique en montant des marches hein. Il n'y a pas 50% des urgentistes qui posent cette question hein.

Moi : Oui. Après ça c'est finalement normalement une anamnèse systématique non ? Je veux dire de demander...

Urgentiste 3: Qui n'est pas réalisée de façon systématique dans la majorité des cas.

Moi : Oui. Mais donc oui, pour moi ça ça ne rentre plus dans la définition du gut feeling dans le sens où c'est censé être une question spontanée.

Urgentiste 3: Dans ce sens-là effectivement oui.

Moi : Et euh,

Urgentiste 3: Mais pour euh alors après c'est du gut feeling de sentir que le gars est en, est en, est en, ..

Moi : ... dyspnée s'ils n'ont pas posé la question.

Urgentiste 3: Est en, embolie pulmonaire. Parce que vu que s'ils ne posent pas trois questions qui sont très excluantes dans une euh, approche euh, scientifique et cartésienne de pouvoir faire le diagnostic, alors ils basent quasi tout sur simplement leur gut feeling. Je n'ai pas dit qu'à la fin c'était mieux. Mais sans doute qu'eux pourraient dire « à voir le patient comment il était devant moi j'ai senti ». Maintenant je pense qu'au bout d'un certain temps, 50 ans, les

gens qui ont senti ça, c'est parce qu'ils en ont déjà perdu deux il y a dix ans, il y a vingt ans donc c'est un sens un peu bizarre.

Moi : Tout à fait.

Urgentiste 3: Donc le gut c'est aussi un retour d'expérience finalement. Ce n'est pas aussi que du gut feeling.

Moi : Oui, oui, en partie c'est vrai.

Urgentiste 3: Très difficile de déterminer qu'est qui est le « juste le gut feeling ». Donc moi je ne donnerai pas plus qu'un point.

Moi : D'accord. Ça va.

Urgentiste 3: Faut savoir que, je ne sais pas si tu as déjà eu une étude, mais il y avait une étude qui était tombée quand j'étais à la SFMU, je ne sais plus si c'était au congrès 2016 ou 2017, sur la place du gut feeling euh pour prendre une décision de savoir si on faisait des D-Dimères ou pas en salle d'urgence. Et c'était présenté par une Français.

Moi : Mmm Mmmm

Urgentiste 3: Et que, euh, qu'en fait qui disait que tout ça ça dépendait aussi un petit peu des euh, de la place du médico-légal dans notre société.

Moi : Mmm Mmm

Urgentiste 3: Par exemple aux Etats-Unis, si jamais une micro-embolie sous segmentaire on se fait attaquer en justice pour l'avoir loupée alors qu'en fait c'est peut-être la physiologie normale, veut dire que ça poussait les urgentistes Américains de ne pas faire confiance à leur gut feeling de « je suis sûr qu'il n'y a pas d'embolie pulmonaire », mais de faire tous les examens qui peuvent pour faire une protection juridique.

Moi : Ah oui.

Urgentiste 3: Alors qu'en fait on l'utilise dix fois moins dans leur étude comparative. Et le but était de voir la psychologie des gens. Parce que le but de l'étude là du français c'était « est-ce que vous êtes sûr qu'il y a une embolie, est-ce que vous êtes sûr qu'il n'y en a pas ? » C'était la question posée. Et donc il y avait des tas de fois où les Français disaient, il n'y a pas, ils ne faisaient pas d'examen. Et aux Etats Unis, c'était très difficile de trouver des gens qui disaient il n'y a pas. Mais quand ils disaient qu'il n'y a pas ils faisaient quand même les examens. Donc le gut feeling... mais je ne sais plus le nom de cette étude.

Moi : Ah oui j'allais vous demander. Mais je chercherai alors. C'est le gut feeling et les D-Dimères c'est ça le lien entre, dans l'article ? Chez les urgentistes ?

Urgentiste 3: Je ne sais plus quel était le nom ; mais donc c'est déjà quelque chose qui a dû être publié en 2015-2016 et qui a été présenté à la SFMU en 2016 ou 2017.

Moi : Ça va je regarderai.

Urgentiste 3: Et qui se basait sur l'impression clinique de l'urgentiste.

Moi : D'accord. Moi je n'ai pas fait beaucoup de recherche aux urgences. J'ai plus fait des recherches dans le cadre de la pratique de médecine générale. Et en fait mon but en interrogeant des urgentistes là c'est plus pour voir si aussi la connaissance du patient influence fortement dans cette suspicion d'embolie pulmonaire. Dans le sens où en médecine générale on a souvent tendance à connaître les patients et aux urgences ils arrivent bah, comme ça. Donc euh.

Urgentiste 3: Oui, oui, OK. Bah voilà. Je ne sais pas ce que tu fais comme travail. Mais donc il y a déjà quelqu'un qui s'est déjà intéressé un peu au gut feeling des urgentistes.

Moi : Oui. Mais j'irai voir...

Urgentiste 3: Je ne sais pas si c'était défini comme toi.

Moi : ... l'article.

Urgentiste 4

Moi : Je fais mon TFE sur « quelle place pour le gut feeling dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire ? »

Urgentiste 4 : D'accord.

Moi : Et euh donc, est-ce que vous savez me parler de la dernière consultation où vous avez diagnostiqué, enfin d'abord suspecté une embolie pulmonaire et où ça s'est révélé être le bon diagnostic ?

Urgentiste 4 : Mmm c'est quasi tous les jours.

Moi : Oui j'imagine, plus que nous en tout cas.

Urgentiste 4 : Ah oui beaucoup. Euh surtout avec le Covid on en a beaucoup.

Moi : Mais peut-être une qui n'est pas covid.

Urgentiste 4 : L'inverse est plus fréquent hein j'ai envie de dire. L'inverse où on se dit, euh c'est probablement pas une embolie pulmonaire.

Moi : Mmm

Urgentiste 4 : Euh, puis on fait toutes les démarches pour prouver que ça ne l'est pas est plus fréquent que l'inverse. Euh, et souvent de dire, « OK en instinct, en première hypothèse diagnostic, je pense, c'est une embolie pulmonaire » c'est rare.

Moi : Oui.

Urgentiste 4 : C'est très rare. Euh parce que souvent il y a d'autres diagnostics avant, qu'on va exclure. Et puis à partir du moment où on se dit « OK je n'ai vraiment pas d'autres diagnostics évidents que je pense que c'est une embolie pulmonaire », alors on creuse cette piste-là.

Moi : D'accord.

Urgentiste 4 : Euh, mais je sais que, je sais très bien que le dernier gut feeling où c'était en première hypothèse une embolie pulmonaire euh ça date d'il y a moi je dirai une dizaine de jours.

Moi : Et est-ce que vous savez me raconter un petit peu la consultation alors.

Urgentiste 4 : C'était une dame qui avait une obésité morbide. Qui consultait pour de la tachycardie et de la dyspnée à l'effort, au moindre effort. C'était pas des grands efforts. Et c'était un contexte d'immobilisation récente. Une dame qui avait eu une chirurgie du genou, euh trois semaines auparavant.

Moi : Mmmm

Urgentiste 4 : Et donc je pense qu'on venait d'arrêter son héparine de bas poids moléculaire préventif une semaine avant. Et euh, voilà, je trouve que ça faisait un petit peu le tableau phare (rire).

Moi : Mmmm.

Urgentiste 4 : Qu'on entend dans les livres. En sachant que c'était une dame quand même relativement jeune malgré son obésité morbide. Il n'y avait pas d'autres gros facteurs de risque. Elle n'avait pas un BPCO sous-jacent. On n'avait jamais parlé de décompensation cardiaque et voilà. Donc c'était vraiment un peu, fin voilà, la clinique phare j'ai envie de dire. Immobilisation et puis, par après arrêt d'héparine de bas poids moléculaire préventive, dyspnée et tachycardie associée.

Moi : D'accord.

Urgentiste 4 : Donc voilà c'était un petit peu typique. Maintenant la plupart des embolies pulmonaires ne se présentent pas comme ça.

Moi : Oui ça c'est comme dans les livres effectivement. Euh, mais donc euh quels sont les éléments qui vous ont aidé dans le diagnostic chez cette dame-là ? D'abord au niveau anamnestique.

Urgentiste 4 : Alors au niveau anamnestique c'est une dyspnée qui est, qui n'est pas intermittente. Je ne sais pas comment expliquer ça. Souvent il y a des gens qui vont dire, ici c'est vraiment une dyspnée continue et qui est apparue de manière brutale. Ça, c'est important.

Moi : D'accord.

Urgentiste 4 : Quelque chose de plutôt euh, qui arrive dans un ciel serein et qui tout d'un coup elle est dyspnéique alors que la veille elle ne l'était pas en faisant le même effort on va dire ça comme ça. Euh, c'était le fait qu'on avait quand même fait un score de Wells de façon instinctif. On avait pas tellement cherché à la base, mais c'est en parlant avec la patiente, qui vous dit que j'ai été opéré donc je bouge un peu moins que d'habitude. C'est une opération du membre donc certainement que c'est un membre plus gonflé que de l'autre côté. Enfin voilà. Le Wells c'est instinctif là-dedans bien qu'on sait que, dans le dossier médical qu'on a chez nous, on a, on peut dans le dossier informatiser déjà mettre le score de Wells.

Moi : D'accord.

Urgentiste 4 : On a déjà tous les items et donc le score se calcule de façon quasi instinctive. Si on coche. Donc ça c'est une grande aide parce qu'on ne doit pas aller chercher à le faire ou voilà. Euh, le fait d'avoir un ECG d'admission aussi a beaucoup aidé. Et donc on voyait qu'à son ECG elle était tachycarde. Elle avait une fibrillation auriculaire qu'elle n'avait jamais eu avant. Donc ça c'était dans le contexte de cela. Maintenant on aurait pu se poser la question quel est l'œuf, quel est le chat. Est-ce que c'est parce qu'elle a une FA de novo qu'elle est maintenant dyspnéique à cause de son FA ? Euh et puis c'est, j'ai envie de dire c'est plutôt l'expérience clinique qui aide le plus. Donc le gut feeling c'est vraiment quelque chose qui vient avec le fait qu'on en a vu plusieurs.

Moi : Mmm

Urgentiste 4 : Qu'on en a vu plein, des embolies pulmonaires et donc on commence à les sentir venir.

Moi : D'accord.

Urgentiste 4 : Euh, et puis bon, ça a l'air un peu élémentaire, mais, avoir un bon court de base sur la probabilité préclinique et la probabilité post clinique d'une embolie pulmonaire, c'est quelque chose qui m'a moi beaucoup aidé. Quand j'ai commencé à pratiquer, c'était de les évoquer. Maintenant je ne vais pas commencer à suspecter d'embolie pulmonaire chez tout le monde.

Moi : Mmm

Urgentiste 4 : Mais j'ai eu un bon sénior qui m'a dit, OK c'est hyper important de t'asseoir et de te dire « OK j'ai un autre diagnostic plus probable avant que ce soit l'embolie pulmonaire donc ta probabilité préclinique est très basse ».

Moi : Mmm

Urgentiste 4 : Et donc pour les patients chez qui la probabilité préclinique est très basse, à ce moment-là ça vaut la peine de doser des D-Dimères. Parce que des D-Dimères négatifs ça va nous aider à exclure ce diagnostic. Chez le patient où la probabilité préclinique est très élevée comme cette patiente-ci, en fait j'avais même pas besoin d'attendre mes D-Dimères pour que je puisse savoir que je devais exclure que ce ne soit pas une embolie pulmonaire. Euh et donc voilà ça ça aide. Et que ça, c'est vraiment qui aide et que sinon des D-Dimères on en dose tout le temps pour le moment. Surtout avec le coronavirus parce qu'on sait que le dosage des D-Dimères a été rajouté comme critère de gravité dans la prise en charge des pathologies pulmonaires liées au covid-19. Donc systématiquement, chez les patients qui arrivent pour

une dyspnée ou qui ont de la fièvre on va avoir des prises de sang qui arrivent avec des D-Dimères et des troponines. Et donc on est là, mais qu'est-ce qu'on fait de ces D-Dimères. Et donc on doit revenir sur la base et dire « OK, quelle est ma probabilité clinique avant d'être biaisé par juste le dosage des D-Dimères ».

Moi : D'accord. Et euh, chez cette patiente quels étaient les éléments qui vous ont aidé dans la suspicion d'embolie pulmonaire ?

Urgentiste 4 : Euh, cliniquement j'ai envie de dire pas grand-chose. (rire). Euh l'auscultation il n'y avait rien de bien particulier. Elle avait une bonne tension quand elle est arrivée. Certes, elle était tachycarde, maintenant sa tachycardie il y avait une FA donc voilà. Euh et donc c'est pas tellement quelque chose qui a aidé, mais bon c'est un des critères quand on regarde les scores. Elle avait un œdème des membres inférieurs unilatéral, mais en sachant que c'était du membre opéré. C'était pas tellement ça qui discernait au niveau clinique. Euh et donc cliniquement pas grand-chose en fait si on peut dire ça comme ça. Donc oui la clinique de l'embolie pulmonaire je trouve est très pauvre. Euh et c'est justement ça qui rend le diagnostic plutôt difficile.

Moi : Mmmm et quels sont les examens que vous avez utilisé pour, chez elle ?

Urgentiste 4 : Alors il y avait une prise de sang qui a été faite. Dans la prise de sang bien sûr ça aide à confirmer si je veux dire ou en tout cas à appuyer cette probabilité préclinique élevée. C'est de dire OK dans la prise de sang je vais procéder plutôt par négation. Je n'avais pas d'hyperleucocytose neutrophile donc il est peu probable que ce soit une pneumonie bactérienne. Je n'avais pas de très gros syndrome inflammatoire associé. Euh mes NT- proBNP n'étaient pas très élevés donc penser à une décompensation cardiaque on y pense moins d'accord ? Euh, chez cette patiente en particulier moi je n'ai pas dosé de D-Dimères et j'ai été directement à l'angioscan. Mais bon ça m'a aidé de savoir qu'elle avait une bonne fonction rénale et donc je pouvais faire mon examen en toute sécurité, injecter des produits de contraste, et cetera. L'ECG a beaucoup aidé aussi. Euh parce que ça confirme la tachycardie clinique. Ici en l'occurrence c'était une FA. On peut aussi chercher d'autres signes à l'ECG d'une embolie pulmonaire, mais qui sont rares. Donc euh, on peut les chercher, mais ils sont très rares à trouver dans la pratique quotidienne.

Moi : D'accord.

Urgentiste 4 : Radio de thorax je ne l'ai pas fait. Maintenant dans une prise en charge classique peut-être qu'on commencerait par une radio de thorax pour éliminer d'autres choses, mais ici on a directement été à l'angioscan. Donc voilà.

Moi : Et euh, vous me parlez de probabilité préclinique donc, pour vous, chez vous plutôt la probabilité préclinique elle est chaque fois déterminée par le score alors ? De Wells ou de Genève ?

Urgentiste 4 : Oui. C'est oui, le score. Bon il y a le score de Wells. Moi je vais vous dire, moi je ne fais pas systématiquement le score de Wells (rire). Parce que c'est pas toujours facile. Parfois on doit agir vite, parfois on est en extérieur en SMUR et, et, on est en train de réanimer bon voilà. En fait c'est vraiment de se dire, OK on, j'essaie de trouver quelque chose de systématique que je pourrai expliquer. C'est de se dire, en fait clairement ça me fait penser à une pneumonie, clairement c'est une exacerbation de BPCO. Je vois quelqu'un qui prolonge son temps expiratoire, qui a des sibilances, et cetera. Clairement ça me fait penser à un OAP, il a un pic hypertensif, il crépite, avec des sécrétions mousseuses, avec un œdème des membres inférieurs bilatéral. Ok si clairement ce n'est pas une décompensation cardiaque, ce n'est pas une exacerbation de BPCO, c'est pas une pneumopathie bactérienne typique et je suis face à quelqu'un de dyspnéique, bizarre parce que ça ne tombe pas dans les autres, mais alors le switch embolie pulmonaire s'allume. Je ne sais pas comment dire ça autrement.

Moi : Oui, oui, oui. D'accord.

Urgentiste 4 : Et donc on procède d'abord par les choses plus fréquentes. En ordre de la pathologie la plus fréquente qu'on voit et qui se marie avec les antécédents du patient devant soi. Euh et donc voilà c'est vraiment disons, je sais pas c'est une procédure qui se fait mentalement. En disant OK c'est pas typique de ça, ça, ça est ce que je dois commencer à penser à l'embolie pulmonaire ?

Moi : Mmm

Urgentiste 4 : Et d'habitude, souvent quand instinctivement on y pense et bien il faut l'exclure.

Moi : Oui.

Urgentiste 4 : C'est comme ça que je dis. En tout cas c'est ce que je dis aux assistants qui passent chez nous. Si tu y as pensé soit tu invalides ça, mais en tout cas il faut déjà un petit peu avancer ta pensée.

Moi : Oui d'accord.

Urgentiste 4 : On espère que de sorte on y pense. Voilà.

Moi : Mais donc, vous faites systématiquement un score, si pas encodé de toute façon un peu déduit dans la tête de toute façon.

Urgentiste 4 : Mental exactement. Oui.

Moi : Et, est-ce que vous avez déjà entendu parler du score de PERC ?

Urgentiste 4 : Oui. Bien sûr.

Moi : Et est-ce que...

Urgentiste 4 : PERCEPIC oui, oui, oui. (rire).

Moi : Et pourquoi riez-vous ?

Urgentiste 4 : Euh je ris parce que j'en ai plus que beaucoup entendu parler. (rire). Beh oui parce qu'on est passé à Saint Luc quand il y avait la fameuse étude qui était en cours à l'époque.

Moi : Mmm

Urgentiste 4 : Voilà. Donc on avait des PIC, PERCEPIC, on avait PERCEPIC sur nos écrans (rire).

Moi : Et est-ce que vous l'utilisez parfois ?

Urgentiste 4 : Euh oui, quand il y a des patients que je dois hospitaliser et que j'aimerais savoir qu'est-ce que je fais de mon patient. Est-ce que c'est une indication d'appeler l'USI ? Est-ce que, comment est-ce que je dirige mon patient ? Euh, oui, certainement oui. Mais c'est pas du tout un truc que je vais refaire un préclinique. Je ne sais pas comment expliquer. Ou en... C'est plutôt quelque chose où on est vraiment derrière un ordinateur. Je ne commence pas à penser à PERC quand je suis devant mon patient. Je ne sais pas comment expliquer ça.

Moi : Mais ce score est quand même utilisé pour exclure une embolie pulmonaire et pas aller vers, aller ne pas utiliser d'examen complémentaire pour l'embolie pulmonaire ?

Urgentiste 4 : Exactement. Maintenant, moi je, moi je vais vous dire clairement, dans ma pratique quotidienne moi je ne l'utilise pas.

Moi : Oui.

Urgentiste 4 : D'accord. C'est peut-être à tort je devrai. Euh et ça devrait vraiment beaucoup aider. Je sais que en tout cas quand j'étais encore assistante on en parlait beaucoup. Et à l'époque je l'utilisais, mais parce que on avait des critères d'inclusion exclusion dans l'étude.

Moi : D'accord.

Urgentiste 4 : Mais dans ma pratique ici c'est pas encore vraiment mis en place à [hôpital du Hainaut]. Je suis en train de voir si sur intranet ils en parlent chez nous. Mais en tout cas dernières nouvelles sur intranet chez nous on n'en parlait pas.

Moi : D'accord.

Urgentiste 4 : Et donc c'est pour ça que ce n'est pas encore tout à fait, voilà, c'est pas encore dans les outils diagnostics que j'ai devant moi. Euh et donc souvent je ne vais pas aller chercher plus loin. Mais quand c'est, vous savez, quand on est vraiment face à un patient où on dit OK j'ai besoin d'exclure ça, euh, j'y pense, euh et que je me dis OK est-ce que j'ai assez de critères pour le faire, on va s'asseoir et on va faire un score. Et donc on va aller trouver le score de PERC, et on va le faire. Et puis on va dire ok est ce que ça vaut la peine de vraiment avancer ou pas ?

Moi : Et euh, ce score il y a eu une étude si je ne me trompe pas surtout aux urgences, est ce que vous le recommanderiez en pratique de médecine générale ?

Urgentiste 4 : Ah certes que oui. Parce que peut être ça peut parfois avancer, euh au niveau de la prise en charge du patient qui se présente devant son médecin traitant. Euh, nous on est, j'ai envie de dire nous on voit les patients qui nous sont souvent référés. Et parfois si quelqu'un a déjà fait ce travail préalablement ça peut vraiment beaucoup aider.

Moi : D'accord. Euh, pour revenir sur le diagnostic d'embolie pulmonaire que vous avez eu, est-ce que vous avez l'habitude d'intégrer les antécédents familiaux et personnels du patient ? Et ses habitudes de vie comme tabac, alcool, pratique sportive, stress peut être dans la suspicion ?

Urgentiste 4 : Euh, oui, tout à fait. Oui. On a tout à fait l'habitude d'intégrer tout ça. Ça fait partie d'un examen clinique classique. Ou en tout cas d'une anamnèse classique aux urgences aussi. Oui.

Moi : Et euh, au-delà des éléments objectifs donc la tachycardie, euh éventuellement la dyspnée, est qu'il y a quelque chose qui vous avait interpellé dans cette consultation ?

Urgentiste 4 : Si vous pouvez juste répéter la question s'il vous plait ?

Moi : Euh oui. Mais donc au-delà des éléments objectifs comme la tachycardie, dyspnée, désaturation éventuellement, est qu'il y a quelque chose qui vous avait interpellé dans cette consultation ? Le ressenti que vous vous avez eu envers le patient ou ce que le patient laissait transparaître quand il est arrivé aux urgences.

Urgentiste 4 : Bah qu'elle n'était vraiment pas bien.

Moi : Vous ne savez pas trop l'expliquer.

Urgentiste 4 : Euh oui, c'est très difficile de mettre un mot dessus. Mais qu'elle était vraiment pas bien. Je ne sais pas comment expliquer ça autrement. C'est, vous voyez, je sais pas il y a

des patients, il y a des dyspnées qui sont subjectives et puis il y a des dyspnées qui sont objectives, où le soignant le voit. Je ne sais pas comment expliquer ça autrement. Enfin voilà.

Moi : Oui. Et quand...

Urgentiste 4 : Et donc voilà. Je ne sais pas vous dire les dyspnées subjectives sont plus difficiles à oui, oui, je ne sais pas comment expliquer. Objectivement elle était dyspnéique.

Moi : D'accord.

Urgentiste 4 : Donc ça je trouve, c'est interpellant pour le soignant qui est devant le patient.

Moi : Mmm. Et euh, et donc sur base de quoi vous avez ressenti cette inquiétude ? C'est vraiment en voyant la patiente ayant des difficultés respiratoires ?

Urgentiste 4 : Oooh là vous me demandez de mettre des critères sur un gut feeling ça c'est très difficile.

Moi : Oui. (rire)

Urgentiste 4 : (rire). Mais alors ça ne s'appelle plus un gut-feeling.

Moi : Non, non, non tout à fait. Mais d'abord quelle est votre définition du gut feeling ?

Urgentiste 4 : Euh moi je suis anglophone à la base.

Moi : D'accord.

Urgentiste 4 : Donc le gut feeling c'est un mot que j'utilise depuis que je suis petite.

Moi : Ok.

Urgentiste 4 : Donc c'est vraiment un, un, un sentiment ou en tout cas une, oui, c'est un sentiment. Je trouve que c'est un sentiment. C'est très difficile d'appeler ça une pensée.

Moi : Oui.

Urgentiste 4 : Parce que c'est vraiment un sentiment. Euh, on a le sentiment, non objectif, mmm, tout à fait subjectif d'un, d'une, d'un, d'une proposition diagnostic du diagnostic. Donc par après on va chercher à l'exclure ou l'affirmer. À l'infirmier ou à l'affirmer si je peux dire ça comme ça. Donc c'est un sentiment, c'est pas tellement, c'est pas tellement basé sur tous des critères objectifs.

Moi : Non, non tout à fait.

Urgentiste 4 : Et que, et que parfois, quand on transmet un patient où on vient de travailler deux trois heures sur un patient, où on a fini notre shift et on dit à son collègue « mais écoute, oui, le monsieur au box 7 je le sens pas ». C'est pas qu'il va mal à ce moment-là, mais c'est voilà ; c'est juste dire OK, il y a quelque chose qui ne se manifeste pas encore, mais qui est dans le sentiment de l'échange médecin patient qui fait que je suis plus inquiet pour ce patient

que pour un autre. Et c'est quelque chose, ce gut feeling, c'est aussi quelque chose qui se transmet quand on est entre collègues qui s'entendent bien et qui ont l'habitude de travailler ensemble. Voilà je lui dis « écoute, moi, ce patient-là je ne le sens pas. Il faut le garder plus à l'œil. Du coup voilà je le garde à l'HP cette nuit et je le sens pas ».

Moi : D'accord.

Urgentiste 4 : Et que parfois on ne sait pas pourquoi. Donc voilà, j'ai du mal à expliquer ça, mais c'est vraiment un sentiment qui n'est, qui passe dans, dans le non objectif, non-dit. Parfois juste devant le, le contact qu'on a eu avec le patient. Peut-être quelque chose qui peut paraître un détail à d'autre moment qui nous a marqué chez un tel patient. Et que voilà qu'on a envie de creuser pour infirmer ou confirmer l'inquiétude ou pas pour ce patient.

Moi : Et ce gut feeling, dans une, dans une suspicion d'embolie pulmonaire il arrive en général avant de comment l'anamnèse et de poser des questions qui vont vous orienter vers l'embolie pulmonaire. Ou bien c'est au fur et à mesure où vous vous dites « ah tient peut-être que ça ne va pas ? ».

Urgentiste 4 : Euh pour moi je trouve que c'est au fur et à mesure. Au fur et à mesure.

Moi : D'accord.

Urgentiste 4 : Euh, je prends l'exemple d'une embolie pulmonaire dans un arrêt cardio-respiratoire. Ça, quand on est en train de réanimer un malade, déjà on a la systématique dans la tête, d'exclure un par un toutes les causes d'arrêt cardio-respiratoire. L'embolie pulmonaire en fait partie. Mais ici chez un patient inanimé, certes à un moment donné il faut commencer à y penser. Et donc c'est vraiment le sentiment de dire, « OK pourquoi son cœur s'est arrêté ». J'ai pas l'impression que c'est une origine cardiaque avec le peu d'éléments anamnestiques quand le patient ne sait pas nous parler. Ou mieux parfois un gut feeling dit, j'ai le sentiment que c'est untel. Donc voilà, après on doit chercher par des, par des, par vraiment des choses objectives à exclure ou pas quoi.

Moi : Là c'est peut-être, ce serait pas plus algorithmique en disant, voilà c'est pas cardiaque du coup on cherche au niveau pulmonaire et puis on cherche... Non c'est vraiment vous avez la sensation que c'est ça qui va pas ?

Urgentiste 4 : Mais même, même si c'est algorithmique. Même si c'est algorithmique. Dans un algorithme.

Moi : Oui.

Urgentiste 4 : Par exemple dans, dans l'arrêt cardiaque il y a les 5 H et les 5 T. Qui dit qu'ils sont dans tel ordre ou tel ordre dans sa tête. Il n'y a pas d'ordre. Donc pourquoi chez un tel patient l'embolie pulmonaire est plus haut dans mon algorithme que dans un autre ?

Moi : Oui d'accord. C'est vrai.

Urgentiste 4 : Peut-être qu'ils sont tous là, mais... (téléphone). Plein de réunion en même temps (rire). Désolé, mais bon je vais devoir un peu couper court pour un peu rejoindre l'autre. Il y a encore beaucoup de questions ou pas ?

Moi : J'ai encore trois petites questions. Je peux vite vous les poser ?

Urgentiste 4 : Ok. Bien sûr.

Moi : Euh, vous m'avez dit, vous avez eu précédemment aux urgences bah beaucoup de diagnostics euh d'embolie pulmonaire. Est-ce que vous avez l'impression que le, que le fait d'en avoir eu plusieurs ça vous aide justement pour le diagnostic de d'autres embolies pulmonaires ?

Urgentiste 4 : Tout à fait. Parce qu'il n'y a aucune embolie pulmonaire qui ressemble à une autre. Donc ça aide beaucoup d'en avoir eu beaucoup. Que dès qu'il y a des présentations qui sont différentes, donc ça c'est très important.

Moi : Et il n'y a pas quelque chose de similaire qui se représente à chaque fois quand vous diagnostiquez une embolie pulmonaire qui pourrait nous mettre un peu la puce à l'oreille pour ce diagnostic-ci ?

Urgentiste 4 : Oh je vais dire non.

Moi : Non d'accord.

Urgentiste 4 : (rire). Non on va pas dire qu'ils sont plus hypotendus parce qu'ils ne le sont pas. On va dire tout qu'ils ont un ventricule droit à l'Echo parce qu'ils ne l'ont tous pas. Donc c'est pas évident.

Moi : D'accord. Et j'avais juste encore deux petites questions. Quelle place alors est ce que vous accordez au sens d'alarme donc au gut feeling dans la suspicion d'embolie pulmonaire ?

Urgentiste 4 : Une très très grande place. C'est très important. Et c'est vraiment quelque chose qu'on doit cultiver. Et cultiver ce gut-feeling ça fera de sorte qu'on y pense plus souvent et qu'on arrive à utiliser les bons tests au bon moment pour l'exclure ou l'inclure. Mais sans y avoir pensé, on va en rater beaucoup.

Moi : Et donc sur une échelle de 1 à 10 vous mettriez combien, sur cette part de subjectivité dans un diagnostic d'embolie pulmonaire ?

Urgentiste 4 : 7.

Moi : 7 d'accord. Ça va, donc vous-même s'il n'y a pas de critères objectifs, pas de tachycardie, pas de euh, éventuellement de désaturation ou une dyspnée objective comme vous le disiez, si votre gut feeling est quand même élevé on continue pour exclure l'embolie pulmonaire ?

Urgentiste 4 : Si mon gut feeling est élevé il faut l'exclure.

Moi : Donc ça prime sur l'objectif qu'on peut avoir à la clinique éventuellement ?

Urgentiste 4 : Tout à fait. Tout à fait.

Moi : Ça va. Bah merci beaucoup pour votre temps.

Urgentiste 4 (rajouté par mail) : Une petite astuce à rajouter: les urgentistes sont souvent confrontés à des D-dimères positifs sans avoir à faire la demande de l'analyse (souvent fait par l'infirmier à l'admission). Dans ce cas, le score PERC aide à se diriger. Dois-je prendre en compte ses D-dimères? Avec l'anamnèse et l'examen clinique dois-je considérer ce Diagnostic différentiel ?

Urgentiste 5

Moi : Je ne sais pas si on t'a un peu expliqué, mais je fais mon TFE sur « Quelle place pour le gut-feeling dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire » ? Peux-tu me raconter la dernière consultation où ta suspicion d'embolie pulmonaire s'est révélée être le bon diagnostic ?

Urgentiste 5 : Ok. Bah déjà ça n'arrive pas tellement souvent qu'on se le dise. D'en trouver une je veux dire. La dernière fois c'était un monsieur, c'était au mois d'août. Qui avait été au restaurant, c'était un monsieur d'une soixantaine d'années. Il avait été au restaurant, il avait mangé, il avait bu une bière ou deux. Peut-être un peu trop. Puis il s'était senti mal. Euh, genre bouffée de chaleur, impression qu'il va tomber dans les pommes. Et donc il a été aux toilettes parce qu'il devait aller à selles je pense. Et, euh, avant de réussir à aller aux toilettes il fait une syncope et il tombe là. Il ne fait pas de crise d'épilepsie. En tout cas pas décrit. Il ne se fait pas pipi dessus ni rien d'autre. Euh, et il dit qu'il perd connaissance une, une minute. Fin ça semble long en tout cas. Et c'est la personne avec qui il était au restaurant qui se dit il y a un souci et qui le retrouve dans les toilettes. Et, euh, il était assez, euh faible, et il a eu difficile à se remettre sur ses pieds. Il a fallu que l'ambulance vienne et il a commencé à se sentir mieux une fois dans l'ambulance. Et puis une fois arrivé aux urgences il se sentait tout à fait normal. Euh, et donc euh, moi je l'examine, je ne vois rien de particulier. Il avait un examen neurologique qui était strictement normal. Euh, il avait pas l'air bourré pour autant non plus. Il sentait un peu la bière, mais c'était majeur quoi je vais dire. Euh, ensuite euh, sur le coup j'ai plus pensé à un malaise vagal. Ça y ressemble plus quoi. Euh manger, il faisait super chaud, il était en terrasse, il avait bu un peu, puis il doit aller aux toilettes. Fin ça ressemblait plus à un malaise vagal. Sauf que ça durait quand même un peu longtemps et c'est un peu atypique je trouvais. Dans le sens où généralement un vagal on tombe dans les pommes, mais on reprend connaissance tout de suite. Là il expliquait quand même que il avait une espèce de cagnotte comme ça où ça a duré quand même un peu de temps avant qu'il soit lui-même. C'est la première fois que ça lui arrivait. Dans ses antécédents, euh je dirai pas que c'était un gars qui était en bon état général, mais il était pas... Il n'avait rien de précis. Il n'avait jamais été opéré si je me souviens bien, ou peut-être l'appendicite. Enfin rien d'incroyable. Et il n'était même pas hypertendu, je pense. Il ne prenait pas de médicaments tous les jours. Euh, et alors c'est en l'examinant que, et je lui dis s'il avait d'autres soucis de santé. Il me dit non. Je lui demande

s'il prend des médicaments et il me dit qu'il a arrêté le Xarelto il y a quoi, deux semaines, trois semaines. Et je lui demande pourquoi est-ce qu'il prend du Xarelto. Bah parce qu'il avait eu une TVP en fait. Et c'est là que ça devient quand même plus facile à diagnostiquer du coup. Il avait eu une TVP deux mois avant, je pense. Et du coup j'ai quand même le réflexe de regarder ses deux jambes et il avait toujours le mollet fort gonflé. C'était du côté gauche si je me souviens bien. Et je lui demande si il a encore des symptômes. Il me dit non non ça va beaucoup mieux, ma jambe était beaucoup plus grosse avant, ça me faisait mal, maintenant ça ne me fait plus mal. Mais cliniquement il avait quand même un mollet qui était plus gonflé que l'autre. Il y avait pas, on ne voyait pas de veines collatérales, il avait pas de Homans, il avait pas... mais c'était juste un œdème unilatéral quoi. Du coup il a eu un électro qui était normal, il a eu une bio il n'y avait pas de lactate. Il avait, fin il a eu un gazo il y avait pas de lactate. Il avait une glycémie qui était normal. Un éthanol qui était 0,3 ou quelque chose comme ça. Fin qui était pas grand-chose quoi. Et euh, qu'est-ce qu'il a eu d'autres. Je pense qu'il a eu un scanner cérébral si je me souviens. A mon avis oui parce que je pense qu'il ne savait plus s'il avait eu un trauma crânien. S'il était tombé sur sa tête ou pas. Il y avait quand même eu perte de connaissance. Et fatalement j'ai quand même dosé les D-Dimères parce que pour moi la suspicion, fin je n'ai pas directement été à l'angioscan parce que la suspicion n'était pas forte non plus. Il n'y avait pas de dyspnée. Alors oui il y avait son antécédent de TVP, mais c'était tout. Et sa syncope était absolument pas typique pour moi. Fin voilà, je trouve que... Fin c'est pas toujours évident de suivre les guidelines. J'aurai peut-être pu direct aller jusque euh à l'angioscan. Je ne sais pas. Mais en fait en plus sa TVP elle était distale. Elle était pas proximale donc euh..

Moi : Oui.

Urgentiste 5 : C'est quand même pas euh... Tu vois ? C'est quand même pas.

Moi : La probabilité est pas énorme quoi.

Urgentiste 5 : C'est, fin c'est, je suis quasiment sûre que son embolie pulmonaire elle ne venait pas de sa TVP distale. Sans doute que ça TVP avait dû remonter et qu'elle est devenue proximale et que là il a eu son embolie pulmonaire. Mais si c'était juste son mollet c'est hyper rare qu'en infra poplitée ça aille jusque-là. Fin je pense. Bon bref. Et du coup il y a eu des D-Dimères qui ont été eu positifs je pense. Mais qui était pas incroyablement positif non plus. Mais qui étaient positifs. Encore là je me suis dit c'est possible que ce soit pas ça parce que ça arrive qu'on ait des D-Dimères qui soient légèrement positifs et qu'on ait pas d'embolie

pulmonaire pour autant. Il a quand même eu un angioscan et c'était effectivement une embolie pulmonaire. Alors c'était pas une embolie pulmonaire massive parce qu'il avait pas de BNP, il avait pas de tropo. Enfin bon ça on s'en doutait bien vu sa clinique. Euh et, euh, la je t'avoue que c'est ma collègue qui a pris le truc en charge après. Mais si je me souviens bien il est quand même resté hospitalisé une nuit parce que c'était en soirée et que le pneumo voulait quand même le voir le lendemain pour être sûr et faire une écho cœur. Euh, mais c'était pas une embolie pulmonaire massive je pense. C'était pas sous-segmentaire non plus. Mais je crois que c'était segmentaire ou quelque chose comme ça, mais c'était pas incroyable. Moi : D'accord.

Urgentiste 5 : Voilà.

Moi : Et quels sont les éléments qui vous ont aidé dans le diagnostic ou la suspicion de l'embolie pulmonaire ? Peut-être d'abord au niveau anamnestique.

Urgentiste 5 : À l'anamnèse bah clairement l'histoire du xarelto et du, du fait qu'il ait eu une TVP. Fin même si elle était distale. Mais en tout cas dans un antécédent d'une maladie thromboembolique clairement ça, ça aide. Euh après la syncope un peu atypique, un peu bizarre bah ça aide aussi. Bizarrement dans le sens où quand ça ressemble à rien c'est parfois une embolie pulmonaire quoi.

Moi : D'accord.

Urgentiste 5 : Désolé.

Moi : Non, non c'est parfait. Et au niveau clinique est-ce qu'il y a des éléments qui sont intervenus ?

Urgentiste 5 : Pas vraiment. Fin ce qui m'a interpellé comme je l'ai déjà expliqué c'est le fait que soi-disant son truc était complètement parti et pour moi cliniquement ça ne l'était pas. C'était pas résolu quoi. Donc pour moi ça trainait encore et il y avait encore... Il avait sans doute pas fallu, fin sans doute que le xarelto ou n'a pas fonctionné ou il l'a pas pris assez longtemps ou pas à la bonne dose. Fin voilà, mais pour moi, pour un épisode de, de, de TVP qui était terminé je trouvais ça étrange. Ou alors c'était un, ou alors c'était post TVP qu'il va garder ça tout le temps. Fin je ne sais pas je trouvais ça bizarre. Ça semblait pas très efficace.

Moi : Et euh quels sont les examens que vous avez utilisés ?

Urgentiste 5 : Bah donc ça j'ai, bah alors c'est dans mon bilan de syncope ou juste pour le monsieur en question ?

Moi : Oui oui oui, pour le monsieur en question.

Urgentiste 5 : Pour le monsieur en question, il a eu une bio, une gazo, un électro, un scan cérébral et un scan thoracique injecté.

Moi : D'accord.

Urgentiste 5 : C'est déjà pas mal.

Moi : Oui. Et pour la suspicion d'embolie pulmonaire c'était donc plus d'abord la bio et puis l'angioscanner.

Urgentiste 5 : D'abord la bio et puis le scan thoracique injecté oui.

Moi : D'accord. Mmm et est que..

Urgentiste 5 : Et j'ai pas fait d'écho du membre inférieur. J'aurai pu, mais vu que je partais sur un truc à priori distal je sais pas. Ouais j'aurai peut-être pu, je sais pas.

Moi : Et là vous connaissiez les antécédents du patient ?

Urgentiste 5 : Bah de ce qu'il m'en a dit oui oui. Fin c'est pas un patient, fin c'est aux urgences quoi. Comme on peut connaître les antécédents aux urgences. Mais il avait pas grand-chose dans le dossier médical. Et de ce que lui m'a dit il n'y avait pas grand-chose quoi.

Moi : Oui. Et c'était, oui, tu m'avais dit au début les antécédents.

Urgentiste 5 : Hyertension, non il y avait peut être, non même pas d'hypertension je crois. Euh peut-être une appendicectomie. Je ne me souviens plus trop j'avoue, mais je sais que c'était, il n'y avait rien quoi. Mais le gars avait pas l'air hyper frais pour autant quoi. Je ne sais pas comment l'expliquer autrement. Il était un peu cachectique. Il était pas très soigné.

Moi : Et est-ce que vous connaissez les éléments diagnostic de l'embolie pulmonaire qui peuvent orienter l'anamnèse ?

Urgentiste 5 : Bah c'est plutôt pour moi dyspnée, effectivement syncope, douleur thoracique, palpitation éventuellement ou sensation de tachycardie. Euh, qu'est-ce qu'il y a avait d'autres Bah oui tout ce qui est antécédent de cancer, antécédent de maladie thromboembolique, antécédent de TVP, alitement, euh chirurgie récente. Euh en tout cas dans les trois mois. Mais bon grosse chirurgie quand même et alitement c'est quand même, allez alitement assez conséquent aussi quoi. C'est juste se lever une fois pour aller aux toilettes et encore ça ça peut déjà aider à pas en avoir quoi.

Moi : Et lui il n'avait pas tout ça ?

Urgentiste 5 : Lui, il avait pas tout ça, mais il y avait l'antécédent de maladie thromboembolique, mais distale.

Moi : Oui.

Urgentiste 5 : Mais euh, oui il y avait que ça, à peu près.

Moi : Et est-ce que vous avez utilisé un outil diagnostic de l'embolie pulmonaire ? Donc un score ou un autre outil ?

Urgentiste 5 : Euh, à vrai dire, le score de Genève je l'utilise quand même relativement de façon relativement euh automatique je vais dire. Mais je ne l'ai pas inscrit dans mon dossier tel quel. Euh, après je pense que si je l'avais, je pense que cette fois-ci je n'ai pas dû vraiment bien l'utiliser parce que je pense que si je l'avais bien utilisé j'aurais peut-être eu un score élevé et j'aurais peut-être même pas eu besoin de faire les D-Dimères. Par exemple. Donc je vais dire que je ne l'ai pas utilisé, en tout cas je ne l'ai pas bien suivi.

Moi : Et pourquoi pas de scores pour lui ?

Urgentiste 5 : Pourquoi ?

Moi : Pourquoi pas de score pour lui ?

Urgentiste 5 : Euh parce que, je sais pas il y avait plein de monde et à vrai dire ce n'était pas ma première hypothèse et je pense que ça m'est venu après, une fois que j'étais devant mon ordi je me suis dit « ouais je vais quand même les ajouter ». Fin voilà, oui. C'est un peu la vraie vie je vais dire (rire). Je ne suis pas allée le voir en disant c'est une embolie pulmonaire directement et donc, je pense que, c'est après une fois devant mon ordi que je me suis dit il a quand même cet antécédent, il a quand même fait une syncope bizarre je me dois de l'exclure. C'était plutôt dans ce sens-là.

Moi : D'accord. Et euh, est-ce que tu as déjà entendu parler du score de PERC ?

Urgentiste 5 : Ouai. Euh, après je ne sais plus ce que c'est, mais ouais j'en ai déjà entendu parler.

Moi : Oui c'est un score qui permet euh à priori d'exclure l'embolie pulmonaire et si ce score est négatif on va pas plus loin dans le, dans les bilans. Est-ce que ça t'arrive de l'utiliser ?

Urgentiste 5 : Non.

Moi : Non. Ok. Et, est-ce que potentiellement c'est un score que tu recommanderais en médecine générale ?

Urgentiste 5 : Euh, franchement je ne le connais pas trop. Si tu veux je regarde vite fais.

Moi : Non, mais si tu ne le connais pas pour moi il n'y a pas de soucis. C'est juste euh, aller pour...

Urgentiste 5 : Non, non honnêtement j'en ai beaucoup entendu parler, mais franchement je ne sais pas de quoi... voilà. Je ne pourrai ni le recommander ni pas le recommander. Je ne sais plus de quoi il s'agit exactement.

Moi : D'accord. Et pour revenir sur l'histoire de ce patient, est-ce que vous avez l'habitude d'intégrer les antécédents personnels et familiaux du patient ? Et aussi les habitudes de vie comme tabac, alcool, sport éventuellement, stress ou autre ?

Urgentiste 5 : Euh aux urgences les éléments familiaux en général je les utilise pour les maladies cardio-vasculaires. Pour le reste pas tellement parce qu'il s'agit plus d'histoire de néo et de chose comme ça, qui aux urgences ne sont pas très relevant pour moi. Par contre tout ce qui est tabac, alcool ça c'est évident que je pose toujours la question. Et antécédent personnel aussi. Euh, après on se rend compte que le contexte des urgences fait que on a pas toujours non plus le temps de faire tous les antécédents des gens et que parfois c'est plutôt ciblé, parfois il n'y en a pas du tout parce que les gens ne sont pas en état de répondre. Fin voilà. Mais en général ouais, oui, oui ça fait parti du, de la démarche.

Moi : Mmm. Chez ce patient-là, au-delà des éléments objectifs, donc lui c'était, bah non il n'avait pas tellement de dyspnée, mais, la, le malaise par exemple, est-ce qu'il y avait autre chose qui vous avait interpellé ou alerté dans la consultation avec le patient ?

Urgentiste 5 : Bah c'est juste que le monsieur il y avait une petite asymétrie dans la façon dont je voyais le patient qui était pas en très bon état général je trouvais et le fait que dans ses antécédents il disait qu'il y avait rien. Donc ça je trouvais ça un peu étrange. Et puis le fait qu'il me dise que sa TVP était passée alors que moi cliniquement je trouvais que ce n'était pas terrible. Euh oui, on voyait qu'il y avait une asymétrie entre les deux. Et puis j'ai commencé à me dire aussi que son, sa façon de me rendre les choses elle était peut-être un peu bizarre.

Moi : C'est-à-dire ?

Urgentiste 5 : J'ai eu la sensation qu'il n'était pas, c'est pas une question de fiabilité, mais qu'il avait en tout cas une façon d'exprimer ou de raconter ou de vivre sa santé qui était peut-être pas la plus logique pour moi quoi.

Moi : Et comment est-ce que vous pressentiez le patient ?

Urgentiste 5 : Bah ouais, comme je viens de dire. Après je ne le trouvais pas en danger ni inquiétant ni quoi que ce soit. Mais je trouvais que son histoire était un peu atypique et j'étais contente de trouver quelque chose. Après ça arrive souvent quand même que des gens ont des histoires bizarres ou des façons bizarres de les raconter et qu'aux urgences je ne trouve

rien et c'est beaucoup moins confortable. JE préfère tomber sur quelque chose et pouvoir le soigner quoi.

Moi : Oui. Et quelles émotions ou ressenti est-ce que toi tu as eu devant ce patient ?

Urgentiste 5 : Euh, bah je, je, j'avais de l'inquiétude parce que je m'interrogeais de ce qu'il avait et que j'avais peur que comme d'habitude je trouve rien. Donc là c'est plutôt pour moi un sentiment d'anxiété à devoir gérer dans le sens où je vais devoir le libérer et j'avais pas eu d'éléments objectifs pour expliquer ce qu'il s'est passé. C'est pas confortable donc c'était plutôt ça. Et une fois que ça été l'embolie pulmonaire bah j'étais contente parce que je la suspecte souvent et je fais à mon sens, et encore je ne suis pas la pire sans doute, mais je trouve qu'aux urgences on fait beaucoup d'examen pour cette embolie pulmonaire à la noix et que on la trouve quasi jamais. Et donc pour une fois que je l'ai trouvée j'étais contente (rire).

Moi : Oui c'est vrai.

Urgentiste 5 : Voilà, voilà, voilà.

Moi : Et sur base de quoi est-ce que tu as ressenti cette inquiétude comme tu dis ? C'est...

Urgentiste 5 : C'est quelque chose, c'est le fait que quelqu'un explique quand même quelque chose qui est, fin moi je trouve que, allez, un malaise, fin ça ne ressemblait pas à un malaise vagal. C'était un malaise plutôt atypique. Le gars est resté pas bien pendant un moment. Euh, alors que par ailleurs il est censé être en bonne santé, c'est quand même bizarre je trouve. Après est-ce que c'est vraiment l'embolie pulmonaire qui a causé son mal-être je ne suis pas si sûre non plus. Parce que pour faire une syncope il faut quand même faire un bas débit. Pour faire un bas débit sur une embolie segmentaire, j'y crois pas non plus. Finalement je pense que ç'a été plus un peu de la chance que j'ai trouvé ça, mais je ne suis pas sûre que ce soit vraiment corrélé à son malaise. Mais peut-être que il se sentait pas bien de façon générale et que voilà. Mais je ne suis pas sûre que ce soit directement lié non plus quoi.

Moi : D'accord. Et est-ce que tu avais eu précédemment une expérience de diagnostic d'embolie pulmonaire qui a pu t'aider euh dans le diagnostic de cette dernière ?

Urgentiste 5 : Non. Je trouve qu'avec l'embolie pulmonaire sauf quand c'est vraiment évident évident, mais même euh je pense que ce que les autres médecins plus expérimentés m'ont raconté ; même quand ils ont eu des arrêts cardiaques sur embolie pulmonaire c'est, c'est la guerre pour faire le diagnostic quoi. Et c'est pas parce qu'on en diagnostique une, on voit suivant on se dit « putain ça c'est d'office une embolie pulmonaire ». Et en fait ça l'est pas

quoi. C'est pas, fin pour moi ça reste assez mystérieux quoi. C'est assez embêtant comme maladie et on a beau suivre des colloques, faire des scores et des trucs finalement ou c'est très évident et c'est facile et c'est des gens qui ont des grands antécédents et qui ont toute la clinique ou c'est de la chance je crois.

Moi : Et quand tu dis de la chance, cette chance elle est quand même basée sur quelque chose ?

Urgentiste 5 : Bah c'est de la chance parce que, fin de la chance entre guillemets. C'est-à-dire qu'aux urgences on se doit d'exclure tout ça et que donc on fait donc toujours les examens pour tout ça. Mais c'est plutôt frustrant comme maladie je pense parce que c'est souvent beaucoup d'effort pour rarement la trouver. Et puis quand on la trouve bah, il faut encore que ce soit corrélé au malade est ça l'est pas toujours non plus quoi. C'est ça que je veux dire.

Moi : Quelle place est-ce que tu accordes au sens d'alarme dans la suspicion d'un diagnostic d'embolie pulmonaire ?

Urgentiste 5 : Bah je dirai pour moi c'est quand même important. On a quand même cet adage parfois aux urgences dire si on y pense il faut l'exclure. Et à partir du moment où ça me vient à l'esprit bah il faut que je l'exclue. Le problème c'est que ça me vient parfois un peu trop souvent à l'esprit aussi quoi. Pour euh genre, pour des jeunes femmes en bonne santé qui ont des douleurs thoraciques, mais qui sont plutôt anxieuses et on a envie de dire c'est de l'anxiété. On a pas envie d'aller plus loin. On a certainement pas envie de les irradier avec un angioscan parce que la scinti, c'est pas quelque chose qu'on a toujours facilement non plus. Euh, oui, c'est je pense que finalement c'est parfois une solution de facilité de se dire j'y ai pensé donc j'ai le droit de devoir l'exclure. Mais il faut parfois être un peu plus honnête intellectuellement et se dire aussi qu'on ne va pas irradier des gens pour rien. Il y a plein de gens qui ont des D-Dimères pour un oui ou pour un non et qu'il faut quand même faire attention à ce qu'on fait quoi. Donc je pense que ça a une importance, mais c'est un peu lâche aussi de se dire que ce n'est que, que ça peut être que ça quoi. Non, il faut quand même être un peu plus rationnel que ça je pense.

Moi : Et donc sur une échelle de un à 10, la part de subjectivité dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire tu dirais combien alors ?

Urgentiste 5 : Je pense que à mon avis ça doit être du 5 ou 6 sur 10 je dirai.

Moi : Donc il y a quand même un petit peu plus,

Urgentiste 5 : C'est quand même important oui. Plus important que la plupart des maladies certainement.

Moi : Parce que la clinique n'est pas très riche.

Urgentiste 5 : Oui, la clinique, ni l'anamnèse. Il n'y a rien qui est très, très, en fait il n'y a rien qui est spécifique c'est ça le problème, je pense. Il n'y a rien qui est spécifique et donc c'est pour ça qu'on fait beaucoup de score ou de chose comme ça. Mais ni l'ECG, ni une gazo, fin je veux dire, à part un angioscan et qui est malheureusement hyper irradiant il n'y a rien d'autre qui est très facile. Ou l'écho cœur, mais l'écho cœur ça demande quand même beaucoup d'expérience que je n'ai pas encore.