



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude Bernard  **Lyon 1**

Année 2017

**LES FREINS A LA GESTION EN AMBULATOIRE DES
MALADIES THROMBOEMBOLIQUES VEINEUSES**

Étude qualitative auprès de 11 médecins généralistes du département du
Rhône

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **4 Avril 2017**
En vue d'obtenir le titre de docteur en médecine

Par

Christophe DELBECQ
Né le 1er Juillet 1988 à Grande-Synthe (Nord)

Sous la direction du Dr Corinne PERDRIX

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND

Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques VINCIGUERRA Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières	Directeur : Nicolas LEBOISNE

Et Assurances (ISFA)

Observatoire de Lyon

Ecole Supérieure du Professorat

Et de l'Education (ESPE)

Directrice : Isabelle DANIEL

Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Anatomie et cytologie pathologiques
Thivolet-Bejui	Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vandenesch	François	

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Gaucherand	Pascal	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Claude	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Herzberg	Guillaume	Neurologie
Honorat	Jérôme	Pédiatrie
Lachaux	Alain	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lermusiaux	Patrick	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Bruno	Urologie
Martin	Xavier	

Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du

Lejeune	Hervé	vieillessement ; médecine générale ; addictologie Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ryvlín	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Physiologie
Tilikete	Caroline	Oto-rhino-laryngologie
Truy	Eric	Radiologie et imagerie médicale
Turjman	Francis	Anatomie
Vallée	Bernard	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vanhems	Philippe	Neurologie
Vukusic	Sandra	

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Radiologie et imagerie médicale
Boussel	Loïc	Génétique
Calender	Alain	Rhumatologie
Chapurlat	Roland	Médecine et santé au travail
Charbotel	Barbara	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Chêne	Gautier	Radiologie et imagerie médicale
Cotton	François	Urologie
Crouzet	Sébastien	Hématologie ; transfusion
Dargaud	Yesim	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
David	Jean-Stéphane	Neurochirurgie
Di Rocco	Federico	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dubernard	Gil	Neurologie
Ducray	François	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Dumortier	Jérôme	Médecine légale
Fanton	Laurent	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Fellahi	Jean-Luc	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Ferry	Tristan	

Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
		Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Michel	Philippe	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Million	Antoine	Chirurgie générale
Monneuse	Olivier	Cytologie et histologie
Nataf	Serge	Nutrition
Peretti	Noël	Oto-rhino-laryngologie
Pignat	Jean-Christian	Chirurgie générale
Poncet	Gilles	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
		Cancérologie ; radiothérapie
Raverot	Gérald	Neurologie
		Réanimation ; médecine d'urgence
Ray-Coquard	Isabelle	Chirurgie digestive
		Physiologie
Rheims	Sylvain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Richard	Jean-Christophe	Néphrologie
Robert	Maud	Physiologie
Rossetti	Yves	Hématologie ; transfusion
Souquet	Jean-Christophe	
Thaumat	Olivier	
Thibault	Hélène	
Wattel	Eric	

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie

Gharib Mauguière Neidhardt	Claude François Jean-Pierre	Physiologie Neurologie Anatomie Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Petit Sindou Touraine Trepo Trouillas Viale	Paul Marc Jean-Louis Christian Jacqueline Jean-Paul	Neurochirurgie Néphrologie Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Cytologie et histologie Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchabib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier Dubourg Germain Jarraud Le Bars Normand Persat Piaton	Pierre-Paul Laurence Michèle Sophie Didier Jean-Claude Florence Eric	Cytologie et histologie Physiologie Physiologie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière Biophysique et médecine nucléaire Médecine et santé au travail Parasitologie et mycologie Cytologie et histologie
Sappey-Marinier Streichenberger	Dominique Nathalie	Biophysique et médecine nucléaire Anatomie et cytologie pathologiques Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Timour-Chah	Quadiri	Anatomie
Voiglio	Eric	

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Barnoud Bontemps Chalabreysse Charrière Collardeau Frachon Confavreux Cozon Escuret Hervieu Kolopp-Sarda Lesca	Raphaëlle Laurence Lara Sybil Sophie Cyrille Grégoire Vanessa Valérie Marie Nathalie Gaëtan	Anatomie et cytologie pathologiques Biophysique et médecine nucléaire Anatomie et cytologie pathologiques Nutrition Anatomie et cytologie pathologiques Rhumatologie Immunologie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière Anatomie et cytologie pathologiques Immunologie Génétique Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lukaszewicz Maucort Boulch	Anne-Claire Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

REMERCIEMENTS

A ma femme, Marie-Charlotte, pour sa patience pendant ces longs mois de préparation de thèse, son écoute dans les moments de doute.

A Paloma-Valentina, qui m'apporte au quotidien tant de bonheur et de joie de vivre.

A mes parents, pour leur soutien au cours de toutes ces années d'études médicales, pour toutes les valeurs qu'ils m'ont transmis.

A Jean-Christophe, mon beau-frère à l'origine de ce sujet de thèse, qui m'a apporté toute son expertise et son attention dans ce travail.

A Laurent et Mélika mes maîtres de stage qui m'ont transmis leur passion pour la médecine générale.

Aux membres de mon jury, Pr Tazarourte et Pr Dargaud qui ont accepté d'apporter leur expertise pour juger mon travail.

A ma directrice de thèse Corinne Perdrix pour sa disponibilité et son écoute lors de nos rencontres.

Aux 11 médecins généralistes qui ont accepté de m'accorder un peu de leur temps précieux pour réaliser mes entretiens de thèse.

A tous ceux, famille et amis, qui sont venus le jour de ma soutenance pour m'accompagner dans ce moment important de ma vie.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Plan

Remerciements.....	p10
Le serment d'Hippocrate.....	p11
Lexique.....	p14
Table des figures et tableaux.....	p14
I – Introduction	
1- Contexte.....	p15
2- Diagnostic des MTEV.....	p15
2.1 TVP des membres inférieurs.....	p16
2.2 Embolie pulmonaire.....	p18
3- Prise en charge thérapeutique en ambulatoire.....	p21
3.1 Anticoagulants oraux directs.....	p21
3.2 HBPM et AVK.....	p21
4- L'éducation des patients en ambulatoire.....	p22
5- Objectif du travail.....	p22
II- Matériel et Méthodes	
1- Recherche bibliographique.....	p23
1.1. Mots clés.....	p23
1.2. Moteur de recherche.....	p23
1.3. Équations de recherches.....	p23
1.4. Autres sources d'information.....	p24
2- Type d'étude.....	p24
3- Choix de la population d'étude.....	p24
4- Réalisation des entretiens.....	p25
4.1. Déroulement des entretiens.....	p25
4.2. La grille d'entretien.....	p25
4.3. Après l'entretien.....	p25
III- Résultats	
1- Données socio-professionnelles des médecins interrogés.....	p26
2- Les entretiens préparatoires.....	p26
3- Analyse longitudinale des entretiens.....	p26
4- Analyse transversale des entretiens.....	p29
4.1. La suspicion diagnostique de MTEV.....	p29
4.2. Le transport du patient.....	p30
4.3. La confirmation diagnostique MTEV.....	p31
4.4. Anticoagulants.....	p33
4.5. Particularités cliniques.....	p34
4.6. Suivi.....	p35
4.7. Projet FRAME.....	p36
IV- Discussion	
1- Résultat principal.....	p38
2- Forces et limites de notre étude.....	p42

2.1. A propos de la méthodologie	
2.2. A propos des résultats	
3- Autres résultats.....	p43
4- Les perspectives de recherche.....	p43
V- Conclusion.....	p45
Bibliographie.....	p47
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	p51
Annexe 2 : Grille COREQ.....	p53
Annexe 3 : Entretiens retranscrits	
Entretien 1.....	p57
Entretien 2.....	p60
Entretien 3.....	p62
Entretien 4.....	p65
Entretien 5.....	p68
Entretien 6.....	p71
Entretien 7.....	p74
Entretien 8.....	p77
Entretien 9.....	p81
Entretien 10.....	p85
Entretien 11.....	p88
Annexe 4 : Tableau de codage (exemple de deux entretiens).....	p92

LEXIQUE

MG : Médecin Généraliste
MTEV : Maladie Thromboembolique Veineuse
EP : Embolie Pulmonaire
TVP : Thrombose Veineuse Profonde
ESC : European Society of Cardiology
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
HBPM : Héparine de Bas Poids Moléculaire
AVK : Anti-Vitamine K
PAS et PAD : Pression Artérielle Systolique et Pression Artérielle Diastolique
VD : Ventricule Droit
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
PESI : Pulmonary Embolism Severity Index
AOD : Anticoagulants Oraux Directs
NACO : Nouveaux Anticoagulants Oraux
HTAP : Hypertension Artérielle Pulmonaire
HAS : Haute Autorité de Santé
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
INR : International Normalized Ratio
ETT : Echocardiographie Transthoracique
VPN : Valeur Prédictive Négative
HTA : Hypertension Artérielle
RESUVAL : Réseau des Urgences de la Vallée du Rhône
MSU : Maître de Stage des Universités
FMC : Formation Médicale Continue

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Score de Wells.....	p16
Figure 2 : Algorithme diagnostique TVP.....	p17
Figure 3 : Score de Genève révisé.....	p18
Figure 4 : Algorithme diagnostique EP.....	p19
Tableau 1 : Scores PESI et PESI simplifié.....	p20

I- Introduction

1- Contexte

Les maladies thrombo-emboliques veineuses (MTEV) comprennent les thromboses veineuses profondes (TVP) et les embolies pulmonaires (EP). Il s'agit de la 3^e pathologie cardiovasculaire en terme d'incidence (après le syndrome coronarien aigu et l'accident vasculaire cérébral (AVC)) avec 100 à 200 cas pour 100 000 habitants (1). Il s'agit de pathologies aux présentations variées, potentiellement graves : à court terme risque de décès par état de choc sur cœur pulmonaire aigu (dilatation du ventricule droit) ; à long terme risque de syndrome post-phlébitique (2), d'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) post-embolique (incidence environ 1 % 2 ans après l'EP) mais avec des études incluant un faible nombre de patient (3) et de récurrence de MTEV (risque estimé à 13% à 1 an, 23% à 5 ans et 30% à 10 ans (4) (5)).

Les MTEV sont des pathologies d'accompagnement, c'est à dire qu'elles compliquent une autre pathologie (cancer, pathologie médicale aiguë avec allègement prolongé...) ou un geste chirurgical. Le traitement préventif, qui repose sur l'élastocontention des membres inférieurs, les héparines de bas poids moléculaires (HBPM) et la mobilisation des patients, est capital chez les patients à risque.

Les stratégies diagnostiques et thérapeutiques ont été revues au cours des vingt dernières années. L'apparition des HBPM a permis de prendre en charge la majorité des patients atteints de TVP en ambulatoire depuis le milieu des années 1990 (6).

L'apparition des anticoagulants oraux directs (AOD) (1^{ère} AMM pour le rivaroxaban dans la MTEV en 2011 (7)) apporte une nouvelle possibilité thérapeutique pour le traitement des TVP et EP, dont la balance bénéfice-risque est à évaluer au cas par cas en comparaison aux HBPM/AVK.

Depuis une dizaine d'années, de nombreuses études pronostiques ont été publiées dans le cadre de l'EP, afin de démontrer qu'une proportion non négligeable de patients pouvaient être traités en ambulatoire en toute sécurité, après une courte hospitalisation aux urgences. L'utilisation de scores pronostiques permettant de définir les patients à bas risque de complication sous traitement anticoagulant est une avancée majeure et ceci a abouti à de nouvelles recommandations de la société européenne de cardiologie en 2014 (ESC) sur la stratification du risque et la prise en charge des EP (1).

Ces recommandations impliquent une coordination des soins entre le médecin généraliste, l'urgentiste et le médecin hospitalier (médecin vasculaire ou cardiologue), et la nécessité d'une filière structurée reproductible.

La lecture des études clefs sur la stratification du risque des EP et leur prise en charge ambulatoire met en évidence plusieurs problématiques :

- Quelle est la place des anticoagulants oraux directs ? (la plupart des études utilisent les AVK pour les EP ambulatoires) ;
- Quel rôle pour chaque intervenant de ces filières ?

2- Diagnostic des MTEV

La difficulté de prise en charge des MTEV repose sur un diagnostic clinique aux présentations

multiples et trompeuses nécessitant une confirmation rapide par des examens de référence (doppler veineux et/ou angioscanner thoracique) qui permettent de mettre en place le traitement adapté.

2.1 TVP des membres inférieurs

Les symptômes évocateurs d'une thrombose veineuse profonde des membres inférieurs sont (8):

- une douleur unilatérale de membre inférieur (60% des cas) avec un signe de Homans (non spécifique) : douleur à la dorsiflexion du pied du côté de la phlébite ;
- un oedème inconstant typiquement dur, ne prenant pas le godet avec une peau luisante ; l'étendue dépend de la localisation de l'obstruction ;
- des signes généraux peu intenses avec fébricule, angoisse, tachycardie progressive.

L'utilisation d'un score clinique d'aide au diagnostic peut être utile : score de Wells (FIGURE 1) (9).

Variable		Points
Facteurs prédisposants	Parésie, paralysie ou immobilisation plâtrée récente des MI	1
	Chirurgie récente < 4 semaines ou alitement récent > 3 jours	1
	Cancer évolutif connu (traitement en cours ou < 6 mois ou palliatif)	1
Signes cliniques	Sensibilité le long du trajet veineux profond	1
	Œdème généralisé du MI	1
	Œdème du mollet > 3 cm par rapport au mollet controlatéral (mesuré 10 cm sous la tubérosité tibiale antérieure)	1
	Œdème prenant le godet	1
	Développement d'une circulation collatérale superficielle (veines non variqueuses)	1
	Diagnostic différentiel de TVP au moins aussi probable que celui de TVP	- 2
Probabilité clinique (3 niveaux)		Total
Faible		< 0
Intermédiaire		1 ou 2
Forte		> 3

Le score de Wells simplifié inclus un critère supplémentaire : antécédent de TVP confirmée. En cas de score < 1, la probabilité est faible ; si le score est de 1 ou 2, la probabilité est intermédiaire ; si le score est > 2, la probabilité est élevée.

Le diagnostic de certitude d'une thrombose veineuse profonde est apporté par une échographie de compression qui peut être associée au doppler. Les critères majeurs de TVP à l'échographie sont l'incompressibilité de la veine au passage de la sonde et l'absence de flux au doppler pulsé.

La stratégie diagnostique (algorithme) selon la probabilité clinique est la suivante (10) (FIGURE 2) :

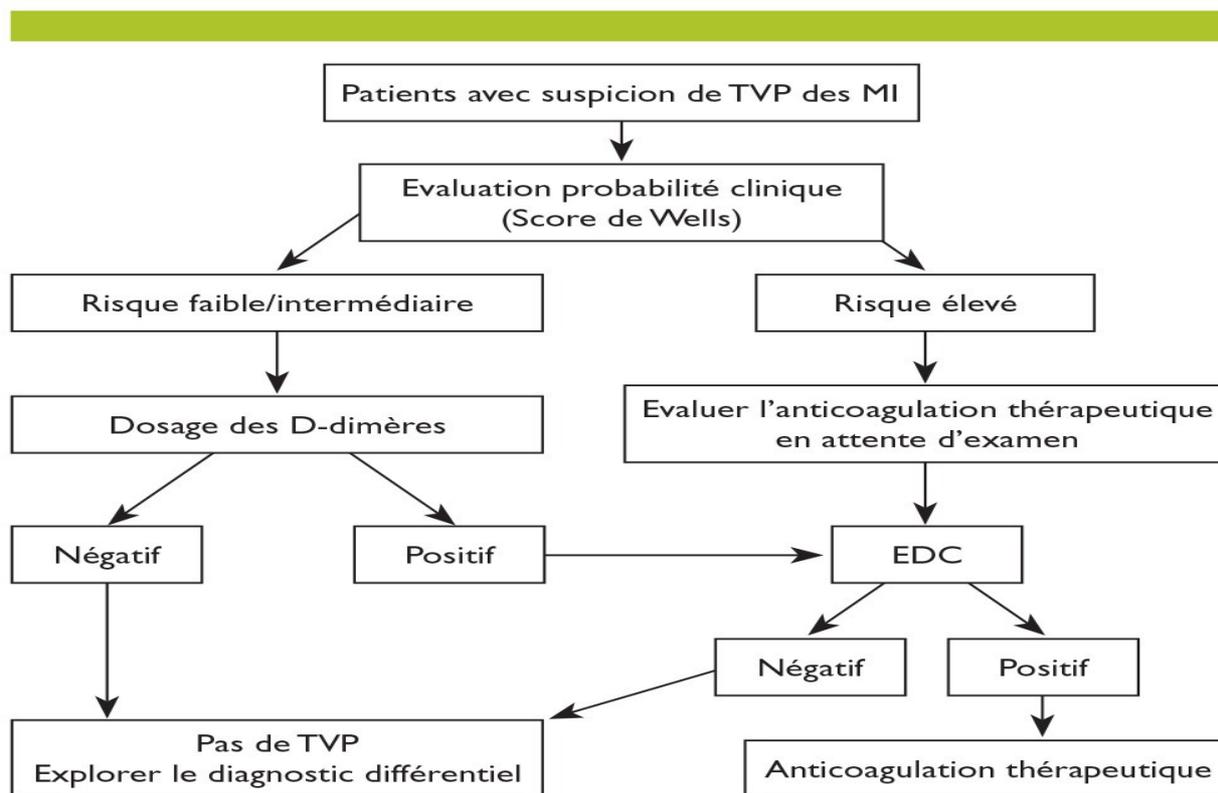


Figure 1. Algorithme pour la prise en charge de patients avec suspicion de thrombose veineuse profonde (TVP) des membres inférieurs (MI)
EDC: écho-doppler veineux de compression.

Les critères d'hospitalisation sont (11) : insuffisance rénale sévère (clairance créatinine selon Cockcroft < 30 ml/min, contre-indiquant l'usage des HBPM), risque hémorragique élevé, TVP proximales avec syndrome obstructif sévère ou de localisation ilio-cave, contexte psycho-social défavorable, mauvaise observance prévisible. Et bien sûr l'association à une EP à haut risque.

Le risque hémorragique élevé est défini par un AVC de moins de 4 semaines, une HTA non contrôlée (PAS > 180 ou PAD > 110 mmHg), chirurgie de moins de 2 semaines, hémorragie gastro-intestinale de moins de 2 semaines.

Les diagnostics différentiels potentiels sont :

- rupture d'un kyste synovial de Baker ;
- hématome intramusculaire ou « claquage » musculaire ;
- érysipèle, lymphangite, cellulite inflammatoire ;
- lymphœdème ou lipœdème ;
- maladie post-phlébitique ;
- compression extrinsèque (adénopathies, tumeur, utérus gravide) ;
- sciatique tronquée ;
- insuffisance cardiaque droite.

Les complications potentielles de la phlébite sont : l'évolution vers une embolie pulmonaire par migration de l'embol et la compression artérielle à court terme (phlébite bleue) ; à long terme, le risque de récurrence et de syndrome post-phlébitique (10-20% des patients à 1 an de la TVP).

2.2 Embolie pulmonaire

Les symptômes évocateurs sont variés : douleur thoracique par irritation pleurale, dyspnée brutale ou progressive, hémoptysie, toux, malaise. Les signes de TVP sont absents dans 2/3 des cas.

La gravité de l'embolie pulmonaire est liée à ses répercussions sur les cavités droites du cœur pouvant constituer un « cœur pulmonaire aigu » par dilatation du ventricule droit.

Le diagnostic de certitude d'une embolie pulmonaire est apporté par l'angioscanner thoracique spiralé qui visualise le thrombus (lacune(s) endovasculaire(s) non opacifiée(s) au sein de la lumière d'une artère tronculaire, lobulaire segmentaire ou plus proximale). La sensibilité est de 83%, la spécificité de 96%. La valeur prédictive négative (VPN) est de 96% en cas de probabilité pré-test faible et 89% en cas de probabilité pré-test intermédiaire (12).

La stratégie diagnostique dépend de la sévérité initiale de l'embolie pulmonaire (présence de signes de choc témoignant d'une insuffisance ventriculaire droite aiguë) et du plateau technique disponible.

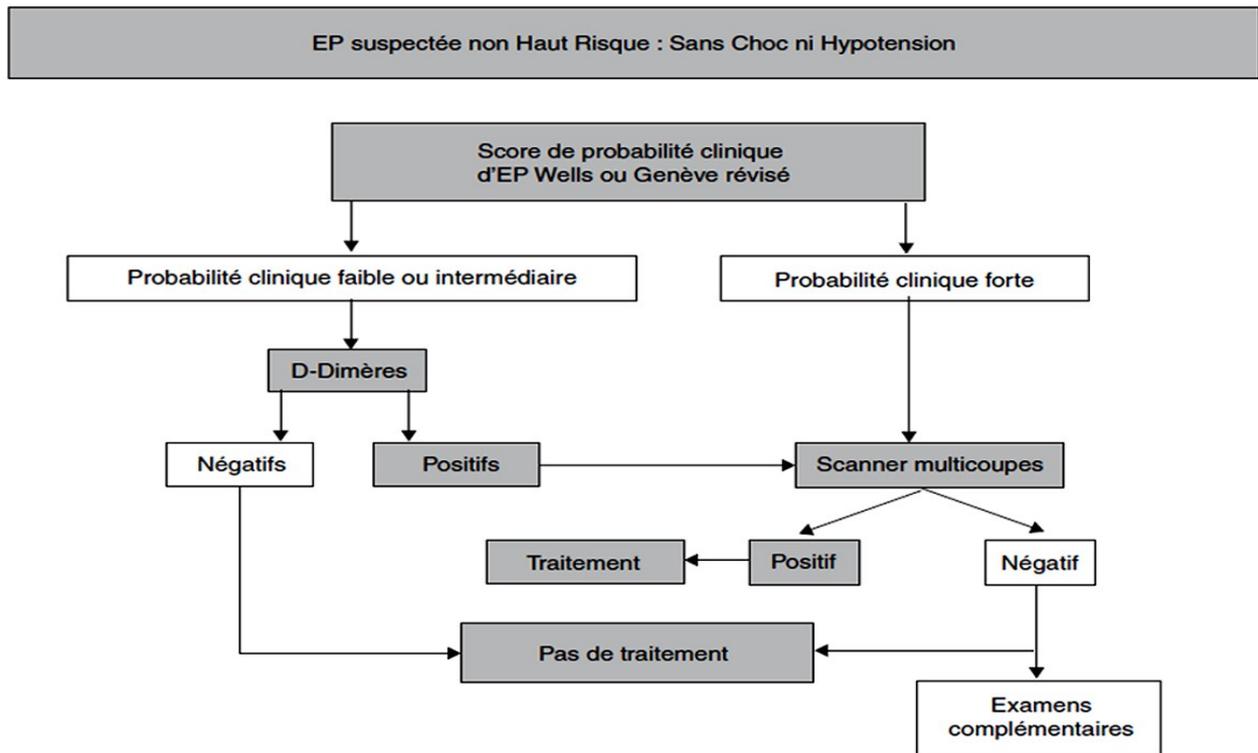
On définit les EP à haut risque (pression artérielle systolique (PAS) < 90 mmHg ou chute d'au moins 40mmHg de PAS en 15 minutes) qui nécessitent une thrombolyse en urgence, des EP non haut risque (en l'absence des critères ci-dessus).

La scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion (en cas de contre-indication ou absence d'angioscanner) et l'échocardiographie transthoracique (ETT) peuvent aussi apporter une aide au diagnostic (13).

La probabilité clinique d'EP peut être évaluée par le score de Genève révisé et simplifié (FIGURE 3) (14) :

Facteurs de risque	Points
Age > 65 ans	1
Cancer actif	1
Chirurgie ou fracture récente	1
Antécédent de TVP ou EP	1
Symptômes	
Douleur spontanée du mollet	1
Hémoptysie	1
Signes cliniques	
Signes cliniques de TVP	1
Fréquence cardiaque 75-94	1
Fréquence cardiaque > 95	2
Probabilité faible	0-1
Probabilité moyenne	2-4
Probabilité forte	≥ 5

L'algorithme diagnostique chez un patient non hypotendu est le suivant (FIGURE 4) (15):



Depuis une dizaine d'années, de nombreuses études ont tenté de stratifier le pronostic d'une embolie pulmonaire en phase aiguë, et le risque de complications sous traitement anticoagulant afin de proposer une prise en charge ambulatoire précoce aux patients à faible risque. Plusieurs scores ont été proposés pour évaluer ce risque ; deux ont été validés : le score PESI (Pulmonary Embolism Severity Index) et sa version simplifiée (simplified PESI) (16) et les critères Hestia (17).

Le score PESI a été élaboré à partir d'une étude rétrospective américaine de 2005 (18) ; il a ensuite été validé par de nombreuses études prospectives dont une étude randomisée de 2011 publiée dans le Lancet (19) et une méta-analyse en 2013 (20). Ces études ont montré qu'un patient avec EP anticoagulée et un score PESI de I ou II avait un risque de décès à 90 jours du diagnostic de 1,1 % contre 11,1 % en cas de score PESI de III à V.

L'usage au quotidien dans les services d'urgence n'est pas encore routinier, et nécessite une collaboration étroite avec les services d'angiologie et les médecins généralistes afin d'assurer le suivi de ces patients. L'éducation thérapeutique est fondamentale et demande du temps.

Selon les études, en utilisant ces critères, 30 à 50 % des patients avec diagnostic d'EP seraient candidats à une prise en charge ambulatoire, car considérés à faible risque de décès à 30 jours sous traitement anticoagulant.

Cette prise en charge suppose une filière de soins bien organisée, avec le rôle des différents intervenants bien défini et une bonne compréhension par le patient de sa maladie, du but du traitement et des consignes de reconsultation.

Scores PESI et PESI simplifié (TABLEAU 1)

Parameter	Original version ²¹⁴	Simplified version ²¹⁸
Age	Age in years	1 point (if age >80 years)
Male sex	+10 points	–
Cancer	+30 points	1 point
Chronic heart failure	+10 points	1 point
Chronic pulmonary disease	+10 points	
Pulse rate ≥ 110 b.p.m.	+20 points	1 point
Systolic blood pressure <100 mm Hg	+30 points	1 point
Respiratory rate >30 breaths per minute	+20 points	–
Temperature <36 °C	+20 points	–
Altered mental status	+60 points	–
Arterial oxyhaemoglobin saturation <90%	+20 points	1 point
Risk strata^a		
	Class I: ≤ 65 points very low 30-day mortality risk (0–1.6%) Class II: 66–85 points low mortality risk (1.7–3.5%) Class III: 86–105 points moderate mortality risk (3.2–7.1%) Class IV: 106–125 points high mortality risk (4.0–11.4%) Class V: >125 points very high mortality risk (10.0–24.5%)	0 points = 30-day mortality risk 1.0% (95% CI 0.0%–2.1%) ≥ 1 point(s) = 30-day mortality risk 10.9% (95% CI 8.5%–13.2%)

Les critères Hestia (17) ont l'avantage d'inclure les données socio-économiques et biologiques que le PESI ne prend pas en compte :

1. Existe-t-il une instabilité hémodynamique ?
2. Est-il candidat à une embolectomie ou une thrombolyse ?
3. Présente-t-il une hémorragie active ou un risque d'hémorragie élevé ?
4. Une oxygénothérapie de plus de 24 h est-elle nécessaire ?
5. Le contexte médical (néoplasie, infection, ...) ou social (surveillance à domicile peu fiable ou inexistante) est-il défavorable ?
6. Souffre-t-il d'une insuffisance rénale majeure ?
7. Y a-t-il grossesse ?
8. Était-il sous traitement anticoagulant au moment de l'épisode embolique ?
9. Y a-t-il une insuffisance hépato-cellulaire ?
10. Un traitement antalgique par voie IV de plus de 24h pour douleurs intenses est-il nécessaire ?
11. Y a-t-il dans les antécédents personnels du patient trace d'une thrombocytopenie induite par l'héparine ?

S'il y a au moins une réponse positive à l'une de ses questions, le patient doit être hospitalisé selon les critères Hestia.

Dans l'étude Hestia, 297 patients avec EP confirmée aux urgences ont été inclus et traités en ambulatoire selon les critères Hestia : 6 ont fait une récurrence de MTEV (2,0%), 3 sont décédés (1,0%), et 2 ont eu une hémorragie grave (0,7%) au cours des 3 mois de suivi post-diagnostic.

3- Prise en charge thérapeutique en ambulatoire

Une élastocontention force 2 est nécessaire en cas de phlébite confirmée, afin de diminuer l'oedème et de réduire le risque de syndrome post-phlébitique.

Le traitement anticoagulant (Guidelines ESC 2014)

3.1 Anticoagulants oraux directs (21)

Si la clairance de la créatinine selon Cockcroft et Gault est supérieure à 15 ml/min : Rivaroxaban 15 mg/12h pendant 21j puis 20mg/24h (22) (23) ou Apixaban 10mg/12h pendant 7j puis 5mg/12h (23) (24). Pas de nécessité de surveillance de l'INR.

Les études de non-infériorité citées ci-dessus (rivaroxaban ou apixaban versus HBPM puis AVK) démontrent qu'il y a probablement moins d'hémorragies graves avec les AOD, et que ceux-ci ne sont pas inférieurs aux AVK en terme d'efficacité (récidive thromboembolique).

L'edoxaban (LIXIANA) a également été l'objet d'études comparatives de non infériorité versus HBPM et AVK avec des résultats comparables à rivaroxaban et apixaban (26). Il a obtenu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en Juillet 2016 pour le traitement de la TVP et de l'EP, et la prévention de la récurrence de TVP et d'EP chez l'adulte (27). Il est utilisé en relais d'une HBPM prescrite au moins 5 jours seule, à la dose de 60mg/j en une prise, ou 30 mg/j en cas de facteur de risque de surexposition à l'edoxaban (insuffisance rénale sévère ou modérée, poids ≤ 60 kg et/ou traitement concomitant par certains inhibiteurs de la P-gp).

Selon la commission de transparence de la haute autorité de santé (HAS), compte tenu de l'absence d'antidote et en l'absence de possibilité de mesure du degré d'anticoagulation en pratique courante, la prescription de LIXIANA, comme celle de l'apixaban, du rivaroxaban, n'est préconisée qu'en 2e intention, à savoir dans les cas suivants :

- chez les patients sous AVK, mais pour lesquels le maintien de l'INR dans la zone cible n'est pas habituellement assuré malgré une observance correcte ;
- chez les patients pour lesquels les AVK sont contre-indiqués ou mal tolérés, qui ne peuvent pas les prendre ou qui acceptent mal les contraintes liées à la surveillance de l'INR.

3.2 HBPM et AVK

- en 1 injection par jour (si clairance selon Cockcroft et Gault > 30 ml/min) : Tinzaparine 175 UI/kg/24h, Nadroparine 171 UI/kg/24h. La Daltéparine a l'AMM dans la MTEV paranéoplasique ;

- en 2 injections par jour : Enoxaparine 100 UI/kg/12h, moins pratique en soins primaires.

Les HBPM sont relayées précocement par un AVK (dès J0), avec un objectif d'INR entre 2 et 3. Le premier INR est fait à J3. Les HBPM peuvent être arrêtés après deux INR successifs entre 2 et 3 (ou si le premier INR est supérieur à 3). Une durée de traitement de 5 jours minimum par HBPM est

recommandée.

La durée du traitement anticoagulant est définie au cas par cas ; elle dépend du caractère provoqué ou spontané de la MTEV et du contexte (cancer, thrombophilie) : il va de 3 mois en cas de TVP distale provoquée, 6 mois pour une EP, à un traitement à vie après plusieurs épisodes de MTEV (28) (29).

Le risque de récurrence de MTEV est plus important en cas de facteur de risque médical que chirurgical, en cas de facteur de risque permanent que transitoire.

Les recommandations de la CHEST ont été actualisées en 2016 (30).

La gestion de l'intervalle entre la suspicion diagnostique de TVP et l'obtention de l'écho-doppler de certitude diagnostique ne fait pas l'objet de recommandations et est donc laissée à l'appréciation du médecin. L'évaluation individuelle avec la probabilité clinique de TVP, le risque hémorragique et les antécédents du patient sont alors pris en compte pour décider de la mise en route d'un traitement anticoagulant curatif.

4- L'éducation des patients atteints de MTEV

Une fois le diagnostic de certitude de TVP et/ou d'EP posé, un temps d'éducation thérapeutique adapté à chaque patient est essentiel afin de limiter les risques de complications à court et moyen termes. Cette éducation doit être un objectif prioritaire pour l'angiologue et le médecin généraliste, mais également pour l'urgentiste.

Plusieurs éléments fondamentaux sont à aborder avec le patient (10) :

- Comportement en cas de voyages/accidents/opérations ;
- Instructions pour l'application des injections sous-cutanées ;
- Information des risques de l'anticoagulation et particularités de l'anticoagulant prescrit ;
- Remettre un carnet AVK / anticoagulation ;
- Femmes en âge de procréer : conseils sur la contraception hormonale et les alternatives, et discussion sur les risques liés à l'anticoagulation et au type d'anticoagulant en cas de grossesse ;
- Stimulation de la vénotonicité (activité musculaire, application d'eau froide) ;
- Importance du port des bas de contention.

5- Objectif du travail

L'objectif de ce travail était de tenter d'apporter des solutions pour améliorer la prise en charge ambulatoire des patients atteints de maladies thromboemboliques veineuses en décelant les freins à cette prise en charge.

Notre objectif était de décrire la prise en charge des patients dans son ensemble par le médecin généraliste, et de connaître les craintes et les difficultés en ambulatoire.

Notre travail permettra d'adapter la coordination des soins entre MG et angiologues et de connaître les attentes des MG concernant le projet FRAME. Ce projet a pour objectif d'évaluer la sécurité et l'efficacité de la prise en charge ambulatoire des EP à bas risque (estimées par les scores PESI et Hestia) après diagnostic confirmé aux urgences, et d'organiser la coordination ville-hôpital de ces patients.

Les indications et la stratégie de prophylaxie des MTEV en médecine de ville ne font pas partie de ce travail de thèse. La prise en charge des thromboses veineuses superficielles n'est pas non plus l'objet de cette recherche.

II- Matériel et méthodes

1- Recherche bibliographique

1.1 Mots clés

Les mots clés utilisés sont *pulmonary embolism, deep vein thrombosis, ambulatory care, general practitioner, clinical practice survey, management, outpatient, metaanalysis*.

1.2 Moteurs de recherche

Les recherches ont été effectuées dans les bases de données PubMed et Sudoc.

1.3 Équations de recherche

PUBMED

Nos premières recherches bibliographiques ont porté sur les critères de prise en charge ambulatoire des embolies pulmonaires, dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche. Nous avons alors utilisé les mots clés « pulmonary embolism AND outpatient AND metaanalysis » puis pulmonary embolism AND outpatient ». Ceci nous a permis de trouver les études clés sur le sujet, qui ont abouti aux recommandations de sociétés savantes (par exemple ESC 2014).

Dans le cadre de nos recherches préparatoires à la thèse, nous avons réalisé de nouvelles recherches notamment en s'intéressant aux travaux centrés sur les médecins généralistes et les MTEV, et sur les études qualitatives portant sur ce sujet. Nous avons ainsi utilisé les mots-clés « general practitioner AND clinical practice survey AND deep vein thrombosis ».

SUDOC

Nous avons utilisé les équations de recherche : « étude qualitative ET embolie pulmonaire », puis « étude qualitative ET thrombose veineuse profonde » et « étude qualitative ET maladie thromboembolique veineuse ».

Avec ces équations, nous n'avons trouvé aucun résultat.

Nous avons ensuite cherché avec « thrombose veineuse profonde ambulatoire » et nous n'avons trouvé que des études quantitatives.

Par le site de la bibliothèque universitaire de Lyon 1, nous avons trouvé une thèse qualitative auprès des internes de MG sur la prévention de la MTEV :

La prévention de la maladie veineuse thromboembolique en médecine générale : état des lieux des connaissances et enquête de pratique auprès des internes lyonnais de médecine générale / Bahar Bulut).

1.4 Autres sources d'information

Nous avons également consulté des articles de revues scientifiques : la revue du praticien médecine générale (octobre 2015 : thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire : où traiter ?), les recommandations de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) de 2009 sur la prévention et le traitement de la MTEV, du RESUVAL (protocoles d'urgence vallée du Rhône), de la société européenne de cardiologie (2014 sur embolie pulmonaire) et de la haute autorité de santé (HAS).

2- Type d'étude

Pour aborder le sujet des freins à la gestion ambulatoire des MTEV, nous avons conduit une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

Cette méthode avant tout centrée sur le sujet est la mieux adaptée pour faire ressortir les idées, les croyances, les représentations des médecins.

L'orientation méthodologique d'analyse des entretiens obtenus est celle de la théorie ancrée.

Ce travail a été très intéressant et enrichissant sur le plan médical et personnel.

3- Choix de la population d'étude

Nous avons choisi d'interroger les médecins généralistes du département du Rhône en milieu rural, semi-rural et urbain afin d'obtenir des avis complémentaires sur le sujet. Le mode de recrutement des médecins s'est effectué initialement de proche en proche à partir des deux premiers médecins ayant participé à tester le guide d'entretien.

Nous avons interrogé uniquement des médecins généralistes installés, afin que leur expérience leur ait permis avec une probabilité importante d'avoir eu à gérer plusieurs patients avec diagnostic confirmé de MTEV.

Afin d'obtenir un échantillonnage raisonné de la population d'étude, nous avons choisi les médecins interviewés sur plusieurs critères : le sexe, le statut universitaire (MSU), l'ancienneté d'exercice de la médecine libérale, le lieu d'exercice (urbain, rural, semi-rural). Le fait de participer à une formation médicale continue (FMC) et de faire partie ou non d'un réseau de soins étaient également des critères pris en considération.

Les médecins ont été contactés par téléphone sur leur lieu de travail.

Après 3 entretiens réalisés auprès de médecins recommandés, et 2 entretiens de médecins pris au hasard en milieu semi-rural, nous avons choisi de recentrer la population d'étude en interrogeant des maîtres de stage, notamment en milieu rural ou semi-rural.

Après 10 entretiens, ayant pu interroger un seul médecin en milieu rural, nous avons choisi de cibler un médecin rural afin de mieux répartir les lieux d'exercices des médecins interviewés.

Nous avons obtenu la saturation des données après 10 entretiens et nous l'avons vérifiée avec un onzième entretien.

4- Réalisation des entretiens

4.1 Déroulement des entretiens

Par convenance et pour faciliter le discours des médecins interviewés, nous leur avons proposé de réaliser les entretiens sur leur lieu de travail, dans leur cabinet médical, afin de garder un cadre professionnel.

En ce qui concerne les horaires des entretiens, nous avons laissé libre choix aux médecins interrogés afin qu'ils soient dans les meilleures dispositions possibles.

4.2 Grille d'entretien

Elle est disponible en annexe 1. Nous l'avons testée au cours de deux entretiens préparatoires au mois de juin 2016.

Elle a été modifiée au cours de l'étude, à plusieurs reprises, comme il est d'usage dans les études qualitatives afin d'améliorer la qualité des réponses.

Après les entretiens préparatoires, nous avons décidé de poser les questions initiales sur l'ancienneté d'exercice, le statut MSU, le suivi d'une FMC, le lieu d'exercice, en préambule et non en début d'entretien enregistré.

Dès le deuxième entretien, nous avons ajouté une question directe sur les AOD : « quelles difficultés rencontrez-vous avec les AOD ? ».

Ensuite, après le 5e entretien, nous avons décidé d'ajouter des questions plus ciblées sur le raisonnement des MG devant une suspicion de MTEV : « comment procédez-vous quand vous avez une suspicion de TVP ou d'EP ? », ainsi qu'une autre question sur le ressenti par rapport aux MTEV : « quelles sont vos inquiétudes par rapport à la prise en charge des MTEV ? ». Également, nous avons ajouté une question d'ouverture sur les suggestions des MG pour améliorer la prise en charge des MTEV : « qu'est-ce qui faciliterait selon vous la prise en charge des MTEV ? ».

Les différentes grilles d'entretien sont disponibles en annexe 2.

4.3 Après l'entretien

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot (verbatim) et nous avons analysé le discours.

Nous avons tout d'abord réalisé une analyse longitudinale des verbatim en codant chaque entretien l'un après l'autre. Un code est un sigle regroupant un contenu de même type, qui permet la recherche du plus petit élément signifiant du discours. Ce codage consiste à isoler des phrases ou segments de phrases de l'interrogé, et à leur attribuer une signification, un sens appelé « occurrence ». Au fur et à mesure de l'entretien plusieurs occurrences se dégagent, plusieurs verbatim pouvant alimenter la même occurrence. A chaque occurrence est attribuée un intitulé (« code »), une définition pour préciser l'intitulé, et est associé les extraits des verbatim en lien. Nous avons ainsi réalisé un tableau de codage pour chaque entretien.

Une fois les tableaux réalisés, nous avons procédé à une analyse transversale en reprenant l'ensemble des occurrences une par une avec les verbatim de tous les entretiens et en les regroupant en thèmes plus généraux, appelés « items ». Ainsi nous avons obtenu l'ensemble des items analysés et leurs occurrences associées.

Tous les entretiens retranscrits ont été validés par le médecin interrogé, qui a été contacté par courrier dans les jours qui suivaient l'entretien.

III- Résultats

Onze entretiens semi-dirigés ont été réalisés de juin 2016 à décembre 2016.

Leur durée était de 16min et 48s en moyenne (minimum de 12min et maximum de 24min).

Tous les entretiens se sont déroulés dans le cabinet médical du praticien.

Les médecins interrogés n'étaient pas connus de l'enquêteur avant l'étude, sauf les médecins 10 et 11.

1- Données socio-professionnelles des médecins interrogés

	Sexe	Lieu exercice	Ancienneté d'installation	MSU	Réseau	FMC
Médecin 1	Femme	urbain	22 ans	Oui	Non	Oui
Médecin 2	Homme	urbain	37 ans	Non	Non	Oui
Médecin 3	Homme	semi-rural	1 an	Non	Non	Oui
Médecin 4	Homme	semi-rural	31 ans	Non	Non	Non
Médecin 5	Femme	urbain	33 ans	Non	Non	Oui
Médecin 6	Homme	urbain	35 ans	Oui	Non	Oui
Médecin 7	Homme	urbain	28 ans	Oui	Oui	Non
Médecin 8	Femme	semi-rural	26 ans	Oui	Non	Oui
Médecin 9	Homme	semi-rural	34 ans	Oui	Non	Oui
Médecin 10	Homme	rural	14 ans	Non	Oui	Oui
Médecin 11	Femme	semi-rural	2 ans	Non	Non	Oui

2- Entretiens préparatoires

Nous avons réalisé deux entretiens préparatoires début juin 2016 auprès de médecins que nous avons eu l'occasion de remplacer.

Ces entretiens ont été très utiles puisqu'ils ont permis de tester le guide d'entretien, et de se rendre compte de la difficulté de réaliser un entretien en utilisant uniquement des questions ouvertes. Nous nous étions laissé guider par l'entretien sans avoir le guide sur soi afin d'être attentif au discours et nous avons trop souvent basculé vers des questions fermées.

Ces entretiens avaient déjà apporté plusieurs thèmes, ce qui était encourageant.

3- Analyse longitudinale des entretiens

Entretien 1 : Ce médecin était investi dans la formation puisque maître de stage pour les externes, installée depuis 22 ans en milieu urbain. L'entretien s'est bien déroulé, le médecin donnait

spontanément beaucoup de détails, ce qui évitait de reformuler des questions de relance et permettait de se concentrer sur son discours. Ce premier entretien nous a donc donné de l'assurance et de la confiance pour la suite. Il a souligné la particularité de la prise en charge des personnes âgées qui n'est pas toujours facile à gérer en médecine de ville.

Suite à ce premier entretien, nous avons décidé d'ajouter au guide d'entretien une question sur les AOD afin de voir si ces nouveaux traitements constituent pour les médecins généralistes une inquiétude donc un frein ou au contraire un bénéfice, une opportunité supplémentaire simplifiant la prise en charge des MTEV.

Entretien 2 : Ce médecin apportant spontanément moins de détail à ses réponses (comparativement au premier entretien), nous nous sommes retrouvés dans une situation d'enquêteur bien différente, et nous avons dû relancer régulièrement le discours. Ceci a permis de se rendre compte de la difficulté de s'adapter au discours et au style de parole de l'interviewé, afin d'en tirer chaque fois le maximum d'informations. Utiliser le minimum de questions fermées est plus complexe dans cette situation.

Cet entretien a mis en évidence le rôle de l'expérience des médecins, puisque ce médecin était proche de la retraite, et avec le temps, il avait tissé un « réseau » de connaissances lui permettant d'avoir des avis rapides de spécialistes. La difficulté principale pour ce médecin était de penser au diagnostic de MTEV devant une symptomatologie fruste.

Entretien 3 : Pour ce 3e entretien, nous n'avions pas d'information sur l'âge ni l'ancienneté d'installation du médecin avant de le rencontrer. Nous avons pris contact avec le secrétariat de ce cabinet de deux médecins installés en milieu semi-rural. En fait, l'un des deux médecins partait très prochainement à la retraite, et celui qui nous a reçu venait de s'installer depuis un peu moins d'un an. Il nous a apporté une situation clinique intéressante concernant les femmes enceintes et les MTEV. Il raisonnait en score de Wells pour dialoguer avec l'angiologue de secteur.

Entretien 4 : Cet entretien réalisé auprès d'un médecin expérimenté installé en milieu semi-rural a apporté beaucoup d'informations sur les différentes étapes de la prise en charge des MTEV. Le choix du mode de transport du patient est apparu comme un réel problème : délai d'intervention des ambulances, gestion du temps avant le transport du patient du cabinet médical vers le spécialiste, rôle que la famille peut jouer pour conduire le patient plus rapidement.

Ce médecin suit un schéma de prise en charge très stéréotypé selon la localisation de la TVP suspectée, et la présence ou non de symptômes évoquant une EP.

Ce médecin a vite adopté les AOD dans la suspicion de MTEV pour leur rapidité d'efficacité, leur souplesse d'utilisation.

Entretien 5 : Cet entretien a mis en évidence une notion fondamentale en médecine de ville : comment changer ses habitudes de prescription lorsque celles-ci sont le fruit de 30 ans d'expérience ? Ce problème a été soulevé par l'utilisation récente des nouveaux anticoagulants oraux dans la MTEV alors que le médecin interrogé a une grande habitude de manier les HBPM/AVK en phase aiguë des MTEV.

Cet entretien a également mis en évidence une notion à laquelle nous n'avions pas pensé lors de la préparation du guide d'entretien : le fait que certains médecins généralistes disposent dans leur cabinet médical d'un écho-doppler de « débrouillage » pour le diagnostic de TVP.

Cet entretien montre aussi que le « schéma » de prise en charge diagnostique des TVP s'avère perturbé aux horaires de la semaine où les cabinets d'angiologie sont fermés, ce qui impose un

passage aux urgences qui n'aurait pas été médicalement nécessaire.

La discordance entre la gravité potentielle de la TVP (de par son risque d'évolution en EP) et la « bonne santé apparente » des patients arrivant en consultation de médecine générale pour lesquels une suspicion de TVP est soulevée, ne facilite pas la prise en charge. Faire appel à une ambulance, ou au SAMU paraît disproportionné aux yeux de certains patients paucisymptomatiques et une éducation aux risques de la MTEV est indispensable. Le médecin interrogé dans cet entretien soulève une probable sous-information de la population générale à la MTEV.

Entretien 6 : Ce médecin en fin de carrière a su développer au fil des années un réseau de connaissances qui lui ont permis d'obtenir un accès aux soins rapides pour ses patients.

Il a mis en évidence sa crainte de passer à côté d'un diagnostic de MTEV et donc la gravité qu'il reconnaît à cette pathologie, préférant réaliser des doppler « par excès » dès qu'un doute apparaît.

Entretien 7 : Cet entretien s'est avéré assez complexe car le médecin interrogé apportait des réponses très courtes, qu'il fallait relancer régulièrement pour enrichir ses propos. Ceci est assez déstabilisant d'autant qu'il ne semblait pas éprouver des difficultés pour prendre en charge ses patients atteints de MTEV. Mais finalement, une notion importante est ressortie de cet entretien : la relation de confiance qui se met en place entre le médecin généraliste et les différents professionnels intervenant dans la prise en charge ambulatoire des MTEV est un élément clé à la précocité de l'obtention de la confirmation diagnostique.

Pour lui, le raisonnement devant une suspicion de MTEV semble très bien structuré et codifié selon le degré de probabilité clinique et la présence ou non de signes de gravité. Ce médecin accorde beaucoup de crédit au sens clinique, à l'intuition, bien plus qu'aux scores prédictifs. Par le gain de temps que cela apporte, il encourage le transport du patient vers les cabinets d'angiologie ou services d'urgence par la famille ou un proche à chaque fois que le tableau clinique n'est pas « critique ».

Entretien 8 : Ce médecin nous a apporté une notion intéressante puisque nouvelle dans ce travail de recherche : convaincre le patient, obtenir son approbation sur la prise de décision devant une suspicion de MTEV. Elle réalisait toujours une injection d'HBPM au cabinet cas de suspicion de MTEV. Elle regrettait que le retour de courrier ne soit pas systématique lorsqu'un patient suspect de MTEV était adressé aux urgences.

Entretien 9 : Entretien particulièrement intéressant puisque le médecin interrogé est médecin pompier, et donc investi dans le domaine de l'urgence, ce qui concerne pleinement les MTEV et notamment l'EP. Le médecin était intéressé par le sujet et apportait spontanément des réponses très complètes, détaillées. Une question intéressante est ressortie de cet entretien : comment rassurer le patient du risque de récurrence de MTEV lors de la décision d'arrêt des anticoagulants après une EP ou une TVP ?

Entretien 10 : Réalisé auprès d'un médecin exerçant en milieu rural, soucieux depuis plusieurs années de se former à la réalisation de dopplers veineux au cabinet médical afin de ne pas avoir recours systématiquement à un angiologue pour le diagnostic initial de TVP. Il contacte le SAMU pour chaque suspicion d'EP pour discuter de la prise en charge.

Entretien 11 : Médecin installée depuis peu qui manque de repères et d'expérience dans la MTEV, et qui n'a pas eu souvent l'occasion de prescrire les AOD, ce qui explique sa réticence vis-à-vis de

ces traitements. L'accès au doppler est la difficulté principale qu'elle rencontre.

4- Analyse transversale des entretiens

4.1 La suspicion diagnostique de MTEV

4.1.1. La complexité du diagnostic

La majorité des médecins interrogés évoquaient la complexité du diagnostic de MTEV, de par le polymorphisme clinique, le fait que le tableau soit presque toujours incomplet. Une certaine appréhension de passer à côté du diagnostic leur imposait une prudence et parfois des dopplers « par excès ».

« Ma première difficulté c'est de poser le diagnostic » (médecin 8)

« Je fais des suspicions par excès », « c'est tellement fruste comme symptomatologie » (médecin 2)

« C'est une pathologie à laquelle on ne pense jamais suffisamment » (médecin 6)

« L'EP peut poser problème sur le plan diagnostique, ça peut être traître » (médecin 3)

« On doit passer souvent à côté », « Les signes ne sont pas évidents » (médecin 5)

« La grosse jambe rouge, c'est pas la première présentation clinique qu'on voit, c'est souvent un truc bâtarde. » (médecin 10)

4.1.2. L'intuition clinique

Le rôle de l'intuition clinique, de l'expérience a été souligné par le médecin 2 pour évoquer le diagnostic de MTEV, par comparaison à l'utilisation des scores de probabilité.

« Ma génération, on utilise plutôt notre feeling » (médecin 2)

4.1.3. L'utilisation des scores de probabilité

Pour le médecin 7, ces scores n'avaient pas leur place en cabinet de médecine générale car le moindre doute doit amener à faire un doppler ou un angioscanner même si le score de probabilité clinique était faible.

« Les scores ça n'a aucun intérêt pour nous en médecine de ville...Ça embrouille la pensée plus qu'autre chose. » (médecin 7)

Pour le médecin 8, les scores de probabilité clinique pouvaient avoir un intérêt en pratique lorsque le diagnostic est incertain, en cas de doute.

« Ça peut avoir un intérêt pour clarifier les choses...quand j'ai un doute » (médecin 8)

Pour le médecin 3, le score de Wells pour la TVP permettait de discuter avec l'angiologue au moment de négocier l'obtention d'un doppler.

« On parle en score de Wells », « je trouve que c'est plus parlant » (médecin 3)

4.1.4. L'intérêt des D-dimères en pratique

Pour les médecins 5 et 6, les D-dimères n'étaient pas faciles à utiliser et n'avaient pas une place importante dans le diagnostic des MTEV en ville.

« Les D-dimères c'est une méthode douteuse, quand ils sont légèrement augmentés on ne sait pas quoi en faire... » (médecin 6)

« Je me pose toujours la question des D-dimères, je pense qu'en ville ça n'est pas très utile. » (médecin 5)

Les médecins 7 et 9 utilisaient les D-dimères en cas de faible probabilité de MTEV et lorsque l'accès à l'angioscanner était retardé.

« Quand j'ai un gros doute et que j'ai un délai d'angioscanner plus long » (médecin 9)

« Les D-dimères parfois dans les tableaux bâtards » (médecin 7)

L'interprétation des D-dimères était plus complexe chez les personnes âgées selon le médecin 9, rendant les indications plus restreintes.

« Mais les D-dimères après 75 ans, on a un gros doute, donc on se dit qu'est-ce qu'on fait, on les fait on les fait pas » (médecin 9)

4.1.5. Le temps d'organiser la prise en charge diagnostique

Le médecin 8 rappelait le délai qu'il faut pour rendre le patient adhérent à la prise en charge, organiser le doppler au cours de la consultation.

« Le temps que je vais devoir passer à organiser la prise en charge », « si le patient est coopérant » (médecin 8)

4.1.6. L'équipement des MG

Le médecin 9 regrettait que les médecins généralistes ne soient pas davantage équipés d'un saturomètre afin de dépister une désaturation qui peut être un argument supplémentaire pour une embolie pulmonaire.

« Ce que je déplore surtout, c'est que mes confrères ont très peu de matériel...c'est à dire au moins un saturomètre » (médecin 9)

Encadré 1 : la suspicion diagnostique de MTEV

- Le diagnostic de TVP et/ou EP était très souvent complexe puisque le tableau est incomplet.
- Les médecins généralistes interrogés appréhendaient cette pathologie potentiellement grave.
- Ils utilisaient peu les scores de probabilité clinique ainsi que les D-dimères, éventuellement en cas de doute initialement. Certains faisaient principalement confiance à leur intuition clinique.
- Un médecin rappelait que la prise en charge diagnostique initiale demande du temps afin d'expliquer la situation au patient.

4.2 Le transport du patient

4.2.1. Le délai d'intervention des ambulances

Le délai d'intervention des ambulances et la difficulté à trouver une ambulance disponible étaient des arguments pour privilégier un transport personnel pour la plupart des médecins interrogés.

« Les ambulances privées on va attendre 1h, 2h, 3h à venir, donc ceux-là qu'est-ce qu'on fait » (médecin 4)

« L'ambulance il faut trouver celui qui est disponible... » (médecin 7)

4.2.2. Le rôle des proches

Les médecins 4 et 7 évoquaient la rapidité d'accès au service d'urgence ou au cabinet d'angiologie par les moyens personnels du patient, ce qui était un avantage considérable pour ne pas « gaspiller » du temps. Cela sous-entendait pour le médecin 7 que le patient n'avait pas de critère de gravité (constantes vitales normales) et pas de comorbidités majeures, sinon il fallait prévoir un transport médicalisé.

« Il est plus vite monté avec sa voiture », « Si c'est une personne avec de bonnes constantes, pas de tare importante, je demande à quelqu'un de venir le chercher et l'emmener. » (médecin 7)

« Avec leurs moyens, la famille peut être en 7 min au service d'urgence le plus proche » (médecin 4)

« Parfois on a plus à gagner à faire comme ça, par un moyen personnel. » (médecin 9)

Le médecin 5 expliquait que le transport par un proche vers le service d'urgence ou d'angiologie permettait de ne pas dramatiser la situation, l'ambulance étant un facteur de stress supplémentaire au moment de l'annonce de la suspicion diagnostique.

« Je préfère comme ça, pour ne pas dramatiser » (médecin 5)

4.2.3. Le SAMU

Pour le médecin 6, une probabilité élevée d'embolie pulmonaire justifiait un transport par le SAMU.

« Si le tableau évoque une forte suspicion d'embolie pulmonaire, j'appelle le SAMU » (médecin 6)

Pour le médecin 10 en milieu rural, toute suspicion d'EP au cabinet médical devait être régulée par le SAMU.

« Là c'est régulation SAMU » (médecin 10)

Pour les médecins 7 et 9, c'était les signes de détresse vitale devant une suspicion d'EP qui nécessitaient l'intervention du SAMU.

« Il y a des signes cliniques de détresse et là c'est transport médicalisé, on reste là et on attend le SAMU » (médecin 9)

« Il faut qu'il y ait une détresse vitale ou une hypoxie en dessous de 90%. » (médecin 7)

Encadré 2 : le transport du patient

-La majorité des médecins reconnaissent solliciter préférentiellement un proche pour transférer le patient vers l'angiologue ou les urgences, étant donné le délai d'intervention des ambulances.

-Le SAMU était contacté en cas de signe de détresse vitale pour la plupart, pour certains dès qu'il y a une suspicion d'EP.

4.3. Confirmation diagnostique MTEV

4.3.1. Difficulté d'accès au diagnostic positif

Les médecins 4 et 11 expliquaient que la difficulté de prise en charge des MTEV en médecine générale consiste en l'accès au doppler et surtout à l'angioscanner thoracique.

« Les difficultés de prise en charge sont surtout l'obtention des écho et à plus forte raison aux examens plus invasifs » (médecin 4)

« ce qui est important c'est avoir un accès facile, enfin rapide à l'écho-doppler (médecin 11)

4.3.2. Problème des horaires « extrêmes » et week-end

L'obligation de passer par les urgences le week-end et le soir quand les cabinets d'angiologie et scanner sont fermés était un frein à l'utilisation du réseau « habituel » de ville.

« Le vendredi soir on est très embêté » (médecin 5)

« Ça dépend de l'heure et du jour où on fait le diagnostic », « quand c'est un vendredi soir... très souvent on passe par les urgences » (médecin 8)

4.3.3. Rôle du réseau

La confiance mutuelle qui s'installe au fil du temps entre le médecin généraliste et ses correspondants angiologues locaux permettait d'avoir accès au doppler rapidement. Pour les médecins 6 et 7, la création de ce circuit de prise en charge était l'une des principales difficultés dans la prise en charge des TVP.

« C'est la création du réseau pour avoir le doppler rapidement » (médecin 7)

« On a installé effectivement une confiance, une manière de travailler ensemble » (médecin 6)

« Si on peut avoir une prise en charge locale c'est quand même beaucoup plus pratique » (médecin 4)

« Mes correspondants me connaissent » (médecin 8)

«Ce sont des connaissances avec le temps... on a des correspondants habituels donc c'est pratique » (médecin 2)

4.3.4. Médecins généralistes équipés d'un doppler

Le médecin 5 rapportait le cas des médecins généralistes équipés d'un doppler au cabinet médical, qui évitait des doppler excessifs auprès de l'angiologue et facilitait l'accès au diagnostic.

« Je n'ai pas de doppler au cabinet, je sais qu'il y a des généralistes qui en font » (médecin 5)

Le médecin 10, qui exerce en milieu rural et pour qui le premier angiologue se trouve à 25 min de transport, pensait que cela serait essentiel que les médecins généralistes puissent être formés et soient équipés pour faire un doppler veineux au cabinet médical en cas de suspicion de TVP.

« Qu'on sache tous faire des dopplers », « le doppler ça serait vraiment intéressant au cabinet » (médecin 10)

4.3.5. Déplacement de l'angiologue

Le médecin 1 a rapporté le cas d'un angiologue qui s'était déplacé en EHPAD pour faire le doppler d'une personne âgée fragile : ceci est particulièrement précieux dans ce cas afin d'éviter le déplacer ce type de patient.

« C'était un angiologue qui se déplaçait », « ce qui est exceptionnel » (médecin 1)

4.3.6. L'angioscanner en ambulatoire

Un seul médecin interrogé (médecin 9), essayait et réussissait parfois à obtenir un angioscanner le jour-même pour une suspicion d'embolie pulmonaire, avant bien sûr de rediriger le patient vers un service d'urgence si le diagnostic était confirmé.

« Si je peux avoir un angioscanner dans la journée il n'y a pas de problème je le fais en ambulatoire » (médecin 9)

4.3.7. Le faux négatif du doppler veineux

Le médecin 10 rapportait le cas exceptionnel d'un doppler veineux faussement négatif qui a provoqué ensuite l'évolution d'une TVP vers une embolie pulmonaire, de par le retard diagnostic induit.

« Je ne sais pas comment c'est possible, si le doppler a été fait trop vite... » (médecin 10)

Encadré 3 : confirmation diagnostique MTEV

-L'accès au diagnostic positif de TVP était plus complexe les week-ends et lors des horaires de fermeture des cabinets d'angiologie ; le recours aux urgences « par défaut » était alors nécessaire.

-La constitution d'un « réseau », les habitudes de collaboration avec les angiologues d'un secteur facilitaient l'accès au diagnostic positif.

-Certains médecins parvenaient à obtenir rapidement un angioscanner thoracique pour le diagnostic d'EP en ville avant de décider de muter le patient aux urgences en fonction du résultat.

-Pour certains, le fait que les MG soient équipés d'un doppler au cabinet médical était un atout certain pour simplifier la prise en charge diagnostique.

-Les angiologues se déplaçant auprès des patients institutionnalisés évitaient un recours aux urgences pour le diagnostic de TVP chez ces patients âgés fragiles.

4.4. Anticoagulants

4.4.1. HBPM

Pour les médecins 5 et 8, qui prescrivent des HBPM depuis 30 ans, il était difficile de remettre en question des habitudes de prescription anciennes et bien maîtrisées.

« D'emblée j'utilise plutôt les HBPM, c'était mon habitude il y a 30 ans » (médecin 5)

« Je maîtrise beaucoup mieux la piqûre d'HPBM que les anticoagulants oraux directs » (médecin 8)

Pour les médecins 8, 9 et 10, chaque suspicion de MTEV au cabinet médical, même faible, imposait la réalisation d'une injection d'HBPM, avant d'obtenir la confirmation ou l'infirmité diagnostique.

« Quand j'ai posé le diagnostic, il ne part pas sans sa piqûre » (médecin 8)

« Toujours. Même si la suspicion est faible » (médecin 9)

Le médecin 6, lui, ne réalisait une injection d'HBPM qu'en cas de suspicion au moins modérée.

« Si vraiment j'ai une vraie suspicion je les pique ici tout de suite » (médecin 6)

4.4.2. AOD

Pour plusieurs médecins interrogés, la facilité d'utilisation, l'absence de surveillance de l'INR, l'absence d'injection d'HBPM au préalable étaient des atouts majeurs qui rendaient les AOD très pratiques en ville.

« Les NACO ça a beaucoup simplifié les choses » (médecin 7)

« Ça évite la série d'injections d'héparine par l'infirmière à domicile, d'attendre que l'INR veuille bien arriver dans la cible. », « La souplesse thérapeutique et l'efficacité immédiate des AOD c'est

agréable » (médecin 4)

« Pour certains patients c'est quand même infiniment plus simple » (médecin 8)

Pour le médecin 1, la facilité d'utilisation des AOD et l'absence de surveillance de l'INR imposait une certaine prudence car ces traitements risquaient d'être de ce fait banalisés.

« Maintenant on les banalise, et ça peut être dangereux », « il faut bien réexpliquer que ce sont des anticoagulants comme il n'y a plus de surveillance de l'INR » (médecin 1)

La prescription d'un AOD pour un patient ayant été traité par le passé par un AVK imposait une éducation thérapeutique particulière pour le médecin 1 ; il fallait bien expliquer à ce patient qu'il s'agissait d'un traitement anticoagulant avec les risques qu'il comporte, bien qu'il n'y ait pas de surveillance de l'INR.

« Et c'est un peu compliqué d'utiliser les nouveaux anticoagulants avec les patients qui ont déjà eu les anticoagulants classiques par le passé, de leur dire qu'il n'y a plus de contrôle de l'INR... » (médecin 1)

Les médecins 2 et 11 n'avaient pas l'habitude de prescription des AOD leur permettant de les utiliser sans appréhension.

« Mon problème c'est au niveau du traitement avec les nouveaux anticoagulants, quand les mettre » (médecin 2)

« je suis moins à l'aise... Je pense que je connais moins aussi les AMM » (médecin 11)

Encadré 4 : anticoagulants

-Certains médecins réalisaient systématiquement une injection d'HBPM ou Arixtra devant toute suspicion, même faible, de MTEV au cabinet médical.
-La plupart des médecins interrogés reconnaissaient que les avantages à utiliser les AOD versus AVK sont multiples en ville. D'autres soulignaient qu'il ne faut pas les banaliser et que l'éducation thérapeutique reste primordiale.
-Certains n'avaient pas encore l'habitude de manipuler les AOD, et d'autres avaient des difficultés pour modifier leurs habitudes de prescription d'HBPM.

4.5. Particularités cliniques

4.5.1 Personnes âgées

Le médecin 1 rappelait les particularités de prise en charge de le MTEV chez les personnes âgées : risque confusionnel lors d'un transfert aux urgences, gestion des comorbidités rendant le diagnostic plus urgent.

« C'est assez compliqué, il faut les emmener aux urgences, elles sont parfois perdues », « terrain très à risque », « chez quelqu'un de plus âgé on aime bien avoir le diagnostic vite » (médecin 1)

L'observance thérapeutique était moins prévisible pour les personnes âgées, et devant la gravité potentielle d'une mauvaise prise du traitement anticoagulant dans la MTEV, le passage d'une infirmière à domicile pour préparer le pilulier et surveiller la prise médicamenteuse paraissait utile pour le médecin 1.

« A partir d'un certain âge, attention sur l'observance, et je pense que dans ce cas l'infirmière n'est pas inutile » (médecin 1)

4.5.2 Insuffisant rénal

L'insuffisance rénale (sévère) complexifiait la prise en charge puisqu'elle restreignait le choix du traitement anticoagulant et imposait parfois l'hospitalisation.

« J'ai eu de la chance qu'il n'y avait pas d'insuffisance rénale » (médecin 1)

4.5.3 Sujets jeunes

Pour le médecin 1, bien éduquer les patients jeunes sur la gravité potentielle d'une TVP était essentiel afin qu'ils ne banalisent pas cette affection.

« Il faut peut-être leur faire un peu peur... sinon elles banalisent la phlébite » (médecin 1)

4.5.4 Femmes enceintes

Le médecin 3 a évoqué une situation de suspicion diagnostique de TVP chez une femme enceinte où il n'avait pas hésité à faire un doppler devant la gravité potentielle de la MTEV chez ces patientes.

« Comme c'était une femme enceinte il ne fallait pas que je passe à côté du diagnostic » (médecin 3)

4.5.5 Patients isolés

Le médecin 1 rappelait l'importance du passage d'une infirmière au domicile des patients isolés traités par anticoagulants pour une MTEV afin de s'assurer de l'absence de complication et de la bonne observance thérapeutique.

« Quand la personne est un peu isolée, c'est un peu limite, c'est peut être mieux de faire passer une infirmière » (médecin 1)

Encadré 5 : particularités cliniques

- Les personnes âgées sont fragiles et le transport aux urgences était évité autant que possible.
- L'insuffisance rénale réduisait les possibilités d'anticoagulation et complexifiait la prise en charge.
- Faire passer une infirmière au domicile d'un patient isolé et/ou âgé traité pour MTEV semblait prudent pour assurer l'observance et une surveillance clinique étroite.
- Les femmes enceintes représentaient un groupe à risque de MTEV pour qui cette pathologie devait être diagnostiquée rapidement.

4.6. Suivi

4.6.1 Retour après avoir adressé le patient

Le retour de courrier des urgences après suspicion d'EP infirmée n'était pas systématique, ce que

regrettaient les médecins 8 et 9.

« En sortie d'urgence on a maintenant assez fréquemment le dossier de nos patients... Mais c'est pas partout » (médecin 9)

« Quand ils partent à l'hôpital... le retour est moins systématique », « quand ils ont infirmé le diagnostic, je n'ai aucun courrier » (médecin 8)

Le médecin 3 appréciait que l'angiologue lui téléphone pour l'informer du diagnostic après suspicion de TVP.

« Nous tenir au courant des patients qu'on a adressés » (médecin 3)

4.6.2 Suivi de l'angiologue seul

Le médecin 2 avait l'habitude que l'angiologue gère seul le suivi du patient avec diagnostic de MTEV, estimant que cela était plus confortable.

« Par rapport à ça, ils la prennent en charge, c'est un gain de temps et de sécurité » (médecin 2)

4.6.3 Suivi conjoint avec MG

Pour les autres médecins interrogés, l'angiologue décidait de l'arrêt du traitement et faisait le doppler de contrôle et le médecin généraliste surveillait l'INR sous AVK.

« Moi je ne décide pas toute seule », « à mon avis on se double quand même de l'avis de l'angiologue » (médecin 1)

4.6.4 Décision d'arrêt des anticoagulants

Le médecin 9 évoquait la difficulté de rassurer le patient lorsque la décision d'arrêter les anticoagulants était prise, devant le risque de récurrence de MTEV.

« C'est surtout sur l'arrêt, avec l'angoisse du patient qui dit « ça fait 6 mois que je prends le traitement et là j'ai plus rien » (médecin 9)

Encadré 6 : suivi

-Le retour de courrier des urgences après suspicion d'EP n'était pas systématique.
-Certains MG déléguaient le suivi des MTEV à l'angiologue, d'autres préféraient un suivi conjoint.
-La décision d'arrêt des anticoagulants représentait une angoisse pour certains patients ; les MG se doublaient de l'avis de l'angiologue avant d'arrêter le traitement.

4.7 Projet FRAME

4.7.1. Transmission initiale des informations

Pour une prise en charge coordonnée, les médecins généralistes interrogés dans cette étude rapportaient tous la nécessité d'un courrier rapide, afin de revoir le patient en cabinet de médecine générale dans des conditions optimales : diagnostic précis établi aux urgences, nature du traitement anticoagulant choisi et sa posologie, date de la consultation avec l'angiologue.

La rapidité de transmission des informations permettait de ne pas « perdre de temps » à récupérer ces données par téléphone. Pour le médecin 7, cela pourrait passer par un mail ou pour les médecins 4 et 10 par un appel direct lorsque le patient sort de l'hôpital.

« C'est la rapidité des informations qui pose problème », « Après moi on m'appelle directement en me disant on a votre patiente, elle a fait une embolie pulmonaire, tel est le traitement, et c'est bon. » (médecin 4)

« Il faudrait nous prévenir par téléphone » (médecin 10)

« Il faut qu'on puisse avoir un courrier rapidement avec ce qui a été trouvé, donc par mail. » (médecin 7)

4.7.2. Communication entre angiologue et médecin généraliste

Avoir le numéro spécifique pour joindre l'angiologue référent directement apparaissait essentiel afin de ne pas devoir passer par plusieurs intermédiaires pour le joindre en cas de problème.

« Il faut une ligne directe pour pouvoir joindre le spécialiste en question » (médecin 2)

« Il faut que les gens soient joignables » (médecin 1)

« Un interlocuteur vers qui on peut se retourner » (médecin 11)

4.7.3. Rôle du médecin généraliste

Le médecin 8 a insisté sur la bonne transmission du protocole d'étude et sur la nécessité de bien informer le médecin traitant du rôle qu'il a à jouer dans le suivi ambulatoire du patient avec EP à bas risque.

« Qu'on nous informe de l'existence du protocole et qu'on nous dise quelle place nous avons, nous, médecins généralistes » (médecin 8)

4.7.4. Problème de « l'investissement » que ça demande

Pour le médecin 2, prendre en charge un patient avec une EP à bas risque de manière précoce à sa sortie d'hospitalisation demandait un investissement important qu'il était difficile d'assumer étant donné l'excès de patientèle de la plupart des médecins généralistes.

« Est-ce qu'on est suffisamment disponibles pour les prendre en charge ? » (médecin 2)

4.7.5 Appréhension de la gestion ambulatoire des EP

Le médecin 4, bien que semblant favorable à la prise en charge ambulatoire précoce des EP à bas risque, rappelait que cette pathologie était potentiellement grave et que la prise en charge initiale hospitalière « rassurait » le médecin généraliste.

« C'est vrai que ces patients avec EP on est tranquille de les savoir ailleurs » (médecin 4)

Encadré 7 : projet FRAME

- La plupart des MG étaient favorables à ce projet, à condition que les informations leur soient transmises rapidement à la sortie du patient et que le rôle de chaque intervenant soit bien défini.
- Nécessité d'une ligne directe pour joindre l'angiologue référent du patient.
- Certains MG craignaient de manquer de temps pour prendre en charge ces patients en ville, d'autres étaient rassurés de les savoir hospitalisés.

IV- Discussion

1. Résultat principal

L'objectif de notre travail était de mettre en évidence les freins à la prise en charge ambulatoire des MTEV, en interrogeant des médecins généralistes sur leur pratique.

Cette étude a mis en évidence plusieurs axes de réflexion sur ce sujet.

1.1. **Suspicion diagnostique MTEV**

La première difficulté admise par tous les médecins interrogés est la difficulté à évoquer le diagnostic de MTEV devant une symptomatologie souvent fruste, incomplète.

Cette appréhension de passer à côté du diagnostic rend les médecins prudents et les incite à réaliser des « dopplers par excès ».

Certains font confiance à leur « intuition clinique ».

Cette intuition clinique a été étudiée dans un article publié dans Pédagogie médicale en 2005 (31) : il évoque la singularité du raisonnement clinique qui comprend à la fois un raisonnement analytique (les données de la science, la théorie) associé à un raisonnement non analytique (l'expérience médicale, le vécu à la fois personnel, l'environnement, le contexte).

Les raisonnements analytiques et non analytiques interagissent, inconsciemment, l'un avec l'autre dans la démarche diagnostique qu'effectuent les médecins. Cette interaction est bien évoquée par les médecins interrogés et le potentiel de gravité de la MTEV dépasse le raisonnement analytique et conduit à des prescriptions qui visent à les rassurer.

1.2. **Algorithmes diagnostiques**

Dans notre étude, l'utilisation des algorithmes diagnostiques pour la TVP est rare, probablement du fait de la crainte de retard diagnostique et du caractère contraignant de réaliser un bilan biologique pour dosage de D-dimères (éloignement géographique du laboratoire, délai d'obtention du résultat, organisation de la prise en charge et du suivi plus complexe), et de la faible confiance qu'ont les MG dans les résultats et l'intérêt des D-dimères en ville.

L'utilisation des scores de probabilité clinique est faible ; certains médecins ont expliqué que ces scores n'avaient pas leur place en médecine générale, étant donné que le moindre doute sur une TVP doit conduire au doppler de confirmation. D'autres utilisent ces scores en cas de doute. Un seul médecin interrogé utilise le score de Wells régulièrement pour évaluer la probabilité clinique d'une TVP et discuter l'indication de doppler avec l'angiologue.

Certains médecins ont un raisonnement très structuré qui n'est pas nécessairement basé sur le score de Wells ou de Genève, d'autres raisonnent au cas par cas.

La symptomatologie clinique des TVP ou EP étant fruste, l'évaluation de la probabilité clinique par l'intuition, l'expérience, apparaît très subjective, « médecin-dépendante », et probablement beaucoup de dopplers sont réalisés par excès.

Un article a été publié dans la Revue médicale suisse en 2015 (10) sur ce sujet : Quelle prise en charge pour une suspicion de TVP des membres inférieurs ?

Il rappelle qu'en utilisant le score de Wells, en cas de probabilité faible, le risque de TVP est de 5% ,

17% en cas de probabilité intermédiaire, 53% en cas de probabilité élevée.

Dans notre étude, les D-dimères et le score de Wells sont peu utilisés par les MG ; or, les D-dimères, lorsqu'ils sont négatifs, permettent d'éliminer à 95% le diagnostic de TVP de probabilité pré-test faible ou intermédiaire. La plupart des médecins interrogés n'ont pas confiance en ce résultat de D-dimère et y voient un faible intérêt, préférant prescrire un doppler d'emblée. D'après les études, environ 20% des dopplers demandés pour suspicion de TVP retrouvent effectivement une TVP alors que 80% sont négatifs.

L'usage plus fréquent des algorithmes diagnostiques pour l'EP et la TVP pourraient diminuer le recours à l'angiologue ou au service d'urgence dans les situations de faible probabilité avec D-dimères négatifs.

Devant le constat que 90% des suspicions de TVP adressées à l'angiologue étaient infirmées, une étude prospective néerlandaise a été publiée en 2009 dans *Annals of internal medicine* (32). Elle a inclus 1028 patients suspects de TVP, auprès de 300 MG, et a montré que l'utilisation systématique d'un score clinique incluant le dosage des D-dimères en soins primaires devant une suspicion de TVP réduisait sans risque le recours au doppler.

Une thèse de MG a été soutenue en 2015 par Audrey Robleda (33) sur le recensement et validation sur les scores cliniques diagnostics dans les pathologies cardiovasculaires en soins primaires. Les scores de Genève révisé et Wells sont validés pour l'EP en MG. Les scores de Wells et Hamilton sont validés pour la TVP en MG.

Ces références bibliographiques montrent que les MG reconnaissent que le diagnostic de TVP/EP est complexe de par le polymorphisme clinique ; pourtant, ils utilisent peu les scores de probabilité clinique validés qui sont des aides au diagnostic et qui guident la conduite à tenir.

1.3. Accès au doppler veineux

L'accès au doppler pour le diagnostic de certitude de TVP est rarement un réel problème pour les médecins interrogés, à condition d'avoir pu créer et de pouvoir compter sur un réseau local d'angiologues libéraux réactifs, avec qui, au fil des années, une relation de confiance s'est établie. Cette condition est mise à mal lors des périodes de fermeture des cabinets d'angiologie, ce qui dans ce cas peut parfois conduire à adresser le patient aux urgences « par défaut ». Chaque médecin interrogé tend en premier lieu à privilégier le réseau local afin de ne pas surcharger les urgences.

L'objectif d'un réseau de soins est d'améliorer la prise en charge d'une pathologie ou d'un type de populations précis : son fondement est la coordination des professionnels qui s'engagent à assurer la continuité des soins et à améliorer leur qualité, avec des protocoles définis en commun, tout en mesurant les coûts engendrés (34).

La HAS a proposé en janvier 2015 (35), à l'appui d'une revue de la littérature, une grille d'auto-évaluation des réseaux de soins, basée sur 3 axes principaux : l'aide aux professionnels pour organiser le parcours des patients, l'aide à l'organisation du travail pluriprofessionnel et à l'animation territoriale, l'adoption d'un mode d'organisation adapté à ces fonctions.

Deux médecins interrogés dans cette étude ont évoqué l'intérêt potentiel de la réalisation du doppler veineux diagnostique par le MG au cabinet devant une suspicion de TVP. Le recours à l'angiologue en serait moins fréquent à la phase initiale et permettrait d'initier le traitement anticoagulant avec un diagnostic certain.

Une thèse a été soutenue en 2016 par Elsa Many (36) sur l'utilisation de l'échographie par les médecins généralistes en France (enquête descriptive). 381 MG ont répondu au questionnaire ; 8,1% d'entre eux utilisent un appareil d'échographie dans leur pratique (n=31), mais ce chiffre est biaisé par le recrutement dans cette étude donc non généralisable. Parmi eux, 48,4% exerçaient en milieu rural (n=15), 74,2% exerçaient la MG depuis plus de 10 ans (n=23). Les raisons d'acquisition de l'échographe étaient les suivantes : l'amélioration de la pratique professionnelle, la formation, la valorisation et l'épanouissement personnels, l'occasion d'utilisation par prêt ou achat d'un échographe par un confrère. Les freins à l'acquisition étaient : le coût, la formation, la cotation, l'assurance.

Les utilisations étaient très nombreuses, concernant tous les appareils. 9 médecins sur 31 utilisent l'échographe pour les suspicions de TVP.

L'intérêt dans la pratique (nécessitant formation et achat d'un échographe) de l'échographie par les MG apparaît important afin d'éliminer certains diagnostics urgents dont la TVP, et d'éviter les délais d'obtention de cet examen en ville, le recours à l'angiologue. Ceci peut réduire les coûts de santé.

1.4. Moyen de transport

Le choix du moyen de transport du patient vers l'angiologue ou les urgences a souvent été évoqué, et plusieurs médecins ont tendance à privilégier, si l'état clinique du patient le permet, un transport par un moyen personnel (proche ou famille), de par la rapidité d'accès au soin que cela procure.

Nous n'avons pas trouvé de référence bibliographique, de recommandations en ce qui concerne le transport des patients sans critères d'urgence depuis le cabinet de médecine générale. La singularité de chaque situation (état clinique du patient, contexte, appréciation du MG, proximité d'une structure de soins, disponibilité des ambulances et des proches) explique l'absence de recommandations standardisées. Ceci ne tient pas compte des patients présentant des signes de détresse justifiant d'un transport médicalisé urgent, situation clinique assez rare en MG.

1.5. Injection HBPM au cabinet médical dès la suspicion diagnostique

Dans cette étude, les médecins qui réalisaient systématiquement une injection d'HBPM à chaque suspicion de TVP ne prenaient pas réellement en compte le risque hémorragique. Ce risque était plutôt négligé, estimé très faible par ces médecins. L'absence de bilan biologique récent incluant une créatininémie permettant d'exclure une insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min selon Cockcroft) n'était pas un critère majeur pour ces médecins non plus, estimant que ce risque était également faible. L'appréhension d'une extension du thrombus vers une embolie pulmonaire était prégnante pour les médecins interrogés ; certains réalisaient une injection d'HBPM à chaque suspicion de MTEV, même de probabilité faible.

L'ANSM dans son rapport de 2009 (11) précise qu'il est recommandé de débiter le traitement anticoagulant curatif dès la certitude diagnostique, mais qu'en cas de probabilité clinique forte, le traitement peut être débuté dans l'attente de l'obtention de la confirmation diagnostique (accord professionnel).

Débiter rapidement un traitement anticoagulant comme le précise l'accord professionnel prévient le risque thromboembolique mais limite la possibilité de réaliser un bilan pré-thérapeutique (NFS, bilan de coagulation, créatininémie).

Une thèse quantitative a été soutenue par Arnaud SAADA en 2012 sur la prise en charge des TVP des membres inférieurs en MG en Haute-Normandie (36). Les résultats sont les suivants :

- 95% des MG ont une HBPM disponible au cabinet médical
- devant une suspicion de TVP chez une personne de 40 ans sans ATCD ni contre indication aux HBPM : 53% font une injection d'HBPM au cabinet médical, 8% prescrivent une injection HBPM à faire par IDE, 29% adressent le patient à un angiologue avant tout traitement, 1,8% adressent aux urgences
- 80% des MG de plus de 50 ans faisaient une injection HBPM au cabinet vs 66% des moins de 50 ans ($p=0,03$)
- pas de différence de recours à l'angiologue entre MG en ville vs rural ou semi-rural
- 1 médecin sur 2 ayant répondu au questionnaire utilise le score de Wells

Ces résultats concordent avec les données de notre étude pour l'utilisation des HBPM, mais pas en ce qui concerne l'utilisation du score de Wells qui est plus faible dans notre étude.

1.7. MTEV et sujets âgés

Dans notre étude, certains médecins ont évoqué la complexité de la gestion des MTEV chez les sujets âgés, par la gravité potentielle de ces pathologies du fait de l'âge, des comorbidités, du risque hémorragique et confusionnel.

Une étude en 2008 a été publiée sur les particularités de la MTEV chez les sujets âgés (38):

- après 65 ans, le risque de récurrence de MTEV n'est pas plus élevé que chez les sujets jeunes ;
- le risque hémorragique est multiplié par 2 dans cette population ;
- les MTEV sont plus rarement spontanées après 65 ans.

Cela justifie une surveillance attentive du risque hémorragique et un bilan étiologique de la MTEV chez ces patients en MG.

1.8. MTEV et femmes enceintes

Un médecin dans notre étude a fait part de sa crainte de passer à côté du diagnostic de MTEV chez une femme enceinte du fait de la gravité potentielle de cette pathologie et de sa fréquence dans ce contexte.

Un article a été publié en 2004 sur les causes de mortalité chez les femmes enceintes : l'EP représente la 3e cause de mortalité avec 6% des décès (1er hémorragies du post-partum, 2e éclampsie) (39).

Le rôle essentiel de la prévention thromboembolique (HBPM) chez les patientes à risque (ATCD MTEV, thrombophilie) est rappelé dans les mises à jour du collège national des gynécologues et obstétriciens français en 2010 (39).

1.9. Anticoagulants

La thèse soutenue en 2014 par François-Xavier MEAR (41) sur les modalités de prescription des AOD et leur perception en MG met en évidence que les MG sont prudents par rapport aux AOD. La prescription est majoritairement initiée par les spécialistes non généralistes, les MG y voient un intérêt assez faible par rapport aux AVK.

Dans notre étude, au contraire, la majorité des MG étaient favorables à l'utilisation des AOD, y trouvant des avantages pratiques par rapport aux AVK, bien que la prescription initiale soit souvent faite par un autre spécialiste (cardiologue ou angiologue).

Cela s'explique par les deux années passées entre ce travail et le nôtre, qui a pu modifier la perception des AOD par les MG, dans ce passé récent de mise sur le marché des AOD.

Une méta-analyse a été publiée en 2014 (21) pour comparer l'efficacité et la sécurité des NACO versus AVK dans la prise en charge aiguë des MTEV : 5 études ont été incluses, soit 24 000 patients ; il n'a pas été observé de différence d'efficacité (récurrence thromboembolique, décès lié à l'EP et mortalité globale) entre AVK et NACO mais un risque hémorragique moins élevé avec les NACO.

L'étude EINSTEIN-PE publiée en 2012 (22) (étude randomisée, de non-infériorité) a montré que le rivaroxaban n'était pas inférieur aux AVK pour le traitement curatif de l'EP en phase aiguë et à long terme, avec un rapport bénéfice-risque favorable au rivaroxaban.

Une méta-analyse Cochrane a été publiée en 2015 (42) sur le traitement de la TVP en phase aiguë par les AOD ; les conclusions sont favorables à l'utilisation des AOD sous réserve de la précaution vis-à-vis de la fonction rénale et de la mise au point d'un antidote fiable.

Enfin, une étude sur l'acceptabilité des AOD par les MG et les patients dans l'EP traitée en ambulatoire selon les critères Hestia a été publiée en 2016 ; les patients étaient satisfaits grâce à l'autonomie qu'offre cette prise en charge et les praticiens étaient favorables à cette méthode (40).

2. Forces et limites de notre étude

2.1 A propos de la méthodologie

Forces : Interroger directement les médecins généralistes sur les difficultés qu'ils ont rencontrées dans la prise en charge des maladies thromboemboliques veineuses, avec l'évocation d'une situation clinique précise et authentique, a permis d'obtenir plus d'informations que la réalisation d'un questionnaire, et de développer l'ensemble des problèmes qu'ils rencontraient.

La méthodologie qualitative par entretiens semi-dirigés a permis de laisser les médecins interrogés exprimer leur opinion sur le sujet et la plupart des médecins ont apporté des réponses d'emblée assez détaillées ne nécessitant que peu de relances.

La méthodologie de notre étude assure une validité interne par la saturation des données et la lecture croisée des entretiens.

Notre étude a également rempli les critères COREQ (annexe 2).

Limites : L'étude qualitative ne permet pas de généraliser les résultats à la population des médecins généralistes. Elle ne permet pas non plus de chiffrer et de pondérer des tendances. Il n'est pas question ici de faire des statistiques. On ne peut que formuler des idées sur le déroulement d'un phénomène.

Les entretiens ne sont pas reproductibles, ils se déroulent forcément à des moments différents et dans des conditions différentes.

Un autre biais est le biais d'investigation dans cette étude, de par le manque d'expérience de l'investigateur qui était novice en terme d'étude qualitative : difficulté à mener l'entretien, à produire des relances. Les relances ont pu influencer les réponses des interviewés.

2.2 A propos des résultats

Forces : Nous avons pu traiter de toutes les étapes de la prise en charge ambulatoire des MTEV de par ces entretiens semi-dirigés.

La validité externe est obtenue par la concordance des résultats avec les données de la littérature.

Limites : La plupart des médecins interrogés, pour des raisons de disponibilité, sont des médecins exerçant en milieu urbain ou semi-rural. Un seul médecin en milieu rural a pu être interrogé dans cette étude, en lien probablement avec la désertification médicale en milieu rural.

L'autre point important est que la moyenne d'âge des médecins interrogés est assez élevée (expérience moyenne des 11 médecins interrogés : 23 années), expliquant qu'ils aient probablement moins de difficultés que des jeunes médecins pour prendre en charge les MTEV du fait de leur expérience. Il n'était pas opportun lors de la prise de rendez-vous auprès de la secrétaire de demander l'âge du médecin à interroger par téléphone, et cette notion ne nous était pas connue avant de rencontrer le médecin pour l'entretien.

3. Autres résultats

Nous avons pu synthétiser par cette étude la vision des MG d'une prise en charge optimale des MTEV en termes de coordination entre MG et urgentistes/angiologues :

- pour la TVP non compliquée, sans critère d'hospitalisation : une prise en charge uniquement locale entre le MG et l'angiologue de proximité (réseau « ville exclusif ») apparaît suffisante avec le rôle primordial du réseau de soins, formalisés ou non ;
- pour l'EP et les TVP hospitalisées : les MG interrogés évoquent la nécessité d'un protocole précis établi par l'hôpital dont ils doivent avoir connaissance, d'une conduite à tenir définie à la sortie des patients, de l'accès aux coordonnées du spécialiste référent en cas de besoin.

4. Perspectives de recherche

La mise au point et l'évaluation par des études solides d'antidotes pour les AOD pourrait modifier la stratégie thérapeutique des MTEV en phase aiguë et les positionner en première intention devant les AVK. Des études sont en cours dans ce sens, avec notamment l'Andexanet alfa comme antidote du rivaroxaban, edoxaban et apixaban (44). L'idarucizumab est en cours d'évaluation

comme antidote du dabigatran (45).

La posologie fixe, l'absence de surveillance de l'INR et le moindre risque de saignement grave (versus AVK) sont des atouts indéniables pour le MG et le patient.

Une étude de cohorte multicentrique internationale prospective est en cours (Home Treatment of Pulmonary Embolism ou Hot-PE) (46) afin de déterminer si la prise en charge des EP à bas risque en ambulatoire est sûre, efficace avec le rivaroxaban. Le diagnostic d'EP est obtenu avec certitude ; les patients candidats sont ceux n'ayant pas d'instabilité hémodynamique, pas de dysfonction du ventricule droit (VD), pas de comorbidités ni autre indication d'hospitalisation et des conditions socio-économiques favorables au retour à domicile.

Ces critères sont proches des critères Hestia. Les patients sortent avant 48 heures d'hospitalisation avec le rivaroxaban.

Le critère de jugement principal est la récurrence de MTEV à 3 mois du diagnostic. Les critères secondaires sont la qualité de vie des patients et leur satisfaction, et les bénéfices économiques versus hospitalisation conventionnelle.

Une autre étude multicentrique est en cours : l'étude MERCURY-PE (47) qui est une étude randomisée multicentrique dont l'objectif est d'évaluer le nombre de jours d'hospitalisation en lien avec la MTEV et les hémorragies sous anticoagulants pendant les 30 jours qui suivent la randomisation entre le rivaroxaban d'une part, et le traitement de référence localement d'autre part. Les patients inclus sont les patients avec EP répondant aux critères de faible risque selon le score Hestia.

L'hypothèse est que le groupe rivaroxaban aura une durée d'hospitalisation plus courte que le groupe traitement standard.

V- Conclusion

Les maladies thromboemboliques veineuses (MTEV) sont des maladies à présentation polymorphe, potentiellement graves à court et moyen terme, en ce qui concerne la morbi-mortalité. Les experts proposent des algorithmes standardisés pour aider au diagnostic et à la prise en charge de ces maladies en phase aiguë. Les scores pronostiques récemment validés (PESI et Hestia) pour identifier les EP à bas risque de complication facilitent la sortie précoce des urgences. Il n'y a pas actuellement de protocole de soins concernant le rôle de l'urgentiste, de l'angiologue et du médecin généraliste dans la prise en charge et le suivi des EP. L'information et l'éducation des patients atteints de MTEV est essentielle, tant par rapport aux complications thromboemboliques qu'au risque hémorragique des anticoagulants.

Notre objectif était d'identifier les freins à la prise en charge ambulatoire des MTEV. Nous avons choisi une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 11 médecins généralistes afin de répondre à cette question.

Les médecins généralistes interrogés étaient très prudents par rapport au diagnostic de MTEV en phase aiguë : ils préféraient réaliser des examens complémentaires à visée diagnostique par excès que par défaut, tant la symptomatologie est fruste. La crainte d'un retard diagnostic avec les risques associés a été rapportée. Ils utilisaient peu les algorithmes diagnostiques établis par les sociétés savantes à partir des scores de probabilité clinique. L'intuition clinique, l'expérience étaient privilégiées. Certains réalisaient systématiquement une injection d'HBPM au cabinet médical dès lors qu'ils avaient une suspicion de TVP ou EP. L'ANSM, par un accord professionnel, conseille la mise en route de l'anticoagulation avec une HBPM reliée par un AVK dès la confirmation diagnostique ou en cas de suspicion diagnostique forte avant l'obtention des examens de confirmation diagnostique. Le choix du moyen de transport pour consulter l'angiologue ou les urgences était réalisé au cas par cas, selon plusieurs facteurs : âge et autonomie du patient, comorbidités, isolement, proche disponible pour le conduire, adhésion à la prise en charge proposée, compréhension du diagnostic, proximité de la structure de soins apportant le diagnostic, horaire de la journée, cabinet rural ou urbain. Les sujets âgés, les femmes enceintes, les patients insuffisants rénaux constituent des groupes de patients à risque plus élevés de complications liées à la MTEV pour lesquels les médecins généralistes accordent une prudence particulière. Le rôle du réseau local, des relations qui se lient entre un médecin généraliste et les spécialistes locaux, issu de l'expérience de chaque médecin, était essentiel pour la prise en charge ambulatoire des MTEV. Il permet d'avoir un accès rapide au doppler pour le diagnostic de TVP. Les médecins généralistes étaient favorables à la prise en charge ambulatoire des EP évaluées à faible risque par les urgentistes, à condition d'être informés rapidement à la sortie du patient, d'avoir les coordonnées de l'angiologue référent, et de connaître leur rôle dans la coordination des soins.

Du fait de la gravité des MTEV, il existe un besoin de mieux organiser la prise en charge et le suivi des patients suspects ou atteints de MTEV, notamment sur la base de recommandations de pratique clinique.

Nom, prénom du candidat : DELBECQ Christophe

CONCLUSIONS

Les maladies thromboemboliques veineuses (MTEV) sont des maladies à présentation polymorphe, potentiellement graves à court et moyen terme, en ce qui concerne la morbidité. Les experts proposent des algorithmes standardisés pour aider au diagnostic et à la prise en charge de ces maladies en phase aiguë. Les scores pronostiques récemment validés (PESI et Hestia) pour identifier les EP à bas risque de complication facilitent la sortie précoce des urgences. Il n'y a pas actuellement de protocole de soins concernant le rôle de l'urgentiste, de l'angiologue et du médecin généraliste dans la prise en charge et le suivi des EP. L'information et l'éducation des patients atteints de MTEV est essentielle, tant par rapport aux complications thromboemboliques qu'au risque hémorragique des anticoagulants.

Notre objectif était d'identifier les freins à la prise en charge ambulatoire des MTEV. Nous avons choisi une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 11 médecins généralistes afin de répondre à cette question.

Les médecins généralistes interrogés étaient très prudents par rapport au diagnostic de MTEV en phase aiguë : ils préféraient réaliser des examens complémentaires à visée diagnostique par excès que par défaut, tant la symptomatologie est fruste. La crainte d'un retard diagnostique avec les risques associés a été rapportée. Ils utilisaient peu les algorithmes diagnostiques établis par les sociétés savantes à partir des scores de probabilité clinique. L'intuition clinique, l'expérience étaient privilégiées. Certains réalisaient systématiquement une injection d'HBPM au cabinet médical dès lors qu'ils avaient une suspicion de TVP ou EP. L'ANSM, par un accord professionnel, conseille la mise en route de l'anticoagulation avec une HBPM reliée par un AVK dès la confirmation diagnostique ou en cas de suspicion diagnostique forte avant l'obtention des examens de confirmation diagnostique. Le choix du moyen de transport pour consulter l'angiologue ou les urgences était réalisé au cas par cas, selon plusieurs facteurs : âge et autonomie du patient, comorbidités, isolement, proche disponible pour le conduire, adhésion à la prise en charge proposée, compréhension du diagnostic, proximité de la structure de soins apportant le diagnostic, horaire de la journée, cabinet rural ou urbain. Les sujets âgés, les femmes enceintes, les patients insuffisants rénaux constituent des groupes de patients à risque plus élevés de complications liées à la MTEV pour lesquels les médecins généralistes accordent une prudence particulière. Le rôle du réseau local, des relations qui se lient entre un médecin généraliste et les spécialistes locaux, issu de l'expérience de chaque médecin, était essentiel pour la prise en charge ambulatoire des MTEV. Il permet d'avoir un accès rapide au doppler pour le diagnostic de TVP. Les médecins généralistes étaient favorables à la prise en charge ambulatoire des EP évaluées à faible risque par les urgentistes, à condition d'être informés rapidement à la sortie du patient, d'avoir les coordonnées de l'angiologue référent, et de connaître leur rôle dans la coordination des soins.

Du fait de la gravité des MTEV, il existe un besoin de mieux organiser la prise en charge et le suivi des patients suspects ou atteints de MTEV, notamment sur la base de recommandations de pratique clinique.

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

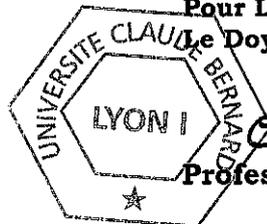
Signature

Laurent LEMOINE


Vu :

Pour Le Président de l'Université

Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est




Professeur Gilles RODE



Vu et permis d'imprimer

Lyon, le **02 MARS 2017**

Bibliographie

1. Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G, Danchin N, Fitzmaurice D, Galiè N, et al. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart J*. 14 nov 2014;35(43):3033-3069, 3069a-3069k.
2. Guanella R. Syndrome post-thrombotique : la complication négligée de la maladie thromboembolique veineuse [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 15 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-372/Syndrome-post-thrombotique-la-complication-negligee-de-la-maladie-thromboembolique-veineuse>
3. Becattini C, Agnelli G, Pesavento R, Silingardi M, Poggio R, Taliani MR, et al. Incidence of chronic thromboembolic pulmonary hypertension after a first episode of pulmonary embolism. *Chest*. juill 2006;130(1):172-5.
4. Heit JA. Predicting the risk of venous thromboembolism recurrence. *Am J Hematol*. mai 2012;87 Suppl 1:S63-67.
5. Schulman S, Lindmarker P, Holmström M, Lärfars G, Carlsson A, Nicol P, et al. Post-thrombotic syndrome, recurrence, and death 10 years after the first episode of venous thromboembolism treated with warfarin for 6 weeks or 6 months. *J Thromb Haemost JTH*. avr 2006;4(4):734-42.
6. Koopman MM, Prandoni P, Piovella F, Ockelford PA, Brandjes DP, van der Meer J, et al. Treatment of venous thrombosis with intravenous unfractionated heparin administered in the hospital as compared with subcutaneous low-molecular-weight heparin administered at home. The Tasman Study Group. *N Engl J Med*. 14 mars 1996;334(11):682-7.
7. Commission de la transparence HAS. Rivaroxaban [Internet]. 2014 [cité 18 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-13565_XARELTO_PIC_RI_REEV_Avis3_CT13565.pdf
8. Collège des enseignants de médecine vasculaire et chirurgie vasculaire. Item 135 : Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire - zotero://attachment/289/ [Internet]. 2010 [cité 20 nov 2016]. Disponible sur: <zotero://attachment/289/>
9. Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Forgie M, Kearon C, Dreyer J, et al. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. *N Engl J Med*. 25 sept 2003;349(13):1227-35.
10. *Revue médicale suisse 2015*. Quelle prise en charge pour une suspicion de thrombose veineuse profonde des membres inférieurs ? - *Revue Médicale Suisse* [Internet]. [cité 20 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-460/Quelle-prise-en-charge-pour-une-suspicion-de-thrombose-veineuse-profonde-des-membres-inferieurs>
11. ANSM. RBP - Prévention et traitement de la maladie thromboembolique veineuse en médecine. 2009.
12. Stein PD, Fowler SE, Goodman LR, Gottschalk A, Hales CA, Hull RD, et al. Multidetector computed tomography for acute pulmonary embolism. *N Engl J Med*. 1 juin 2006;354(22):2317-27.

13. Coutance G, Cauderlier E, Ehtisham J, Hamon M, Hamon M. The prognostic value of markers of right ventricular dysfunction in pulmonary embolism: a meta-analysis. *Crit Care Lond Engl*. 2011;15(2):R103.
14. Berney J-Y. La dyspnée de l'adulte* - *Revue Médicale Suisse* [Internet]. 2012 [cité 11 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-353/La-dyspnee-de-l-adulte>
15. Collège des enseignants de cardiologie et maladies vasculaires. Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire [Internet]. 2012 [cité 11 mars 2017]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/cardiologie-et-maladies-vasculaires/enseignement/cardio_135/site/html/6.html
16. Jiménez D, Aujesky D, Moores L, Gómez V, Lobo JL, Uresandi F, et al. Simplification of the pulmonary embolism severity index for prognostication in patients with acute symptomatic pulmonary embolism. *Arch Intern Med*. 9 août 2010;170(15):1383-9.
17. Zondag W, Mos ICM, Creemers-Schild D, Hoogerbrugge ADM, Dekkers OM, Dolsma J, et al. Outpatient treatment in patients with acute pulmonary embolism: the Hestia Study. *J Thromb Haemost JTH*. août 2011;9(8):1500-7.
18. Aujesky D, Obrosky DS, Stone RA, Auble TE, Perrier A, Cornuz J, et al. Derivation and validation of a prognostic model for pulmonary embolism. *Am J Respir Crit Care Med*. 15 oct 2005;172(8):1041-6.
19. Aujesky D, Roy P-M, Verschuren F, Righini M, Osterwalder J, Egloff M, et al. Outpatient versus inpatient treatment for patients with acute pulmonary embolism: an international, open-label, randomised, non-inferiority trial. *Lancet Lond Engl*. 2 juill 2011;378(9785):41-8.
20. Zondag W, Kooiman J, Klok FA, Dekkers OM, Huisman MV. Outpatient versus inpatient treatment in patients with pulmonary embolism: a meta-analysis. *Eur Respir J*. juill 2013;42(1):134-44.
21. van der Hulle T, Kooiman J, den Exter PL, Dekkers OM, Klok FA, Huisman MV. Effectiveness and safety of novel oral anticoagulants as compared with vitamin K antagonists in the treatment of acute symptomatic venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. *J Thromb Haemost JTH*. 2014;12(3):320-8.
22. EINSTEIN-PE Investigators, Büller HR, Prins MH, Lensin AWA, Decousus H, Jacobson BF, et al. Oral rivaroxaban for the treatment of symptomatic pulmonary embolism. *N Engl J Med*. 5 avr 2012;366(14):1287-97.
23. Gaertner S, Cordeanu E-M, Nouri S, Faller A-M, Frantz A-S, Mirea C, et al. Rivaroxaban versus standard anticoagulation for symptomatic venous thromboembolism (REMOTEV observational study): Analysis of 6-month outcomes. *Int J Cardiol*. 19 oct 2016;226:103-9.
24. Agnelli G, Buller HR, Cohen A, Curto M, Gallus AS, Johnson M, et al. Oral apixaban for the treatment of acute venous thromboembolism. *N Engl J Med*. 29 août 2013;369(9):799-808.
25. Commission de la transparence HAS. Apixaban [Internet]. 2015 [cité 18 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/elixis_sapub_ct1390.pdf

26. Hokusai-VTE Investigators, Büller HR, Décousus H, Grosso MA, Mercuri M, Middeldorp S, et al. Edoxaban versus warfarin for the treatment of symptomatic venous thromboembolism. *N Engl J Med.* 10 oct 2013;369(15):1406-15.
27. Commission de la transparence HAS. edoxaban [Internet]. 2016 [cité 20 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-15406_LIXIANA_MTEV_PIC_INS_Avis2_CT15406.pdf
28. Schulman S, Granqvist S, Holmström M, Carlsson A, Lindmarker P, Nicol P, et al. The duration of oral anticoagulant therapy after a second episode of venous thromboembolism. The Duration of Anticoagulation Trial Study Group. *N Engl J Med.* 6 févr 1997;336(6):393-8.
29. Schulman S. The effect of the duration of anticoagulation and other risk factors on the recurrence of venous thromboembolisms. Duration of Anticoagulation Study Group. *Wien Med Wochenschr* 1946. 1999;149(2-4):66-9.
30. Kearon C, Akl EA, Ornelas J, Blaivas A, Jimenez D, Bounameaux H, et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest.* févr 2016;149(2):315-52.
31. W. EVA K. Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique. *Rev Int Francoph Déducation Médicale.* 2005;225-34.
32. Büller HR, Ten Cate-Hoek AJ, Hoes AW, Joore MA, Moons KGM, Oudega R, et al. Safely ruling out deep venous thrombosis in primary care. *Ann Intern Med.* 17 févr 2009;150(4):229-35.
33. ROBLEDA A. Recensement et validité des scores cliniques diagnostiques dans les pathologies cardiovasculaires en soins primaires. Paris 7; 2015.
34. Etienne D. Medcost : En savoir plus sur les réseaux de soins.... [Internet]. 2000 [cité 15 janv 2017]. Disponible sur: http://www.medcost.fr/asp/reseaux/savoir_plus.htm#sert
35. HAS. Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé [Internet]. 2015 [cité 17 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/grille_auto-evaluation_rs_29_04_2015.pdf
36. MANY E. Utilisation de l'échographie par les médecins généralistes en France : enquête descriptive. Bordeaux; 2016.
37. SAADA A. Etat des lieux de la prise en charge de la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs en Haute-Normandie en médecine générale. Rouen; 2012.
38. Spencer FA, Gore JM, Lessard D, Emery C, Pacifico L, Reed G, et al. Venous thromboembolism in the elderly. A community-based perspective. *Thromb Haemost.* nov 2008;100(5):780-8.
39. Bouvier-Colle M-H, Deneux C, Szego E, Couet C, Michel E, Varnoux N, et al. [Maternal mortality estimation in France, according to a new method]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* sept 2004;33(5):421-9.
40. D. BENHAMOU. Mises à jour en gynécologie et obstétrique : maladie thromboembolique

veineuse et grossesse [Internet]. 2010 [cité 5 janv 2017]. Disponible sur:
http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2010_GO_169_benhamou.pdf

41. MEAR F-X. Les nouveaux anticoagulants oraux en médecine générale : modalités de prescription et perception par les généralistes. Nantes; 2014.
42. Robertson L, Kesteven P, McCaslin JE. Oral direct thrombin inhibitors or oral factor Xa inhibitors for the treatment of deep vein thrombosis. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [cité 11 déc 2016]. Disponible sur:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010956.pub2/abstract>
43. Kline JA, Kahler ZP, Beam DM. Outpatient treatment of low-risk venous thromboembolism with monotherapy oral anticoagulation: patient quality of life outcomes and clinician acceptance. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:561-9.
44. Connolly SJ, Milling TJ, Eikelboom JW, Gibson CM, Curnutte JT, Gold A, et al. Andexanet Alfa for Acute Major Bleeding Associated with Factor Xa Inhibitors. *N Engl J Med*. 22 sept 2016;375(12):1131-41.
45. Finks SW, Rogers KC. Idarucizumab (Praxbind®): The first reversal agent for a direct oral anticoagulant. *Am J Med*. 20 déc 2016;
46. Barco S, Lankeit M, Binder H, Schellong S, Christ M, Beyer-Westendorf J, et al. Home treatment of patients with low-risk pulmonary embolism with the oral factor Xa inhibitor rivaroxaban. Rationale and design of the HoT-PE Trial. *Thromb Haemost*. 4 juill 2016;116(1):191-7.
47. Singer AJ, Xiang J, Kabrhel C, Merli GJ, Pollack C, Tapson VF, et al. Multicenter Trial of Rivaroxaban for Early Discharge of Pulmonary Embolism From the Emergency Department (MERCURY PE): Rationale and Design. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. nov 2016;23(11):1280-6.

Annexe 1 : Guide d'entretien

Introduction : Bonjour, je m'appelle Christophe Delbecq, je suis médecin généraliste remplaçant et je réalise un travail de thèse sur les maladies thromboemboliques veineuses. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Si vous êtes d'accord, je vais enregistrer cet entretien puis le retranscrire, l'anonymiser et il sera entièrement détruit à la fin de l'étude.

Question initiale de présentation : ancienneté d'installation, exercice rural/semi-rural/urbain, suit une FMC, fait parti d'un réseau, est MSU ou non.

DEBUT ENREGISTREMENT

Question 1. Pouvez-vous commencer par me parler de la dernière situation de prise en charge de maladie thromboembolique veineuse que vous avez rencontré ?

Relances : Qu'est-ce qui a été difficile dans cette situation ?
Sur le plan diagnostique, thérapeutique, suivi ?

Question 2.

Si pas de réponse à la question 2 : Quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontré dans la prise en charge des MTEV ?

- utilisation de scores diagnostiques, définir la probabilité diagnostique
- critères de gravité
- accès aux examens complémentaires à visée diagnostique et pronostique
- prise de décision : ambulatoire versus hospitalisation (clinique ou hôpital publique) ou angiologue de ville
- mode de transport du patient
- choix du traitement curatif / connaissance des AOD
- Suivi après diagnostic
- échanges/collaboration avec spécialiste (contact initial, courriers)

Si réponse à la question 1 : Pour résumer, quelles difficultés avez-vous rencontré dans cette prise en charge ?

Question 3. Comment faites-vous quand vous avez une suspicion de MTEV ? (*ajouté aout 2016*)

Question 4. Qu'est-ce qui faciliterait selon vous la prise en charge des patients atteints de maladies thromboemboliques veineuses en ambulatoire ?

- disponibilité des intervenants spécialistes
- protocoles de prise en charge diagnostique et thérapeutique

Question 5. J'effectue ce travail car il existe actuellement sur les Hospices Civils de Lyon un projet de collaboration entre médecins généralistes et angiologues/urgentistes sur la prise en charge des embolies pulmonaires et des thromboses veineuses profondes. Que pensez-vous d'une telle filière ?

Les données actuelles de la littérature suggèrent la sécurité de la gestion ambulatoire des embolies pulmonaires à bas risque (après diagnostic hospitalier) : qu'en pensez-vous ? Souhaitez-vous un complément d'information sur ce sujet ? Participeriez-vous à cette filière ?

Question 6. Quelles sont vos inquiétudes par rapport à la prise en charge des MTEV ? (*ajouté août 2016*)

Conclusion. Cet entretien est terminé, je vous remercie pour votre participation. Avez-vous quelque chose à ajouter ? Êtes-vous d'accord pour relire et valider l'entretien une fois qu'il sera retranscrit ?

Annexe 2 : grille COREQ

GRILLE D'ANALYSE METHODOLOGIQUE SELON LES LIGNES DIRECTRICES COREQ

Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion.

- Caractéristiques personnelles :

1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Christophe DELBECQ
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne médecine
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Remplaçant en médecine générale
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Un homme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Novice

- Relation avec les participants

6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non sauf médecins 10 et 11
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Ils savaient que celui-ci réalisait un travail de thèse
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Statut d'interne, objet de l'entretien

Domaine 2 : Conception de l'étude.

- Cadre théorique

9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse de contenu par théorie ancrée
----------	---------------------------------------	--	---------------------------------------

- Sélection des participants

10	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Echantillonnage raisonné
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	Onze
13	Non-participation	Combien de participant ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Trois ont refusé par manque de temps ou manque d'intérêt pour le sujet

- Contexte

14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	En cabinet de médecine générale
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non, pas d'observateur
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Elles sont présentées dans un tableau récapitulatif

- Recueil des données

17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui ; le guide a été testé avec deux entretiens préparatoires
18	Entretiens	Les entretiens étaient-ils répétés ?	Non, entretiens uniques

	répétés	si oui, combien de fois ?	
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio (dictaphone)
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui, parfois
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	En moyenne 16 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Oui par courriel

Domaine 3 : Analyse et résultats.

- Analyse des données

24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Deux personnes
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données	A l'avance pour certains et à partir des données pour les autres
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Aucun
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Oui par courriel

- Rédaction

29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ?	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui nous avons travaillé à partir d'une évocation de situation de soin et nous avons pris en compte les problématiques apparues secondairement

Annexe 3 : entretiens retranscrits

Entretien 1

21/06/16

19 minutes

Médecin installée depuis 22 ans dans le 6e arrondissement de Lyon, maître de stage pour externes, suit une FMC et ne fait pas partie d'un réseau de soin.

Médecin interrogée sur sa pause entre midi et 14h, à son cabinet, en face à face.

Pouvez-vous me parler du dernier patient que vous avez pris en charge pour une MTEV ?

C'était il y a plus d'un mois, disons 1 mois et demi, c'était une personne âgée dans une EHPAD. On a soupçonné une phlébite puisqu'elle avait une jambe enflée, dans un contexte d'hémopathie non diagnostiquée en raison de l'âge de la patiente. J'avoue que je n'ai pas tout de suite fait le doppler... Parce que cette dame a une anémie très importante qu'il faudrait la mettre sous anticoagulant, donc on est sur un terrain très à risque. Mais... 8 jours après, les infirmières me disant il faut faire quelque chose, bon... On a fait le doppler et donc il y avait une phlébite qui remontait un peu haut et l'angiologue ne s'est pas occupé du traitement. Donc l'infirmière m'a appelé, m'a demandé ce qu'on faisait. Je ne l'ai pas mise sous piqûres cette dame pour ne pas trop l'embêter donc on est parti sur les nouveaux anticoagulants. Depuis elle a eu un doppler de contrôle un mois après et ça a l'air d'aller mieux. Donc voilà je l'ai prise en charge comme ça... Et là c'était un angiologue qui se déplaçait en EHPAD... Ce qui est exceptionnel ! On a de la chance (*sourit*). Parce que c'est vrai que quand ce sont des personnes âgées c'est assez compliqué il faut les emmener aux urgences, elles sont des fois désorientées, un peu perdues, donc on voudrait pas qu'elles traînent trop aux urgences pendant des heures... Donc ça c'est fait comme ça.

Quelles difficultés avez-vous rencontré dans cette prise en charge ?

C'est à dire que je me suis débrouillé... J'ai eu de la chance qu'il n'y avait pas d'insuffisance rénale, sinon ça aurait été un peu plus compliqué, il aurait fallu la mettre sous héparine et j'avoue que je ne suis pas très douée pour les prescriptions d'héparine...ça se fait tellement plus.

Donc pour ne pas trop embêter cette dame qui était quand même fatiguée avec les piqûres je trouvais que les comprimés c'était pas mal. Et puis ça a bien marché.

Alors c'est vrai que maintenant on commence à s'y mettre aux nouveaux anticoagulants. Au démarrage les externes que je reçois, ils étaient un peu réticents je me souviens.

Avez-vous pensé à hospitaliser cette patiente ? Cela vous pose-t-il des problèmes parfois ?

En fait moi je ne voulais pas dans ce contexte là et l'angiologue n'a pas proposé non plus. Elle avait quand même une phlébite qui remontait assez haut, presque en iliaque. Enfin, compte tenu du contexte... Maintenant on les hospitalise peu... J'ai fait une formation à St Joseph et l'angiologue disait que c'était rare, sauf les gens en difficultés niveau isolement social, on savait qu'ils risquaient de ne pas bien se soigner, d'avoir du mal à trouver une infirmière. Donc du coup la question ne s'est pas bien posée. Parce qu'en fait on n'en a pas souvent des phlébites...

Sinon sur d'autres phlébites ou embolies pulmonaires avez-vous eu des difficultés sur le suivi, la coordination des soins ?

Pas trop... J'en ai eu une autre que là j'avais envoyée directement à l'hôpital je pensais qu'il y avait au moins à une phlébite, je n'imaginai pas l'embolie pulmonaire et ça a pris du retard parce que le

lendemain j'ai appelé la famille, ils étaient toujours aux urgences...

Mais heureusement il y a un interne ou un médecin sénior qui est arrivé et qui a vite fait le doppler, et il y avait même une embolie donc là c'est parti directement en réanimation, c'était quand même une jeune. Mais après elle a été mise sous anticoagulants classiques, donc là on a quand même bien l'habitude.

Alors après c'est savoir les surveillances, alors en général les angiologues ils le disent. Au pire en ambulatoire nous on appelle l'angiologue.

Avez-vous un circuit préférentiel pour orienter les patients, par l'hôpital ou par un réseau ambulatoire ?

Moi j'essaie souvent de passer par un réseau ambulatoire, c'est vrai que j'ai la chance d'avoir un angiologue de l'autre côté de la place donc ça m'arrange bien... (*sourit*) Et souvent j'aime bien avoir l'angiologue en direct. Il me dit soit passez par les urgences soit il le prend tout de suite... Parce que c'est vrai qu'on essaye d'éviter le passage par les urgences. Alors c'est vrai que le soir je ne sais pas comment ça se passe après 20h sur le plan pratique, s'il y a un angiologue... Donc il y a des endroits où ça peut être juste des fois.

Alors moi j'avoue que je ne fais pas trop de piqûres tout de suite, d'abord parce que j'en ai plus au cabinet. Et puis c'est vrai qu'on aime bien avoir le diagnostic même si on ne prend pas de gros risques chez quelqu'un de jeune à la limite, mais chez quelqu'un de plus âgé on aime bien avoir le diagnostic vite. Moi je fais comme ça.

En ce qui concerne les relations avec les angiologues, urgentistes et autres médecins qui s'occupent des MTEV, avez-vous eu des difficultés à avoir des avis, à communiquer ?

Non pas trop, parce que quand on envoie les gens... Soit on a l'angiologue en direct donc il essaye d'aller vite, soit vraiment il peut pas donc il dit de faire passer par les urgences... Donc je pense pas que les gens soient mis dehors, surtout si on fait un mot, je pense quand même...

En ce qui concerne le moyen de transport des patient, que privilégiez-vous ?

J'avoue que moi, la dernière fois quand j'avais une suspicion de phlébite devant une jambe enflée, j'ai fait partir le patient en taxi parce que je pensais pas du tout à l'embolie. Si on a une forte suspicion pour une embolie c'est vrai qu'on a intérêt à faire partir en ambulance. Ça ne m'est pas encore arrivé. Je n'ai peut être pas une grosse clientèle mais on n'en a quand même pas beaucoup. J'ai eu une dame âgée aussi qui avait une embolie mais les symptômes étaient assez bâtarde en fait... Puis le diagnostic a été fait et ensuite elle en a refait une donc là j'y avais pensé, parce qu'on se méfie dans ce cas-là. Et elle je l'avais fait envoyer en ambulance, mais cela fait longtemps.

Après celles qu'on voit c'est après des opérations orthopédiques mais souvent elles sont bien surveillées, c'est même presque diagnostiqué en post-op. Donc je n'ai pas une grande expérience.

Je voulais ensuite vous parler d'un projet sur les hospices civils de Lyon dont vous avez peut être entendu parler sur la coordination des soins autour des maladies thromboemboliques veineuses estimées à bas risque après un passage aux urgences. Avec donc un projet de suivi de ces patients en coordination entre l'angiologue et le médecin généraliste. Avec notamment des embolies pulmonaires. Qu'en pensez-vous ?

Je n'en ai pas encore entendu parler. Mais ça peut être intéressant, ça peut éviter au patient de rester à l'hôpital et donc de rentrer chez lui, de travailler chez lui. S'il y a une surveillance... Après il faut bien que les gens soient joignables, s'il y a un réseau avec un numéro vert... C'est vrai qu'à l'hôpital ça s'est bien amélioré maintenant, il y a une époque où nous les libéraux on avait un peu

lissé tomber, mais maintenant on arrive à avoir quelqu'un, à discuter, à essayer de trouver des solutions, ça c'est pas mal.

Ce ne vous ferait pas peur si quelles conditions sont remplies ?

Si on peut joindre quelqu'un facilement, si on a des questions sur le traitement, s'il y a une aggravation un patient qui n'est pas bien, ça oblige à renvoyer aux urgences... Donc c'est important de pouvoir joindre quelqu'un. Et pour le patient aussi, c'est important de ne pas avoir à attendre plusieurs heures aux urgences...

Avez-vous eu des problèmes sur le suivi, la décision d'arrêter le traitement ?

En général on sait que les phlébites c'est à peu près 3 mois, surtout quand les phlébites sont un peu hautes. Donc souvent quand même on se coordonne avec l'angiologue, on fait un doppler de contrôle puis on arrête le traitement... Moi je ne fais pas ça seul, je ne pense pas que les autres généralistes le fasse.

A mon avis on se double quand même de l'avis de l'angiologue pour être sûr qu'il n'y a rien parce que c'est quand même important si on arrête le traitement trop tôt et qu'il y a un soucis... Après sur les embolies c'est 6 mois, mais quand même moi je ne décide pas toute seule parce je ne me sens pas... Chacun son rôle ! (*sourit*)

Avez-vous autre chose à ajouter sur les prises en charge en ambulatoire des MTEV ?

Sur le traitement, les comprimés c'est quand même pas mal puisque ça évite de trouver une infirmière... Mais l'avantage de celle-ci c'est qu'elle voit aussi ce qui se passe... donc c'est pas que du négatif donc c'est un peu du coup par coup c'est ce que disait l'angiologue à une réunion. Surtout quand la personne est un peu isolée, c'est un peu limite, c'est peut être mieux de faire passer une infirmière et de faire des piqûres au moins on est sûr que c'est fait.. parce que l'observance des anticoagulants par voie orale c'est pas toujours ça. Et c'est vrai que je n'avais pas trop la notion de ça parce qu'on voit ça surtout chez des jeunes, mais à partir d'un âge, attention sur l'observance et je pense que dans ce cas l'infirmière n'est pas inutile.

Parce que c'est vrai que c'est un peu le problème des nouveaux anticoagulants, maintenant on les banalise et ça peut être dangereux, il faut bien l'expliquer aux gens. C'est un peu le piège des nouveaux anticoagulants. Il faut se méfier.. Même nous en EHPAD, les infirmières ne font pas toujours attention, il faut bien réexpliquer que ce sont des anticoagulants comme il n'y a plus de surveillance de l'INR.

C'est vrai que les personnels de santé ne connaissent par encore bien les noms de ces nouveaux anticoagulants....

Oui il y a plusieurs noms et des fois elles oublient que ce sont des anticoagulants... Il faut qu'on s'habitue. Donc moi je dirais que sur le traitement ambulatoire c'est un peu ça : se méfier quand même des personnes âgées, des nouveaux anticoagulants. Après l'infirmière peut venir avec un pilulier... C'est sûr que les personnes jeunes il n'y a pas de soucis, elles comprennent bien. Il faut peut être leur faire un peu peur en parlant du risque d'embolie sinon elles banalisent la phlébite, donc je pense que c'est bien de leur dire, sans trop les affoler. Mais avec les personnes âgées c'est plus compliqué.

Mais en fait les INR ne sont pas souvent équilibrés... Et c'est un peu compliqué d'utiliser les nouveaux anticoagulants avec les patients qui ont déjà eu les anticoagulants classiques par le passé, de leur dire qu'il n'y a plus de contrôle de l'INR... Alors qu'en fait avec les anciens anticoagulants, il y a plus d'accidents hémorragiques avec hospitalisations.

Médecin installé depuis 37 ans à Villeurbanne, suit une FMC, ne fait pas partie d'un réseau de soin et n'est pas maître de stage.

Interrogé à son cabinet sur sa pause entre midi et 14h, assis en face à face.

Tout d'abord, pouvez-vous me parler du dernier patient que vous avez pris en charge pour une MTEV ?

Le dernier patient que j'ai envoyé en urgence ça n'était pas une phlébite. Mon problème c'est que j'ai eu une fois une personne âgée qui est venue, et j'avais vraiment un très gros doute sur sa phlébite, je lui ai quand même fait faire un doppler et en fait elle avait une phlébite et une embolie pulmonaire... J'avoue que depuis je suis devenu assez...prudent (sourit). Moi j'envoie les patients à la clinique du Tonkin, ils prennent rapidement, notamment Dr..., il est bien dispo, il prend les patients entre deux consultations.

Avez-vous rencontré des difficultés dans cette prise en charge ?

C'était surtout le doute diagnostique, parce que cliniquement c'était vraiment léger et ce cas m'a marqué.

Comment avez-vous procédé pour adresser cette patiente ?

Je téléphone au Tonkin, quand j'ai de la chance dans la journée, avant 17h, je téléphone directement à la secrétaire... Je pense qu'ils connaissent un peu, je ne les appelle pas pour rien. J'essaye de ne pas galvauder ces « urgences ». Donc le Tonkin ils sont assez souples.

Par quel moyen aviez-vous adressé cette patiente ?

Elle était âgée donc je l'ai envoyée en ambulance.

Vous l'aviez revue ensuite ou bien elle a été prise en charge uniquement par l'angiologue ?

Par rapport à ça elle a été prise en charge entièrement là-bas.

Vous ne revoyez pas les patients ensuite ?

Pas directement pour ça.

Vous préférez que ce soit ainsi ou alors vous préféreriez les revoir ?

Je crois que les médecins on est tous un peu débordés donc s'ils la prennent en charge ça ne me dérange pas... Ça ne me dérange pas de la prendre en charge non plus mais... Au final au Tonkin ils la prennent en charge, c'est un gain de temps et de sécurité.

Y-a-il une partie de la prise en charge qui vous pose problème dans les MTEV, où vous n'êtes pas à l'aise ?

En pratique ça se passe bien. Moi je revois les patients pour les résultats des prises de sang, ou autre chose donc ça n'est pas un problème... Mon problème c'est au niveau du traitement avec les nouveaux anticoagulants oraux, quand les mettre... A vrai dire j'ai encore un peu de Lovenox et je préfère faire une piqûre.

Vous faites des injections d'héparine au cabinet parfois ?

Oui quand j'ai un doute, je fais une piqûre... Ça ne fera pas de mal si ça n'est pas ça... Oui je préfère faire une injection ici.

Les nouveaux anticoagulants vous n'avez pas encore eu à les manipuler ou bien vous n'êtes pas à l'aise avec ça ?

Je les manipule mais dans la phlébite pas vraiment... Dans les problèmes cardiaques oui.

Vous êtes réticent ou vous avez des doutes avec ces nouveaux anticoagulants ?

Je n'ai pas de doute mais je n'ai pas d'expérience non plus dans ce cas-là (*sourit*). Je ne sais pas comment les placer, j'avoue que je reste classique.

Donc dans votre pratique vous avez constitué une sorte de réseau pour les MTEV ?

Oui enfin ça n'est pas vraiment un réseau, ce sont des connaissances avec le temps, au bout de 37 ans... On a des correspondants habituels donc c'est pratique.

Vous n'avez donc pas de difficultés à avoir un correspondant spécialiste en cas de besoin ?

Oui, les secrétaires finissent par nous connaître, donc elles nous passent quelqu'un.

Y a t-il des situations où vous avez hésité entre une prise en charge ambulatoire vs hospitalière ?

Franchement ici pas trop... Quand j'ai vraiment des problèmes j'envoie à Desgenettes.

Ensuite je voulais vous parler d'un projet sur les HCL d'une collaboration entre les médecins généralistes et les urgentistes et angiologues concernant la prise en charge des MTEV à bas risque, et notamment des embolies pulmonaires puisqu'il y a de nombreuses études sur la stratification du risque depuis quelques années. Ce sont des patients qui sortent des urgences avec le traitement, le suivi après 24h d'hospitalisation ou moins. Qu'en pensez-vous ?

Ça me paraît pas plus mal, je pense que c'est jouable... Après c'est toujours pareil, les médecins généralistes sont de plus en plus débordés, donc est-ce qu'on est suffisamment disponibles pour les prendre en charge... C'est la question !

Le problème il est-là pour vous ?

Oui en général maintenant c'est ça, c'est l'excès de patientèle le problème. On est de moins en moins disponibles ; après sur le plan médical ça ne gêne pas, au contraire c'est intéressant.

Qu'est-ce qui serait indispensable pour vous si cette filière se met en place ?

Il faut une ligne directe pour pouvoir joindre le spécialiste en question... Parce-qu'on passe trop de temps au téléphone sinon, je crois qu'il n'y a plus trop ça dans les hôpitaux maintenant.

Avez-vous quelque chose à rajouter sur la prise en charge ambulatoire des MTEV ?

Mon problème c'est plutôt le diagnostic. Parfois je pense que je fais un diagnostic par excès.

Vous utilisez des scores diagnostiques parfois ?

Non, en fait ma génération, on utilise plutôt notre feeling. Mais j'avoue depuis cette personne âgée je fais des suspicions par excès.

Parfois c'est tellement fruste comme symptomatologie... Donc quand j'ai un doute, j'envoie. J'ai déjà vu des phlébites qui traînaient parce-qu'il y avait juste un petit oedème.

Entretien 3
28/06/16
15 minutes

Médecin généraliste homme installé depuis 10 mois en milieu semi-rural à Collonges au Mont d'or. Ne fait pas parti d'un réseau de soins, suit une formation continue (OGDPC), n'est pas maître de stage.

Entretien réalisé au cabinet du médecin, en face à face, sur sa pause entre midi et 14h.

Pouvez-vous me parler du dernier patient que vous avez pris en charge pour une MTEV ?

C'était une femme enceinte qui avait environ 30 ans, était à 14-15 SA, avec apparition de circulation collatérale au niveau de la jambe droite, plutôt vers la cuisse. Normalement il n'y a pas trop de phlébite à cet endroit, mais comme elle était enceinte il ne fallait pas que je passe à côté du diagnostic. Elle était oedématiée, elle prenait le godet un peu plus bas, mais en même temps elle était enceinte... Je l'ai envoyée en urgence au doppler veineux dans l'après-midi, mais finalement le diagnostic n'a pas été retenu.

Quelles difficultés avez-vous rencontré dans cette prise en charge ?

Pour avoir le doppler ?

Oui entre autres.

Non, en fait on a un bon réseau entre l'infirmerie protestante et la clinique du val d'ouest où il y a des angiologues qui sont assez réactifs et qui prennent les patients facilement. Il ne faut pas abuser de leur gentillesse mais bon... On parle en score de Wells...

Donc vous utilisez facilement ces scores ?

Oui moi je les utilise parce que je trouve que c'est plus parlant. Et puis au téléphone avec l'angiologue on peut discuter quand même, si le score est faible mais qu'on pense au diagnostic... Après ils me font confiance ou non.

Le moyen de transport du patient vous pose-t-il des problèmes ?

Soit j'ai une forte suspicion, et ça m'est arrivé du coup de faire du lovenox au cabinet, d'autant que j'avais eu le rendez-vous seulement le lendemain pour le doppler, donc j'avais fait un lovenox curatif. Si j'ai une faible suspicion je n'adresse même pas.

Je me suis déjà posé la question du moyen de transport, avec bas de contention et transport allongé mais... c'est plutôt un problème que j'ai négligé.

Y a-t-il des choses dans la prise en charge des MTEV qui vous font peur, qui vous posent problème ?

Les phlébites je trouve qu'on peut à peu près gérer au cabinet, sauf ce problème de transport, mais l'embolie pulmonaire dès qu'il y a une dyspnée un peu bizarre chez une personne âgée, les D-dimères ne vont pas nous aider... Même si on peut les avoir en deux heures. Voilà donc la personne âgée pas trop désorientée je l'envoie assez facilement aux urgences pour une suspicion d'embolie pulmonaire. Si elle est trop désorientée et que la suspicion est faible avec le score de Genève, j'en reste là.

Donc les EP peuvent poser un problème sur le plan diagnostique, ça peut être traître... On peut découvrir un cancer un mois après.

Quelles difficultés avez-vous rencontré dans la collaboration avec médecins intervenants dans la prise en charge des MTEV ?

(réfléchi) Non... Enfin un peu avec les AOD, il y a des spécialistes qui utilisent plutôt l'un ou l'autre, donc après moi je suis la prescription.

Vous revoyez les patients après la confirmation diagnostique ?

Pas souvent, parce que en général ils sont rentrés dans le cadre du suivi hospitalier, avec leur rendez-vous de doppler à 6 semaines pour une phlébite.

(entretien interrompu par un appel reçu du médecin interrogé)

Qu'attendez-vous de la relation avec les autres spécialistes intervenants dans la prise en charge des MTEV ?

Pouvoir avoir un doppler facilement... Et puis nous téléphoner quand ils trouvent une phlébite, pour nous tenir au courant des patients qu'on a adressés. Quand on s'est trompé de diagnostic, ils ne nous rappellent pas, ils nous envoient un courrier et on comprend bien qu'on s'est trompés.

Cela vous pose-t-il un problème de ne pas toujours revoir les patients avec diagnostic confirmé ou bien vous préférez que les angiologues s'en occupent ?

Ça ne me dérange pas que les angiologues les prennent, parce que quand c'est profond, double, superficiel je ne connais pas les durées de traitement sauf pour les TVS je crois que c'est 6 semaines, 3 à 6 mois pour une TVP selon sa localisation et 6 à 12 mois pour une EP avec recherche étiologique dans les deux cas.

Mais je sais qu'il existe des spécificités selon le doppler.

Quelles difficultés rencontrez-vous avec les nouveaux anticoagulants oraux ?

Cela ne me fait pas peur, je suis bien content qu'ils existent pour les patients surtout, ça leur évite les piqûres et les contrôles INR. Les risques hémorragiques ça ne me fait pas peur non plus parce que je sais qu'il y en a beaucoup moins que sous AVK. Alors après les histoires d'antidote ça ne me dérange pas puisque ce qui nous embête le plus ce sont les hémorragies cérébrales et il y en a 80% sous AVK après un TC, contre 60% sous AOD au final.

Vous avez déjà introduit un AOD ?

Oui pour une prévention thromboembolique chez quelqu'un qui s'était cassé le plateau tibial et que j'avais immobilisé avec une attelle, et donc j'avais instauré les AOD pour un mois chez cette patiente.

Ensuite je voulais vous parler d'un projet de prise en charge coordonnée entre généralistes et spécialistes des MTEV à bas risque sur les HCL, avec diagnostic de certitude de TVP ou EP aux urgences et des scores cliniques définissant les patients à bas risque qui rentrent chez eux après 24-48h d'hospitalisation. Ceci concernerait environ un tiers des patients avec EP. Qu'en pensez-vous ?

C'est très bien, s'il y a un score qui définit la dyspnée, le pouls, la saturation... l'absence de certains facteurs de risque... Par contre pour avoir le scanner injecté en urgence...

Si vous aviez un patient pris en charge dans cette filière, qu'est-ce qui vous paraîtrait indispensable en tant que généraliste ?

On va revoir le patient pour faire un bilan étiologique... donc il faudrait que je révise... Et puis les critères d'aggravation puisqu'il pourrait s'aggraver dans les 48-72h.

Qu'est-ce qu'il vous faudrait dans ce cas-là si vous avez un doute ?

Un protocole qui nous dirait il faut les recontacter à 48-72h.

Le projet prévoit en fait une consultation à 72h de la sortie de l'hôpital avec un angiologue puis à une semaine et un mois avec le généraliste. Qu'est-ce qui vous paraît important dans ce cas pour la coordination des soins ?

Une secrétaire qui écrit vite le compte-rendu du vasculaire !!

Parce que généralement on revoit le patient au bout d'une semaine et on n'a pas encore reçu le courrier. Parfois ça peut prendre plus d'un mois.

Avez-vous quelque chose à rajouter en conclusion sur les MTEV en ville ?

Je trouve que c'est une bonne idée ces embolies pulmonaires gérées à domicile.

Cela ne vous fait pas peur en terme de disponibilité que ça nécessite ?

S'il y a une bonne communication avec les spécialistes, il n'y a pas de raison. Je ne sais pas par quel moyen mais peut être un numéro de téléphone spécifique où on arrive à joindre le spécialiste ou sa secrétaire, ou un service spécifique pour ça, pourquoi pas.

Avec des bonnes consignes au début de nous rappeler ce qu'il faut qu'on fasse avec les AOD et puis voilà ! (*rires*)

Médecin installé depuis 31 ans en milieu semi-rural, ne suit plus de FMC, ne fait pas parti d'un réseau, n'est pas maître de stage.

Entretien réalisé à son cabinet, avant de reprendre les consultations en début d'après-midi.

Pouvez-vous me parler du dernier patient que vous avez pris en charge pour une phlébite ou une embolie pulmonaire ?

Avérée ou non ?

Pas forcément.

Alors, le dernier en date... c'était une suspicion de phlébite membre inférieur, avec un mollet douloureux depuis 3-4 jours, après un voyage aux Etats-Unis je crois, donc retour de voyage. Pas d'éléments thoraciques. Avec un signe de Homans plus ou moins positif, un mollet douloureux à la pression, vaguement gonflé de ce côté-là. On a pu avoir un rendez-vous le lendemain en échodoppler avec un angiologue local. En attendant je l'avais mise sous nouveaux anti-coagulants. Les D-dimères n'étaient pas franchement significatifs puisque c'était une personne d'un certain âge. L'angiologue m'a rappelé le lendemain en me disant que c'était négatif, donc forcément on a enlevé le NACO.

Voilà, en général c'est comme ça que ça se présente, des signes quasi-inexistants... Et puis après ça dépend du tableau, mais c'est peut-être la question suivante ? (*sourit*)

Non, mais vous pouvez développer votre réponse je vous prie...

Donc ça c'est la majeure partie des cas de suspicion de thrombo-embolie, enfin de thrombose des membres inférieurs. Dès qu'on a des douleurs dans la cuisse, une grosse cuisse, qu'on est au-dessus du genou c'est les urgences avec éventuellement une petite héparine en attendant d'avoir un diagnostic précis. Même chose si on a des vagues soupçons d'embolie pulmonaire et qu'il n'y a pas un tableau cataclysmique bien sûr sinon c'est le SAMU.

Avez-vous eu des difficultés sur ce dernier cas dont vous m'avez parlé ?

Les difficultés de prise en charge sont surtout l'obtention des écho et à plus forte raison aux examens plus invasifs. Donc c'est pas forcément dans la journée même si maintenant on s'est « rééquipés » en angiologues dans le secteur donc ce qui nous permet d'avoir un accès plus rapide. Donc je dirai que si on ne trouve pas on passe par les urgences et là ils se débrouillent pour avoir l'angiologue. Après avoir laissé patienter les gens au service d'urgence (*sourit*)... Si on peut avoir une prise en charge locale c'est quand même beaucoup plus pratique sauf gros tableau. Donc soit l'angiologue peut prendre le patient dans la journée ou dans les heures qui suivent ça c'est l'idéal on l'envoie avec une lettre. Soit on commence par attaquer les anticoagulants avec les consignes de sécurité puis le lendemain on a une confirmation ou une infirmation diagnostique.

Avez-vous des difficultés pour joindre/collaborer avec les angiologues ?

Pas de difficultés pour les joindre au téléphone.

Il y a eu une période où on manquait d'angiologues dans le secteur donc c'était un peu plus compliqué pendant quelques années, on était plus souvent amené à dériver sur les urgences.

Le suivi avec une petite thrombose qui reste assez basse sous poplitée, comme il y a plus

d'angiologues maintenant, ils revoient à 3 semaines pour réévaluer les doses d'anticoagulants modernes. Sinon effectivement on reste en local, ils reviennent au cabinet puis revoient l'angiologue pour les doppler successifs.

Donc pas réellement de difficultés sur le suivi ? Vous déléguez à l'angiologue ?

Eh bien ça dépend des angiologues, certains gèrent la suite, et d'autres envoient le résultat de l'examen et on se débrouille, ils donnent le rendez-vous de contrôle doppler.

Quoiqu'il en soit on fait le suivi des INR si le patient est sous AVK.

Quels problèmes avez-vous rencontré avec les AOD ?

J'en pense que du bien, la sécu nous dit que c'est pas bien mais pour des questions tarifaires... Je n'ai pas trop notion du tarif mais c'est pas trop le problème. L'avantage c'est qu'effectivement on a une décoagulation rapide, qu'on peut avoir dans la demie heure ou l'heure qui suit une créatininémie au labo qui permet de confirmer la prise de médicament. Ça évite la série d'injections d'héparine par l'infirmière à domicile, d'attendre que l'INR veuille bien arriver dans la cible. Donc la prise en charge est donc beaucoup plus simple. Alors après on maîtrise moins le risque hémorragique mais je n'ai pas encore vu une seule hémorragie sous AOD donc tant mieux... Mais sous AVK c'est pas si fréquent les hémorragies non plus.

La souplesse thérapeutique et l'efficacité immédiate des AOD c'est agréable, dans les 2-3h qui suivent le patient est correctement décoagulé donc on est tranquille pour attendre le doppler le lendemain.

Donc moi c'est mon choix préférentiel après si c'est une personne âgée ou un insuffisant rénal bien sûr on se pose la question, ça complique la vie.

Avez-vous eu des doutes parfois sur des indications d'hospitalisation ?

Non, je dirai que c'est assez typé donc soit on reste complètement local si c'est une phlébite en dessous du genou en sous-poplité, sans phénomène thoracique. Même si on ne peut jamais être sûr de rien, le temps qu'on les emmène à la clinique, qu'on attende l'ambulance on qu'on les garde au cabinet même si c'est compliqué... Il vaut mieux qu'ils descendent à la pharmacie, prennent leur AOD et ils sont correctement décoagulés. Si la pharmacie est fermée on peut faire l'innohep rapidement. Après dès qu'on a un petit soupçon, qu'on a un réseau fémoral un peu plus sensible au-dessus du genou, ils sont décoagulés quand même mais là ils partent aux urgences. Et puis même s'ils n'ont pas grand-chose, s'ils ont un symptôme thoracique, qu'on a une suspicion d'embolie pulmonaire, on les envoie aux urgences aussi. On fait un petit tri.

Avez-vous rencontré d'autres difficultés dans prise en charge des MTEV ?

Non après c'est la gestion du transport pour les gens qui nous paraissent suspects, le transfert du patient du cabinet jusqu'à une unité d'urgence.

Donc soit le tableau est critique et c'est le 15, donc 20 min d'attentes au cabinet, pendant que les consultations s'enchaînent derrière... C'est un détail pratique on finit plus tard c'est pas grave. Après les ambulances privées on va attendre 1h, 2h, 3h à venir, donc ceux-là qu'est-ce qu'on fait...

De ce fait certains patients vous les avez laissé aller avec leur propre moyen ?

Des fois oui bien sûr, parce que traîner 4h ici en salle d'attente... Avant on avait un cabinet d'infirmière où on pouvait accéder et on posait le patient là-bas puis on allait le revoir, c'était plus sécurisant pour nous. Tandis que là avec leurs moyens, la famille peut être en 7 min au service d'urgence le plus proche. Donc on lui fait une injection puis il part.

(entretien stoppé par un appel reçu du médecin)

Je voulais ensuite vous parler d'un projet sur les HCL de collaboration entre urgentistes, angiologues et médecins généralistes sur le suivi des MTEV à bas risque, estimées sur des scores pronostiques validés par des études de grande ampleur, notamment pour les EP. En fait le patient est diagnostiqué aux urgences puis estimé à bas risque de complications et il est donc renvoyé à domicile avec un rdv prévu avec l'angiologue à 3j puis le généraliste à 1 semaine. Qu'en pensez-vous ?

Si vous me dites que les critères sont bien validés (*sourit*)... C'est vrai que ces patients avec EP on est tranquilles de les savoir ailleurs, qu'ils sortent stabilisés avec une bonne décoagulation, plus de risque évolutif, que le traitement soit bien suivi, qu'il n'y ait pas de signe clinique... Après bien sûr que ça demande une organisation, il faut qu'ils sortent de l'hôpital en ayant leur rendez-vous chez l'angiologue prévu à telle heure, à tel endroit. Qu'on ne se retrouve pas avec un patient qui arrive comme ça au cabinet, qui ne sait pas ce qu'il lui est arrivé, qui est sous anticoagulants. Dans ce cas si on a pas de courrier... Donc c'est la rapidité des informations qui pose problème, sauf s'ils sortent déjà avec les courriers dans la main, ce qui serait exceptionnel. C'est ce qui se passe dans 60% des cas, les patients sortent de l'hôpital, viennent nous voir et on n'a pas de courrier, donc on doit aller à la pêche aux infos quand on arrive à rejoindre l'hôpital... Donc c'est l'impératif qu'ils soient managés à la sortie et qu'on ait l'info.

D'autres choses seraient indispensables pour vous par la suite ?

Avoir le numéro du confrère hospitalier référent qu'on puisse l'appeler en cas de soucis ... C'est la communication. Donc c'est sûrement beaucoup de travail hospitalier, et ils n'ont pas que ça à faire, c'est quand même assez lourd. Avec le système informatique il y a sûrement des possibilités d'avoir un compte-rendu rapide avec une communication par mails sécurisée, etc... sans avoir à déranger le collègue au téléphone et d'avoir une réponse dans la foulée. C'est surtout ça je pense. A partir du moment on a éliminé le risque de complication embolique, les gens peuvent être managés à l'extérieur avec des consultations ponctuelles, ils sont capables de comprendre. Après je pense que c'est peut-être pas accessible à tout le monde, à cause des problèmes de compréhension.

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Reste le problème du relationnel... Dans l'idéal il faudrait pouvoir contacter les urgences, pour dire je vous envoie tel patient, parce que je crains que... Ce qui se faisait avant quand je me suis installé, il y avait un collègue urgentiste qui nous répondait. Maintenant l'accès au téléphone aux urgences devient compliqué, on bataille avec les standards... Donc on sait quand les patients arrivent mais on ne sait pas à quelle heure va être la prise en charge. Donc on espère que le patient ne va pas compliquer le tableau pendant qu'il attend... (*sourit*)

Médecin femme installée depuis 33 ans à Villeurbanne, donc milieu urbain. Suit une FMC, n'est pas MSU, ne fait pas partie d'un réseau de soins.

Entretien réalisé entre midi et 14h au cabinet du médecin.

Tout d'abord, pouvez-vous me parler du dernier patient que vous avez pris en charge pour une MTEV confirmée ou non ?

Il y a une semaine j'ai vu une patiente qui avait une grosse jambe douloureuse. Comme d'habitude c'était le vendredi soir et je ne travaille pas le samedi. Je n'ai pas de nouvelles. Je l'ai envoyée directement aux urgences au Tonkin.

Quel âge avait cette patiente ?

Elle devait avoir 75 ans, elle avait une douleur au mollet depuis quelques temps, elle est insuffisante cardiaque et ne marche pas beaucoup, je dirai même qu'elle marche très très peu. Je ne sais pas si elle a fait son bilan.

Comment avez-vous adressé cette patiente ?

J'ai appelé sa fille, j'ai fait un courrier spécifique pour l'angiologue du Tonkin en me disant le vendredi soir il y en aura peut être encore un, et j'ai fait un courrier spécifique pour le médecin de garde. Je n'ai pas voulu lui faire d'anticoagulant.

En plus elle a un antécédent assez lourd elle a eu un hépatocarcinome.

Donc c'était un facteur de risque pour une phlébite...

Oui et elle est déjà sous Previscan cette dame... J'ai hésité à faire l'Innohep... J'ai appelé sa fille et c'est sa fille qui l'a emmenée, mais je n'ai pas de retour.

Avez-vous rencontré des difficultés dans cette prise en charge ?

Je pense que j'ai eu beaucoup de chance d'avoir sa fille parce que c'est une dame âgée qui ne marche pas. Et c'est vrai que le vendredi soir on est très embêté. Parce qu'autrement en semaine on peut appeler, on peut avoir un echo-doppler, je ne dirais pas facilement mais on peut faire jouer un peu les appels. Mais autrement souvent c'est le vendredi. La dernière fois c'était aussi un vendredi et la c'était une embolie pulmonaire.

Avez-vous des difficultés pour choisir le mode de transport des patients vers le service de soins ?

Oui j'hésite à mettre en route la grosse artillerie ou alors c'est les patients qui disent « mais moi je vais bien, je suis venu sur mes deux pieds ». La dernière embolie il a fallu discuter dur, c'était une jeune femme sous contraception et qui avait une phlébite qu'elle traînait depuis deux semaines avec des signes évidents. Quand elle est venue me voir elle était essoufflée, elle avait des palpitations. Donc je voulais prendre une ambulance, elle ne voulait pas elle disait qu'elle pouvait attendre le lendemain que son mari rentre. J'ai insisté puis le mari est venu la chercher et c'était une embolie confirmée. A la clinique ils l'ont mise sous Xarelto, j'étais un peu surprise... Le Xarelto je ne manie pas trop.

Vous avez rencontré d'autres difficultés sur la prise en charge des MTEV ?

Oui, ça c'est l'expérience. Phlébite ou pas je me suis souvent posé la question. Et pour une personne âgée à domicile, à force de crier au loup, c'était pas une phlébite. Elle m'avait fait venir, je lui avais dit non c'est pas une phlébite, c'est plutôt vos douleurs arthrosiques comme d'habitude. Et après elle m'avait rappelée, incendiée en me disant qu'elle était allée faire un doppler et que c'était bien une phlébite. Les signes ne sont pas évidents. Les D-dimères on nous a bien dit qu'il ne fallait pas les faire trop tôt, qu'on va attendre les résultats. Je ne suis pas trop D-dimères.

Vous faites à l'intuition ? Vous n'utilisez pas de scores ?

Non, surtout sur les signes cliniques.

Sur les embolies vous avez parfois des doutes ?

Non.

Quels problèmes avez-vous avec les nouveaux anticoagulants ?

D'emblée j'utilise plutôt les HBPM, c'était mon habitude il y a 30 ans. Maintenant je les vois arriver avec du Xarelto donc pourquoi pas, je continue. C'est vrai qu'il n'est pas très bien toléré, c'est vraiment des signes d'intolérance. On est obligé de se battre pour qu'ils fassent au moins 6 à 8 mois de traitement, en tout cas après contrôle de doppler.

Avez-vous des difficultés avec les angiologues, les urgentistes ?

Ça dépend. Il y en a qui ne répondent pas. Il y en a d'autres avec qui on aime bien travailler et puis qui sont adorables. Ils sont pas mal puisqu'ils mettent en route le traitement. Et je les revois ensuite rapidement avec leur ordonnance.

L'angiologue nous donne les consignes ensuite.

Quels sont les conditions indispensables pour bien prendre en charge les patients atteints de MTEV en ville ?

On aimerait bien que les patients viennent avant le vendredi midi... Dans l'expérience je ne sais pas pourquoi c'est souvent en fin de semaine, ils s'inquiètent. Ça m'arrive de faire une injection pour attendre le lendemain, mais quand c'est le vendredi soir on a plutôt peur (sourit). Je n'ai pas de doppler au cabinet, je sais qu'il y a des généralistes qui en font.

Ensuite je voulais vous parler d'un projet de filière de soins sur les HCL, de prise en charge des MTEV évaluées à bas risque de complication sur des scores pronostiques, après diagnostic de certitude aux urgences. Des études ont montré que 20 à 30% des patients sont susceptibles de rentrer à domicile après 24-48h d'hospitalisation. Ensuite ils souhaitent organiser le suivi entre l'angiologue et le médecin généraliste. Qu'en pensez-vous ?

Je trouve que ça c'est très bien. C'est vrai que c'est prouvé il y a beaucoup de diagnostics d'embolie pulmonaire qui sont méconnus. Il y a souvent des signes bâtarde. Même nous, enfin je ne fais pas de score, je n'ai pas de doppler. Je pense que ça serait bien.

Ça permettrait aux patients de ne pas être hospitalisés et les critères de sélection sont assez larges. Qu'est-ce qu'il faudrait pour vous si vous aviez un patient pris en charge dans cette filière ?

Il faudrait un numéro de téléphone pour joindre le service référent rapidement.

Quoi d'autre ?

Qu'on puisse avoir le numéro de l'angiologue qui s'en occupe si on a un soucis.

En dehors du problème de transport et du diagnostic de TVP, avez-vous rencontré d'autres difficultés ?

Je me pose toujours la question des D-dimères, je pense qu'en ville ça n'est pas très utile.

Globalement vous essayez de privilégier une prise en charge ambulatoire et la participation de la famille pour le transport ?

Oui je préfère comme ça, pour ne pas dramatiser. Souvent elles, enfin je dis elle parce que je n'ai eu que des femmes, elles viennent consulter, mais elles n'ont pas conscience de la gravité. Donc je veux bien appeler le SAMU mais déjà avec un accompagnant c'est difficile. Peut être que j'ai tort.

C'est pour ne pas trop inquiéter les patientes ?

Oui et être sûr que c'est fait mais sans affolement. Mais que ce soit fait dans les heures qui suivent. Je leur explique les risques. Alors je ne sais pas s'il faut une ambulance à chaque fois... Le temps que l'ambulance arrive. En plus on est en ville.

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Non je ne pense pas. On doit passer souvent à côté, puisque les gens ne consultent pas toujours non plus. Sauf la semaine dernière avec ce contexte d'hépatocarcinome. Il faudrait peut être faire une campagne d'information publique. Comme avec la pilule peut être, expliquer qu'il y a un risque de phlébite. Il y a une sous-information.

Médecin homme installé depuis 35 ans en milieu urbain, ancien MSU (a arrêté l'activité MSU depuis 1 an), suit une FMC, ne fait pas partie d'un réseau de soin.

Pouvez-vous me parler du dernier patient que vous avez pris en charge pour une phlébite ou une embolie pulmonaire, qu'elle soit confirmée ou non ?

Le dernier...(réfléchit) le dernier qui me revient à l'esprit c'est un retour de voyage, 5 jours après un retour de voyage sur un long courrier.

Quelle était la présentation clinique ?

Une douleur dans le mollet, un tableau un peu incomplet, pas vraiment de Homans mais compte tenu du contexte moi je fais faire des doppler plutôt par excès que par défaut. Et malheureusement je fais parfois des diagnostics de phlébite quand le tableau n'est pas tout à fait pile poil (*sourit*), mais si on attend le tableau pile poil à mon avis on en loupe beaucoup.

Comment avez-vous géré la prise en charge diagnostique et thérapeutique pour ce patient ?

Alors ici moi ça se passe très simplement, j'appelle mon ami ... qui est angiologue à St-Genis-Laval et il se débrouille pour me les prendre dans les 6h (*sourit*).

Alors après maintenant mon mode de fonctionnement est devenu tel que je ne travaille plus le samedi donc je n'ai pas ces soucis là.

Si vraiment j'ai une vraie suspicion je les pique ici tout de suite et puis ils attendent le doppler.

Sur le plan thérapeutique comment cela se passe ?

L'angiologue met en route puis on suit après.

Avec ce patient vous n'avez rencontré de difficultés particulières ?

Non et très honnêtement depuis 5-6 ans je n'ai plus aucune difficulté pour gérer tout ça (*sourit*)...

Et puis quand j'ai une suspicion d'embolie pulmonaire de toute façon c'est urgences direct.

Comment vous procédez pour le transport des patients ?

Ça dépend... Si le tableau évoque une forte suspicion d'embolie pulmonaire j'appelle le SAMU. S'il y a une douleur basithoracique, sueurs, pâleur, SaO2 qui baisse... là j'appelle le SAMU.

Après si le tableau est un peu bizarre, j'appelle une ambulance ou c'est un proche qui emmène aux urgences et j'appelle les urgences pour dire que j'adresse en faisant un courrier.

C'est un peu au cas par cas ?

Oui. On ne peut pas envoyer le SAMU tout le temps, ils n'ont pas que ça à faire non plus... Non mais c'est un peu compliqué.

Pour les phlébites vous arrivez toujours à les gérer en ambulatoire ?

Pour les phlébites j'ai dû en faire hospitaliser deux pour des tableaux massifs et évidents et encore à une période où il n'y avait pas la facilité d'accès à l'angiologue. A une époque on devait faire la calciparine... maintenant c'est devenu de plus en plus simple.

Quelles situations vous mettent en difficultés dans la prise en charge des MTEV ?

C'est une pathologie qui est assez claire à la fois au niveau diagnostique que prise en charge et à partir du moment où on admet qu'il vaut mieux pêcher par excès que par défaut... Pour moi il n'y a pas vraiment de soucis majeur.

Après il y a des choses qui m'interpellent beaucoup dans les problèmes de phlébites, c'est les orthopédistes qui arrêtent les HBPM le jour même du déplâtre et qu'on récupère 5-6 jours après des gens avec une phlébite. C'est aberrant de ne pas laisser les gens 8 jours sous HBPM en post-plâtre tant qu'ils ne remettent à marcher correctement pour l'enlever.

Qu'est-ce qui pourrait simplifier la prise en charge des MTEV selon vous ?

Avoir un ou deux correspondants avec qui on est en confiance.

Vous utilisez les scores pronostiques ou les D-dimères ?

Ça peut m'arriver, mais très honnêtement les D-dimères c'est une méthode douteuse, quand ils sont légèrement augmentés on ne sait pas quoi en faire... Puis le doppler ne trouve rien ensuite dans ces cas-là.

Après les D-dimères à 10 fois la normale ce n'est plus une phlébite c'est une embolie pulmonaire. Donc c'est très embêtant et finalement on ne sait pas toujours sur quel pied danser. J'ai eu des D-dimères demandés de manière un peu systématique et qui reviennent à 1,5 fois la normale et on se dit qu'est ce qu'on fait ? On déclenche tout un bataclan pour rien...

La fiabilité des D-dimères c'est limite. Après si c'est 4 fois la normale il se passe forcément quelque chose mais à ce moment-là je pense que la clinique parle.

Avez-vous rencontré des difficultés avec les anticoagulants ?

Pour le moment non.

Vous les manipulez régulièrement ?

Oui de toute façon maintenant c'est quasiment toujours ça. Parce qu'on dit que dans les formes très importantes, qui remontent assez haut il faut les mettre à l'hôpital...

Ensuite je voulais vous parler d'un projet de prise en charge ambulatoire des MTEV estimées à bas risque sur des critères cliniques (notamment pour les EP ce qui est nouveau), après diagnostic de certitude aux urgences. Ce sont des patients qui rentrent à domicile après 24-48h d'hospitalisation avec un RDV d'angiologie prévu. C'est une étude qui se met en place sur les HCL. Qu'en pensez-vous ?

Dans les embolies pulmonaires, à partir du moment où le traitement est mis en place, qu'il n'y a pas de détresse respiratoire... Ça ne me paraît pas du tout aberrant. A partir du moment où on n'a plus de soucis de saturation, que le traitement est bien conduit. A l'hôpital on leur fait plus rien après... Avant on leur faisait une radio pulmonaire tous les jours...

Si vous aviez un patient pris en charge dans cette filière qu'est-ce qui serait important pour vous ?

La seule chose qui est importante c'est qu'on ai l'information et les résultats quand il rentre. Le problème c'est que souvent on reçoit les informations alors qu'ils sont rentrés depuis 5 jours. Après moi on m'appelle directement en me disant on a votre patiente, elle a fait une embolie pulmonaire, tel est le traitement, et c'est bon.

Vous préférez un coup de téléphone au moment de la sortie ?

Oui parce qu'on n'est pas sûr de l'avoir le courrier... Après il y a les mails c'est vrai.

En cas de problème avec un patient qu'est-ce qui vous faudrait ?

Avoir un numéro de téléphone où on puisse joindre quelqu'un en permanence. Ce qu'on a de plus en plus maintenant avec tous les services ambulatoires. A priori ils ont un secrétariat dédié pour joindre la personne concernée et prendre des décisions derrière. C'est comme ça que je l'imagine.

Quelles inquiétudes avez-vous par rapport à la prise en charge des MTEV ?

Alors moi la réponse elle est un peu biaisée parce que je ne fais pas parti d'un réseau mais j'ai mon propre réseau, ce qui fait que ça marche très bien. Il y a des gens comme ça qu'on connaît bien et voilà quand on les appelle, on a installé effectivement une confiance, une manière de travailler ensemble. Mais c'est vrai pour d'autres spécialités.

Avez-vous quelque chose à rajouter sur les MTEV ?

La seule chose à rajouter c'est que c'est une pathologie à la quelle on ne pense jamais suffisamment, et il faut vraiment faire attention et pêcher par excès plutôt que par défaut. Mais ça c'est une déformation que j'ai de ma formation d'interne en obstétrique et des problèmes d'embolie pulmonaire dans ce contexte. On a perdu une patiente enceinte d'une embolie pulmonaire à Ste Foy alors qu'elle avait été vue par l'interne d'obstétrique et le cardiologue donc voilà... C'était notre hantise à la maternité.

Entretien 7

20/09/16

12 min

Médecin homme installé depuis 28 ans en milieu urbain. Ne suit pas de FMC, fait partie d'un réseau de soins.

Médecin interrogé à son cabinet entre midi et 14h.

Pourriez-vous me parler du dernier patient que vous avez pris en charge pour une phlébite ou une embolie pulmonaire, confirmée ou non ?

C'était une douleur du mollet sur un trajet veineux.

Dans quel contexte ? Quel âge avait ce patient ?

C'était une personne jeune, qui devait avoir environ 40 ans, sous pilule. Elle avait un ATCD de phlébite sous plâtre. Pas de facteur déclenchant cette fois. Finalement ça n'était pas une phlébite.

Comment avez-vous géré la prise en charge diagnostique ?

Je l'ai envoyée faire un doppler, qu'elle a passé le lendemain matin. Je l'ai mise sous anticoagulants le soir même.

Quel traitement anticoagulant avez-vous choisi ?

Les nouveaux anticoagulants oraux.

Ensuite ?

J'ai eu la réponse du doppler dès le lendemain et j'ai arrêté les anticoagulants.

Comment procédez-vous quand vous avez une suspicion de TVP ou EP ?

Comme ça. J'appelle mon correspondant pour avoir un doppler dans la soirée ou le lendemain matin.

Vous arrivez toujours à avoir les examens rapidement ?

Oui ça marche bien. Et je lance le traitement anticoagulant de suite.

Par rapport aux nouveaux anticoagulants vous avez des problèmes ?

Pas de soucis par rapport à ça.

Quelles sont les difficultés que vous avez rencontré dans la prise en charge des MTEV ?

C'est la création du réseau pour avoir le doppler rapidement.

Au niveau du transport du patient cela vous pose des problèmes ?

Non on a toujours quelqu'un pour les emmener.

Donc vous privilégiez plutôt un transport individuel par un proche ?

Oui.

Qu'est-ce qui pourrait faciliter la prise en charge des patients atteints de MTEV ?

Pour l'instant ça fonctionne bien comme ça... Avec les NACO ça a beaucoup simplifié les choses. Après quand on est sous HBPM on a le réseau d'infirmières qui réagit vite. Le suivi on n'a pas de

problème non plus.

Pour communiquer avec les spécialistes hospitaliers intervenant dans la prise en charge vous rencontrez des problèmes ?

Non on s'entend bien, on connaît bien tout le monde, on s'appelle ou bien on communique par mail.

Je voulais ensuite vous parler d'un projet de prise en charge des patients atteints de MTEV sur les HCL, avec recrutement aux urgences après diagnostic de certitude. Ce sont des patients évalués à bas risque de complication sur des critères cliniques, qui reçoivent le traitement anticoagulant, le rdv de suivi avec l'angiologue puis qui rentrent à domicile après 24-48h d'hospitalisation. Qu'est-ce qui vous paraît essentiel si l'un de vos patients est pris dans ce réseau ?

Il faut qu'on puisse avoir un courrier rapidement avec ce qui a été trouvé, donc par mail. Avec l'avis angiologue et cardiologue. Voilà c'est tout, après pas de soucis particulier.

Cela vous paraît logique comme raisonnement ?

Oui, ça se fait déjà dans le privé (*rites*). Tant que le bilan cardio a validé qu'il n'y avait pas de risque majeur, d'HTAP ou de facteur de risque complémentaire.

Vous savez quels critères ils utilisent pour les faire sortir ?

Je ne saurai pas dire comme ça, il faudrait que je vois sur un dossier. Mais en général c'est assez argumenté, ils utilisent un score mais je ne sais pas lequel.

Comment prenez-vous en charge les patients avec suspicion d'embolie pulmonaire au cabinet médical ?

Pareil on fait l'angioscanner avec la clinique.

Et pour le transport ? Le traitement ?

Si c'est une personne avec de bonnes constantes, pas de tare importante, je demande à quelqu'un de venir le chercher et l'emmener. Si c'est pas le cas, c'est une ambulance.

Vous n'avez pas eu à mobiliser le SAMU...

Il faut qu'il y ait une détresse vitale ou une hypoxie en dessous de 90%. C'est rarement notre tableau clinique. Le plus souvent c'est plutôt des blockpnées avec des petites désaturations à 96-97%.

Comment choisissez-vous entre l'ambulance et le transport privé par un proche ?

C'est la mobilité du patient... Il est plus vite monté avec sa voiture.

L'ambulance il faut trouver celui qui est disponible... Donc en général on a déjà trouvé le scanner pour qu'ils le prennent. Donc quand ils disent amenez le vite...

Avez-vous des inquiétudes sur la prise en charge des MTEV ?

Non, il y aura toujours la fois on où aura pas percuté... pas pensé au diagnostic. Mais je ne sais pas pourquoi, on a toujours une alerte, même quand ça y ressemble pas. Même si des fois on y va un peu par dépit, on y va quand même. Je ne sais pas pourquoi, ça se passe comme ça.

Vous êtes plutôt prudent sur cette pathologie ?

Oui. Je pars du principe que si on se pose la question, on va le faire. Si on a aucun signe, on n'y pensera pas. Mais s'il y a un petit truc, il faut y aller. Même si on ne fait qu'un D-dimère.

Vous utilisez des scores ?

Les scores, ça n'a aucun intérêt pour nous en médecine de ville. On est en première ligne, donc si un truc s'allume, on est obligés d'y aller, on a obligation de moyens. Même si le score est bas... Ça embrouille la pensée plus qu'autre chose.

Et les D-dimères ?

Les D-dimères parfois dans les tableaux bâtards. Quand on a un doute diagnostique précis, les D-dimères on peut faire l'impasse et aller directement à l'imagerie.

Quand on a lancé le D-dimère, on l'a assez rapidement. Mais on perd quand même deux heures pour appeler le scanner ou l'angiologue.

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Tout ce qui va aller derrière... Donc c'est parfois le signalement d'autre chose. D'aller sentir qu'il peut y avoir autre chose de caché derrière. Sur les déficits de protéine je laisse faire l'angiologue, parce que je ne connais pas bien la biologie de tout ça.

Pour tout le reste je prends la main.

Médecin femme installée depuis 26 ans en milieu semi-rural. Ne fait pas partie d'un réseau de soins, est MSU, suit une FMC.

Entretien réalisé au cabinet du médecin en fin de journée après les consultations.

Tout d'abord, pouvez-vous me parler du dernier patient que vous avez pris en charge pour une MTEV, avérée ou non ?

J'en ai une en tête mais ça n'est pas moi qui l'ai vue, c'est ma remplaçante. C'était une suspicion d'embolie pulmonaire chez une patiente âgée polypathologique, de 87 ans. Elle a une gammopathie monoclonale, elle a un rétrécissement aortique qui a été opéré, un cancer du sein il y a longtemps qui est considéré comme guéri, une cardiopathie coronarienne. Elle est venue avec une douleur basithoracique, essoufflée, et donc elle est partie aux urgences et ils ont infirmé le diagnostic.

Comment est-elle partie aux urgences ?

Elle est partie en ambulance.

Elle est venue d'elle-même ?

Oui elle est venue à pied, elle habite de l'autre côté de la rue puis elle a été emmenée en ambulance.

Quelles difficultés ont été rencontrées dans cette prise en charge ?

Pour le retour que j'ai eu de ... qui l'a vue, elle est assez rigoureuse dans sa démarche, donc pas de difficultés diagnostiques, pas de difficultés à organiser le transport puisqu'elle passe par le SAMU. Pas de difficultés à convaincre la patiente puisqu'elle est venue elle était inquiète. Donc la prise en charge a satisfait la patiente et ... non je n'ai pas de notion dans ma mémoire de difficultés particulières.

En ce qui vous concerne, comment procédez-vous quand vous avez une suspicion de MTEV ?

Ça dépend de l'heure et du jour où on fait le diagnostic (*sourit*). Dans le meilleur des cas, j'ai une hypothèse diagnostique, je téléphone à mon correspondant angiologue et comme j'en ai plusieurs, s'il ne répond pas tout de suite j'appelle le suivant. Donc c'est bien d'avoir plusieurs correspondants à différents endroits. Et l'avantage d'être installée depuis 26 ans, c'est que quand j'appelle, mes correspondants me connaissent, et on arrive bien à trouver une petite place. Donc je n'ai pas trop de difficultés quand je peux à joindre mon correspondant à avoir le doppler dans la journée ou le lendemain. Donc de faire l'HBPM quand je peux, ou, quand je ne peux pas, faire la calciparine mais ça m'embête davantage (*sourit*). Je sais moins faire, là j'aime bien quand il y a l'interne...

Après quand c'est un vendredi soir, c'est déjà plus compliqué, donc là très souvent on passe par les urgences.

Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans la prise en charge des MTEV ?

Ma première difficulté c'est de poser le diagnostic. C'est toujours la première. Après, une fois que j'ai le diagnostic, il y a des prises en charge bien standardisées. Si je ne suis pas trop fatiguée, si j'ai

pas trop de retard, si le patient est coopérant, qu'il adhère à ma prise en charge, ça va. La difficulté suivante, après le diagnostic, c'est plus le temps que je vais devoir passer à organiser la prise en charge. Entre les coups de fils, rendre le patient adhérent à ma prise en charge. Donc la décision partagée quand c'est moi qui la prend, c'est plus difficile à mettre en place ! (*sourit*) C'est principalement ces deux difficultés là.

Pour le moyen de transport, vous avez des difficultés ?

Le moyen de transport c'est pareil. Quand on est avant 20h, si j'ai besoin d'un transport médicalisé, j'ai un carnet d'adresse d'ambulanciers, sur la région ils sont suffisamment nombreux... et c'est assez rapide.

Parfois vous demandez à un proche de conduire le patient chez l'angiologue ou aux urgences ?

Ça m'est arrivé, sous HBPM. Ça fait parti de ma prise en charge, c'est à dire que quand j'ai posé le diagnostic, il ne part pas sans sa piqûre. Ça se discute... Sauf si j'ai une créat qui ne me permet pas de le faire.

Comment procédez-vous pour une probabilité clinique faible ?

Je la fais quand même. Même pour une TVS je la fais.

Est-ce que vous avez rencontré des difficultés avec les AOD ?

Je vois les patients revenir avec les nouveaux anticoagulants oraux, mais en principe je ne les prescris pas tant que je n'ai pas la certitude, puisque je maîtrise beaucoup mieux la piqûre d'HPBM que les anticoagulants oraux directs. Et puis je n'ai pas d'anticoagulants oraux en stock alors que j'ai des HBPM. C'est un problème de logistique.

Qu'est-ce qui pourrait faciliter la prise en charge de ces patients en médecine générale selon vous ?

Une formation. J'en reste à ma difficulté première, qui est toujours la difficulté diagnostique. Et après 26 ans de pratique, j'aime bien toujours qu'on me fasse des piqûres de rappel. Par exemple les différents scores, quand j' étais jeune on n'avait pas tout ça !

Ça vous arrive d'utiliser les scores ?

Je commence à les utiliser. Je les ai vus arriver d'abord avec les internes, après en formation. Il en faut encore bien une petite piqûre avant que je maîtrise bien ces scores là.

Vous pensez que ça peut avoir un intérêt en pratique ?

Ça peut avoir un intérêt pour clarifier les choses en terme de diagnostic. Infirmer, confirmer quand j'ai un doute.

Donc plutôt quand la probabilité clinique est faible ?

Oui, et quand je suis fatigué ou quand mon sens clinique est parti prendre un café, là j'ai besoin du score (*sourit*).

Sur le suivi vous avez des difficultés ?

Quand je prends le rdv, non. Le soucis c'est quand ils partent à l'hôpital. Là le retour est moins systématique.

Aux urgences ?

Oui même si on prend le temps d'appeler et de faire un courrier, c'est pas toujours qu'on a un retour.

Quand le diagnostic est confirmé, j'ai le retour de courrier, sauf peut être pour les TVP. Pour l'embolie pulmonaire j'ai un courrier, pour la TVP pas systématiquement. Et quand ils ont infirmé le diagnostic, je n'ai aucun courrier. C'est le patient qui revient et qui me dit « ils m'ont rien trouvé, faites quelque chose docteur j'ai toujours mal ».

Ensuite je voulais vous parler d'un projet sur les HCL de prise en charge des MTEV à bas risque. Ce sont des patients qui ont un diagnostic de certitude établi aux urgences de TVP ou EP avec une estimation de risque de complication qui est faible selon des scores validés. Ils sortent donc après 24-48h d'hospitalisation avec le traitement anticoagulant, et le rdv d'angiologue prévu. Qu'en pensez-vous ?

Pourquoi pas. Il faut que ça arrive jusque dans le beaujolais (*sourit*).

Je ne me vois pas envoyer ma suspicion d'embolie pulmonaire à bas risque à Lyon, il risque de s'arrêter à Villefranche (*sourit*).

Si vous aviez un patient inclus dans ce protocole qu'est-ce qui serait important ?

L'explication du protocole. Il faut que je m'y retrouve. Il va falloir qu'on nous informe de l'existence du protocole et qu'on nous dise quelle place nous avons, nous, médecins généralistes. Ça peut marcher. SOS AVC ça marche, on a le numéro, on sait les délais dans lesquels il faut envoyer les gens. Donc ça a pas tout a fait le même retentissement sur les patients mais bien expliqué je pense qu'on adhère. Ça fait parti des moyens qu'on a de prendre en charge les patients. Et puis surtout si c'est rapide, qu'il y a une filière courte, pour le patient c'est bien.

En cas de problème qu'est-ce qu'il vous faudrait ?

Un numéro de téléphone spécifique.

Avez-vous des inquiétudes par rapport aux MTEV ?

Outre mon inquiétude de passer à côté, les anticoagulants directs on ne sait pas trop. Pour l'instant je n'ai pas eu de retour négatif, je n'ai pas eu de patient qui ont réembolisé sous traitement, donc je me dis que ça doit quand même être efficace. J'ai eu des soucis avec des gens qui avaient des comorbidités associées donc on est très vite repassés à l'HBPM qu'on maîtrisait mieux, que ce soit moi, l'angiologue, l'anesthésiste. Donc non l'inquiétude première reste de ne pas passer à côté du diagnostic.

Donc ça vous arrive de faire des doppler facilement ?

Oui ou vers le passage aux urgences pour les suspicions d'embolie pulmonaire.

Pour l'embolie vous passez toujours par les urgences ?

Oui, c'est à dire que l'accès au scanner est quand même plus facile aux urgences !

Avez-vous quelque chose à ajouter pour terminer ?

Je n'aurai pas répondu de la même façon il y a quelques années en arrière. On acquiert en pratique une certaine confiance, la confiance mutuelle entre les correspondants et le généraliste font que les choses sont plus faciles. Pareil pour les ambulanciers, pareil pour les urgences. Quand j'appelle je sais que mon patient va être pris et bilanté.

Et d'avoir des internes qui arrivent avec la nouvelle formation, j'avoue que c'est très stimulant. Les scores, la prescription d'anticoagulants, quoique ils sont plus modérés que moi sur ces nouveaux anticoagulants. Il n'y a pas d'antidote, on ne sait pas ce qu'on fait, on n'a pas de dosage pour vérifier... Mais pour certains patients c'est quand même infiniment plus simple.

Entretien 9
11/10/16
21 minutes

Médecin homme installé depuis 34 ans en milieu semi-rural. Entretien réalisé en milieu de matinée à son cabinet médical. Est MSU pour des internes en SASPAS. Suit une FMC, ne fait pas parti d'un réseau.

Tout d'abord, pouvez-vous me parler du dernier patient que vous avez pris en charge pour une MTEV, avérée ou non ?

Oui avérée. L'histoire de la maladie : appel téléphonique du patient disant « c'est bizarre depuis quelque temps j'ai du mal à faire des efforts, même à monter des escaliers, je n'ai pas la possibilité de trouver quoique ce soit, je n'ai aucun symptôme. Je dors bien, j'ai un traitement pour l'hypertension artérielle bien réglé. » Je l'ai fait venir tout de suite, je l'ai vu en salle d'urgence et ce qui m'a fait tiquer c'est sa saturation à 92% en air. Tension artérielle normale, pas de tachycardie, pas de bradycardie, pas de signe de décompensation cardio-circulatoire. Rien. Pas de signe de phlébite. Envoi aux urgences de St Joseph, scanner thoracique : double embolie pulmonaire. Bilan étiologique négatif.

Quel âge avait ce patient ?

61 ans.

Aucun facteur de risque ?

Aucun. Aucun antécédent. On avait fait un grand bilan sur un amaigrissement de 10 kg l'année d'avant où il avait tout eu : gastroscopie, coloscopie, scanner thoracique, scanner abdo-pelvien. Le gastroentérologue sur un doute avait même fait un coloscanner. Rien. Ni sur le plan endocrino, bio, cancéro, hémato. Le problème c'est qu'il a été mis sous Xarelto très rapidement et le doppler veineux a été fait une semaine après le diagnostic, donc à mon sens possible que le caillot ait disparu. Pas d'étiologie particulière. Notamment il fait des voyages aux USA une à deux fois par an mais c'était pas contemporain d'un voyage. Voilà.

Vous avez rencontré des difficultés dans cette prise en charge ?

Non.

Pour le transport aux urgences vous avez procédé comment ?

Vu la difficulté de trouver une ambulance il a voulu partir tout seul, j'avoue que j'ai eu vraiment la trouille. Mais bon voilà ça s'est bien passé, il est arrivé. Et les ¾ du temps c'est comme ça. J'ai eu le même cas sur une dyspnée d'effort et lui on a trouvé un néo colique.

Vous avez du mal à trouver une ambulance ici ?

Oui. J'ai eu beaucoup de mal à trouver son épouse qui était au boulot, j'ai eu beaucoup de mal à trouver une ambulance et il m'a dit, puisque c'est un chef d'entreprise, j'ai bien compris, j'y vais.

Comment procédez-vous quand vous avez une suspicion de MTEV habituellement ?

C'est souvent malheureusement après la fermeture de toutes les pharmacies du monde. Donc on fait une HBPM et on gère. Voilà. C'est à dire soit c'est une suspicion d'EP et on envoie à l'hôpital. Soit par le biais d'un transport, soit par le biais d'un conducteur qui est là avec. Vu la proximité de

Lyon on a 15-20 min de transport, donc parfois on a plus à gagner à faire comme ça, par un moyen personnel.

En fait le problème est simple, soit il y a des signes cliniques de détresse et là c'est transport médicalisé, on reste là et on attend le SAMU, ça c'est clair. Quand il n'y a pas de signes et qu'on a quasi une certitude, je parle surtout des embolies pulmonaires, au niveau des phlébites on est effectivement moins cartésien, on fait plutôt une HBPM et on attend le doppler le lendemain.

Vous faites toujours une HBPM au cabinet médical ?

Toujours. Même si la suspicion est faible. Il y a très peu d'inconvénient et pas de contre-indication majeure à faire une HBPM.

Par rapport aux nouveaux anticoagulants vous avez des difficultés ?

Non, on a la réticence des lyonnais, c'est à dire on a mis du temps pour les utiliser, et puis maintenant c'est rentré dans les mœurs. Le seul questionnement c'est les gens qui avaient avant soit des AVK soit des HBPM, parce qu'il y a des gens sous HBPM au long cours quand il y a des cancers sous chimio et qu'il y a eu des EP ou des TVP. Quand on les met sous NACO, en tout cas les gens qui avaient d'autres traitements, ils disent « et on vérifie comment docteur ? ». Alors on essaye maintenant de leur dire pour certains NACO ou AOD qu'il y a des antidotes mais c'est pas nous qui les faisons et que c'est dans l'urgence pour les problèmes opératoires.

Pour obtenir le diagnostic de certitude des phlébites vous fonctionnez comment ?

On a des correspondants, maintenant il y a pas mal de cabinets donc moi je donne une liste d'adresse où le patient, lui, prend rendez-vous le lendemain matin. Parce que franchement on n'a pas de chance c'est toujours à des horaires limites et vu les délais de rdv qu'on a, c'est souvent des gens que je rajoute le soir, parce que je n'ai plus de places. C'est pour ça que je fonctionne avec des HBPM. Et quand bien même ça serait le matin, comme on ne connaît pas le délai de rdv, je pense que le mieux c'est de le protéger.

Ils arrivent toujours à avoir un rendez-vous rapide ?

Oui dans les 24-48h.

Quelles difficultés avez-vous rencontré dans d'autres situations de prise en charge ?

C'est surtout pour l'arrêt des traitements peut être plus que sur le reste. Pas sur le diagnostic, pas sur la gestion de l'urgence ou de la semi-urgence. Parce que vous pensez bien qu'après 35 ans, on connaît bien les gens et si on fait une demande ils arrivent à nous aider très rapidement.

Donc c'est surtout sur l'arrêt, avec l'angoisse du patient qui dit « ca fait 6 mois que je prends le traitement et là j'ai plus rien ». Alors si on a un diagnostic étiologique avec une TVP ou une EP secondaire, on a une conduite à tenir, mais quand on a vraiment rien en disant voilà vous avez fait une phlébite, vous avez fait une embolie pulmonaire, on arrête tout.

Alors soit on trouve une raison, quelques fois elle est un peu tirée par les cheveux. Je me souviens d'un patient qui avait gratté une butte chez son fils pendant une semaine, donc il était vraiment en tension comme un couvreur sur un toit. 75 ans je pense qu'il a effectivement créé lui-même son garrot. Voilà, alors souvent les gens restent avec des chaussettes de contention quand ils voyagent, une HBPM avant un voyage long. Des petits trucs qu'on leur donne pour les rassurer...

Par contre les bilans étiologiques de coagulation sont souvent très négatifs à moins qu'il y ait des trucs très mineurs.

Dans les phlébites je pense qu'on est vraiment beaucoup plus au point maintenant qu'on pouvait

l'être il y a 20 ou 30 ans où on n'avait pas les dopplers, parce que jamais on aurait fait faire un doppler. On a plus le doppler facile maintenant et on a vraiment des surprises de trouver des TVP ou des thromboses veineuses superficielles qui sont passées quasiment inaperçues. Et c'est sur une symptomatologie qui n'est pas typique. Des symptômes typiques on n'en trouve quasiment plus, peut être qu'on est plus précoces, que les gens viennent plus tôt ou on est beaucoup plus réactif. Mais la phlébite décrite il y a 50 – 60 ans avec la petite fièvre, la dissociation de pouls, le signe de Homans... Non (*rires*).

Qu'est-ce qui pourrait faciliter la prise en charge des MTEV en ville actuellement ?

L'accès au soins. La réactivité des médecins vis-à-vis d'un symptôme qui paraît anodin style douleur au mollet, jambe lourde, crampe. Et des fois l'interrogatoire, le gens passent tout à fait inaperçues, disant « non j'ai fait ça c'est normal ». Mais sur la genèse des TVP, j'avoue que si vous avez un brin de conclusion positive à nous communiquer, je serai très heureux avant de partir en retraite de savoir pourquoi il y a des gens qui en font... Il y a peut être un problème structurel de veine, parce que à la limite quand on voit les varices des gens... mais c'est pas forcément les gens qui ont des grosses varices qui font des TVP. Ceux-là on les voit on les prévient en disant « monsieur ça serait bien que vous enleviez votre grosse saphène » parce que celle là elle va nous faire des ennuis un jour. Voilà c'est plus la difficulté là, c'est-à-dire la difficulté d'y penser et il y a probablement de très nombreuses phlébites profondes qui passent inaperçues et qui guérissent toutes seules sans qu'on puisse savoir.

La grosse anecdote qui n'est pas de mon histoire personnelle, c'est je me souviens en congrès un cardiologue qui racontait l'histoire de chasse d'un type qui avait fait 24h d'avion, signé un contrat à Rio de Janeiro, revenir dans la suite en étant resté assis quasiment 24h dans l'avion. Et il avait développé une dyspnée progressive à l'effort, il était sportif, il ne pouvait plus courir. Il a vu X cardiologues qui disaient « mais non monsieur vous allez bien » et en fait il avait une TVP jusqu'en iliaque et il embolisait tous les jours. Donc il avait une miliaire, ils pensaient même que c'était autre chose.

Ensuite je voulais vous parler d'un projet de collaboration entre généraliste, angiologues, urgentistes sur les HCL sur les EP à bas risque de complication avec un diagnostic de certitude aux urgences puis un retour précoce à domicile en 24-48h avec le traitement anticoagulant, le rdv d'angiologue. Qu'est-ce que vous en pensez ?

Ça se fait déjà. Moi généralement si je peux avoir un angioscanner dans la journée il n'y a pas de problème je le fais en ambulatoire, parce que aux hospices civils vous avez jamais de scanner de l'extérieur c'est hors de question. Je ne dis pas que je n'ai pas besoin, mais je dirai quand même qu'on aime bien que ça passe par la faculté, et quelque fois quand on arrive je leur dis voilà j'ai une EP certifiée, il y a un angioscan, il y a un doppler, je vous l'envoie.

Parce que après c'est vrai qu'on surveille 24-48h comme vous dites.

Alors moi ce que je déplore surtout, c'est que mes confrères ont très peu de matériel que j'appelle star trek, c'est à dire au moins un saturomètre. C'est fiable et très utile. Parce que le patient qui a 92% de saturation, vous le voyez pas, et il est déjà en détresse respiratoire.

Vous arrivez à avoir un angio-scanner en ville rapidement, ça c'est rare....

Non c'est pas rare. Après soit le radiologue m'appelle et me dit c'est une EP et il part de chez le radiologue aux urgences. Très fréquent.

Le problème c'est le transfert vers un hôpital où on a la possibilité de faire un bilan étiologique rapide, notamment j'enverrai pas une main coupée à Lyon Sud. Parce qu'il n'y a pas de chir ortho

pour les mains à Lyon Sud. Alors apparemment ils viennent de monter un service de cardio mais au moins qu'on ai un échographiste digne de ce nom pour qu'on sache s'il y a une HVG, un problème cardio important, une hypertension artérielle pulmonaire, qu'on puisse nous dire attention là on est dans les critères de gravité pour dire il faut garder le patient. On a besoin d'examens complémentaires, l'angioscanner on peut faire, pas l'ETT ou l'ETO. Donc il y a toujours un passage hospitalier. Ou un cardio rapidement.

Vous en voyez qui sortent tôt de l'hôpital déjà ?

Oui, à J1 voire dans la journée des fois. On gagne beaucoup de temps comme ça.

Si vous aviez un patient inclus dans cette filière, qu'est-ce qui serait important pour vous ?

Avoir un courrier digne de ce nom. De temps en temps on a des correspondants qui nous écrivent très vite, de temps en temps on a des baignoires qui se remplissent très vite par les internes de dossiers dont les courriers sont très très longs.

En sortie d'urgence on a maintenant assez fréquemment le dossier de nos patients. On a tout, les horaires, le personnel qui a fait, c'est même trop exhaustif mais c'est pas grave, au moins on sait ce qui a été fait, ce qui a été demandé et ça c'est très bien. Mais c'est pas partout.

Avez-vous des inquiétudes particulières sur la prise en charge actuelle des MTEV ?

Non. Moi je pense qu'on a vraiment un taux de guérison fabuleux si on les prend très vite. Et sans séquelles. L'objectif est là. C'est y penser, c'est le faire. Alors c'est facile comme ça derrière un bureau... C'est y penser surtout devant des petits symptômes qui ne sont pas forcément très explicites. Il n'y a plus le crachat hémoptoïque, le point de côté, la perte de connaissance, la petite fièvre... On ne va pas attendre la bio ; des fois on fait le diagnostic sur les D-dimères mais là on a vraiment un gros doute sur la nécessité d'attendre même deux heures. Par contre l'HBPM est déjà fait. Mais les D-dimères après 75 ans, on a un gros doute, donc on se dit qu'est-ce qu'on fait, on les fait on les fait pas. Et puis des fois on à 8000 donc on se dit qu'on a bien fait.

Ça vous arrive de demander les D-dimères en cas de doute ?

Oui, quand j'ai un gros doute et que j'ai un délai d'angioscanner plus long. Et puis quelque fois on a le problème de gens peu communicants, on a quand même des gens de plus en plus âgés. On les envoie aux urgences, parce qu'ils habitent tout seuls, et là j'écris vraiment en gros dans le courrier EP avec un point d'interrogation. J'ai fait parti d'un groupe d'étude qui d'ailleurs est tombée en désuétude avec un urgentiste du SMUR, un urgentiste de Lyon Sud, des infirmières libérales, des infirmières de régulation des hospices et moi-même. Je fais de l'urgence avec les pompiers donc c'est peut être pour ça que je suis un peu plus motivé.

Sur le plan pratique ce qu'on voulait faire comprendre aux veilleuses de nuit, au commun des mortels c'est qu'envoyer un papy aux urgences comme ça, c'est de la maltraitance. Voilà. 12h dans un lit, le papy ne sait pas parler. Bon il y a un courrier on va lui faire son angioscan mais il y a les urgences des autres... A 95 ans on fait quoi ? C'est ça le plus difficile. Le fait d'envoyer aux urgences...bon sauf si c'est vraiment une urgence, un trauma crânien c'est différent mais il faut quand même un délai pour avoir le diagnostic, la biologie.

Le pauvre papy on est content quand il sort s'il n'a pas d'escarre. Et c'est pas de la faute des urgences c'est la faute des afflux, mais ça c'est un problème politique, si les gens n'allaient pas aux urgences pour une angine on aurait peut être le temps de gérer celles-là.

Médecin homme installé en milieu rural depuis 14 ans, fait parti d'un réseau de soins (obésité de l'enfant), suit une FMC, n'est pas MSU.

Tout d'abord, pouvez-vous me parler du dernier patient que vous avez pris en charge pour une TVP ou une EP, avérée ou non ?

Oui... c'était il y a 15 jours-3 semaines, c'est Mme E.

Elle a quelle âge cette dame ? Comment cela se présentait ?

70 ans environ. Cliniquement, jambe triple de volume, froide. Bizarre non ? Toute la jambe. C'est quelqu'un qui avait déjà eu une phlébite il y a 10 ans et une embolie pulmonaire, qui avait eu un filtre cave et ils avaient tout arrêté. La dernière fois c'était il y a 3-4 ans. Mais vu comme ça se présentait, c'est arrivé la veille au soir, elle est venue le matin. Elle n'a pas fait l'embolie pulmonaire par contre je ne sais pas comment. Comme c'était froid, violacé, je n'arrivais pas à sentir les pouls je me suis dit c'est peut être de l'artérite. C'est parti, c'était qu'une phlébite. Je n'en revenais pas parce que c'était tellement froid.

Comment avez-vous transporté cette patiente ?

Ambulance.

Elle était venue seule ?

Elle était venue avec deux personnes de sa famille. Je lui ai fait une injection d'ARIXTRA 7,5 mg. Que ce soit artériel ou veineux c'était pas grave. Et puis je n'avais pas de dyspnée.

Comment ça s'est passé ensuite ?

Ils ont choisi l'héparine, elle est restée hospitalisée 4-5 jours. Puis relais AVK. Euh non XARELTO. Ça sera à vie, puisque c'est le 3e épisode et ils n'ont pas trouvé de cause.

Quelles difficultés avez-vous rencontré dans cette prise en charge ?

J'ai eu des difficultés sur le diagnostic. Mais au bout du compte il fallait décoaguler donc c'était pas gênant. Après c'était peut être sur le moyen de prise en charge : est-ce qu'il fallait faire plus SAMU, la régulation... Qu'est-ce que ça aurait changé ? Une contention, avec un thrombus en iliaque, ça aurait pas changé grand chose. Vu comme c'était ici c'était forcément très haut comme thrombus.

Comment procédez-vous quand vous avez une suspicion d'embolie pulmonaire ou de TVP ?

C'est pas bien compliqué, il y a toujours des anticoagulants dans mon frigo, donc en fonction de l'urgence soit je peux avoir un doppler dans les 2-3j, après une fois qu'ils sont décoagulés on pourra pas faire avancer le schmilblick. Si vraiment il y a un gros risque, si la personne est seule, là j'appelle un doppleriste pour qu'il la voit rapidement. En général je fais comme ça.

Si ça n'est pas très urgent, vous faites l'héparine et c'est le patient qui appelle l'angiologue ?

Oui.

Vous avez un réseau assez réactif ?

Oui parce qu'à l'Arbresles sous 2-3j je les ai souvent. J'ai des angiologues que je peux appeler ils peuvent les prendre en urgence, mais globalement il n'y a pas toujours d'urgence...

Si c'est une suspicion d'embolie pulmonaire ?

La c'est régulation SAMU, ils font en fonction des antécédents, de l'âge, du contexte social...

Vous les gardez tant que le SAMU arrive dans votre cabinet ?

Tout à fait. De toute façon, même pour déranger les pompiers on est obligé de passer par le SAMU et c'est eux qui décident du transport.

Avez-vous rencontré d'autres difficultés dans la prise en charge des MTEV ?

Oui, ça reste un cas exceptionnel mais... j'avais un patient qui est venu, il avait des antécédents de phlébite, il a été traité par anticoagulants pendant plusieurs mois, ils ont arrêté. Un an plus tard il revient me voir, il me dit « j'ai mal au mollet ». C'est un peu suspect, donc je lui fait l'anticoagulant, il fait son doppler et il ne retrouve pas de phlébite. Quinze jours plus tard, il vient me voir pour une douleur thoracique, avec fièvre, quelques crépitants. C'est une pneumopathie en plus j'entendais bien une baisse du murmure vésiculaire. Je mets les antibiotiques et puis deux jours plus tard il me dit « j'ai toujours autant mal », et en fait c'était une embolie pulmonaire... Donc je ne sais pas comment c'est possible, si le doppler a été fait trop vite...

La difficulté ça a été le retard diagnostic donc ?

Oui, parce que le boulot a été fait, on a envoyé, le doppler dit il n'y a rien, donc...

Vous faites une héparine à chaque fois qu'il y a une suspicion de TVP ?

Oui toujours.

Qu'est-ce qui pourrait faciliter la prise en charge de MTEV en ville selon vous ?

Qu'on sache tous faire des dopplers. C'est ce qui nous faut. On n'est pas là pour dire il faut faire une phlébectomie, une varicectomie, c'est pas ça. L'intérêt c'est de voir s'il y a un caillot ou pas. A une période je m'étais renseigné.

Ensuite je voulais vous parler d'un projet de prise en charge des EP à bas risque sur les HCL, avec en fait un recrutement de patients aux urgences avec diagnostic confirmé d'EP, estimés à bas risque sur des critères cliniques validés, qui rentrent chez eux après 24-48h d'hospitalisation avec le traitement anticoagulant et le rendez-vous d'angiologue puis un suivi conjoint avec le généraliste. Qu'en pensez-vous ?

Il n'y a pas forcément des critères de retour à domicile... ça me paraît logique, ça ne me choque pas.

Qu'est-ce qui vous paraîtrait important si vous aviez un patient dans cette filière ?

Le plus difficile dans ce genre de choses, c'est de pouvoir prévenir le médecin traitant du retour à domicile. Il faudrait nous prévenir par téléphone. On ne peut pas se permettre de renvoyer les gens sans avoir prévenu le médecin traitant qui n'aura évidemment pas le courrier avant quelque temps. J'ai eu des médecins pour d'autres pathologies qui m'ont expliqué « voilà on vous le renvoie, vous n'aurez pas le courrier tout de suite ». Au moins on sait où on en est, je sais comment il part, ce qu'il a eu déjà, on ne demande pas grand chose. Après je ne sais pas quelle est la proportion de patients pour lesquels on peut suspecter une cause secondaire mais bon après,

on peut bien rentrer chez soi et faire le bilan derrière.

Oui ce qui est prévu c'est qu'ils revoient l'angiologue à J7 et ils refont le point à ce moment là. Ensuite, avez-vous des difficultés avec les AOD ?

C'est surtout le Xarelto que j'utilise. Après c'est sûr que si je n'ai pas le diagnostic je ne vais pas mettre de Xarelto, je préfère mettre une HBPM. Après pas de problème pour suivre avec Xarelto. Initier sans diagnostic... Autant c'est facile l'HBPM on a une durée d'action. Et puis j'ai de l'Arixtra au cabinet, je n'ai pas de Xarelto.

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

C'est comme tout, quand on en voit beaucoup on se pose moins de question. Mon système marche.

Avec le temps vous êtes plus prudent ? A quoi sert l'expérience ?

Eh bien, par exemple la patiente avec la grosse jambe froide sans pouls, on aurait pu dire c'est une artérite mais c'était pas ça. Maintenant je suis plus prudent, je vais faire plutôt les doppler par excès. La grosse jambe rouge, c'est pas la première présentation clinique qu'on voit, c'est souvent un truc bâtarde. C'est pour ça que le doppler ça serait vraiment intéressant au cabinet.

Médecin femme installée depuis 2 ans en milieu semi-rural. N'est pas MSU, ne fait pas partie d'un réseau, suit une FMC.

Tout d'abord, pouvez-vous me parler du dernier patient que vous avez pris en charge pour une TVP ou une EP, confirmée ou non ?

Les deux derniers patients dont j'ai le souvenir, il y en a un je pensais que c'était une phlébite et en fait c'était une thrombose artérielle. Et il y en a une récemment qui avait une douleur un peu chronique, elle était suivie par un angiologue déjà, je l'avais renvoyée sans penser pas du tout à une phlébite, et en fait c'était une phlébite. Alors que cliniquement...

Pouvez-vous préciser ce dernier cas ?

C'est une dame qui a plus de 80 ans, qui a comme antécédents une hypertension, cholestérol et surtout beaucoup d'arthrose. En fait elle avait une douleur de la jambe que je n'arrivais pas à traiter depuis des mois, j'hésitais sciatique, coxarthrose ; et elle avait une douleur du mollet aussi, elle avait mal en marchant. Elle connaissait l'angiologue déjà, pourquoi... Elle n'était pas décoagulée ça c'est sûr. Elle avait peut être déjà fait une phlébite. Et en fait je l'avais envoyée parce que sa douleur je pensais que c'était peut être artériel, une claudication. Et il a découvert une phlébite donc débuté les anticoagulants, mais elle a quand même une artériopathie. Du coup je ne l'avais pas envoyée en urgence pour le doppler artériel. Cliniquement je ne pensais pas du tout à une phlébite.

Après il l'a décoagulée avec Xarelto directement et après c'était bizarre il la revoyait très régulièrement, à priori c'était une thrombose mais c'était un peu particulier, et il a dit anticoagulants à vie donc elle devait avoir des antécédents de phlébite.

Vous l'avez revue ou c'est l'angiologue qui a géré seul ?

Il l'a revue très régulièrement, c'est même lui qui faisait la surveillance bio et du coup moi je n'ai pas fait grand chose.

Ça vous a posé problème ?

Comme je n'avais pas évoqué le diagnostic ça ne m'a pas dérangé ; après je la voyais régulièrement pour le reste donc je surveillais la fonction rénale.

Il envoyait un courrier rapidement donc je savais comment il la surveillait, comment il la traitait...

Vous préférez un suivi conjoint avec l'angiologue ?

Oui souvent c'est quand même conjoint.

Avez-vous rencontré des difficultés dans cette prise en charge ?

Non comme il la voyait régulièrement.

Comment procédez-vous quand vous avez une suspicion de TVP ou EP ?

Comme j'avais eu ce patient, je m'en rappelle bien c'était un vendredi après-midi, il m'appelle pour une visite à domicile, il avait une douleur du mollet. Comme j'avais déjà des consultations, je lui ai demandé de venir. Il avait en effet vraiment une douleur importante, j'avais appelé l'angiologue de

la clinique qui l'avait pris à 18h. Il était parti avec son fils qui l'avait emmené. Du coup je n'avais pas mis de traitement avant qu'il le voit puisque je me suis dit il le voit à 18h donc s'il y a un traitement à mettre, il le mettra.

Et là le diagnostic final ici ?

C'était un problème artériel ! (*rires*)

C'était une ischémie sub-aigue ?

Non parce qu'il n'a pas été opéré tout de suite. Mais assez rapidement quand même.

Avez-vous des difficultés pour avoir accès au doppler ?

Dans l'ensemble ils sont assez arrangeants, j'essaye jamais à l'hôpital, j'essaye plutôt dans le privé ils sont plus arrangeants et moi en général ils prennent assez rapidement. Après c'est vrai que si j'appelais et qu'ils ne pouvaient pas le prendre je serai bien embêté.

Vous arrivez à avoir le rdv dans la journée en général ?

Oui en général.

Au niveau du traitement, vous initiez une héparine ou un anticoagulant d'emblée ou non ?

Si j'avais un vrai doute, j'en ai au cabinet quand même, et que je ne pouvais pas avoir le doppler, je les décoagulerai. C'est ce que je me dis.

Comment raisonnez-vous en terme de probabilité ? Qu'entendez-vous par « vrai doute » ? Vous utilisez des scores ?

C'est clinique. Parfois je fais des D-dimères, si j'ai un doute, si c'est pas un vendredi soir. Si je suis sûr cliniquement je ne les ferai pas, je ferai le doppler tout de suite.

Et l'héparine dans quel contexte ?

Si j'ai un gros doute cliniquement avec peut être des facteurs de risque.

Vous utilisez les scores ?

Non.

Vous les estimez inutiles ?

Non, c'est que je ne les connais pas.

En ce qui concerne le transport vous avez des problèmes ?

Je pense que je serai embêté ça aussi... Je le ferai accompagner dans tous les cas. Si c'est une phlébite, je demanderai à quelqu'un de l'accompagner ; s'il ne peut pas j'appellerai un VSL ou une ambulance.

Si c'est une suspicion d'embolie pulmonaire ?

Je ferai ambulance d'emblée et du coup j'enverrai aux urgences.

Et pas d'héparine dans ce cas ?

Non.

Vous appelez le SAMU dans ce cas ou l'ambulance directement ?

En fait j'appelle les urgences pour les prévenir que je les envoie et en général ils me font appeler le SAMU quand même pour être sûr. Si le patient n'est pas bien cliniquement, j'appelle le 15 d'emblée.

Par rapport au traitement anticoagulant, quelles difficultés rencontrez-vous ?

Je ne suis pas hyper à l'aise avec ça.

Je suis toujours étonné parce que typiquement l'angiologue il met directement l'anticoagulant sans mettre d'HBPM avant alors que je n'avais pas appris ça.

Avec les AVK ?

Euh non c'était avec Xarelto c'est pour ça.

Vous avez des difficultés avec les HBPM-AVK ?

Non ça va pour les mettre en place.

Les nouveaux anticoagulants vous les utilisez ?

Non, ça n'est pas moi qui les initie. Je ne suis pas encore sûr, pour l'instant je reste avec les AVK. Si le spécialiste les initie, par exemple dans la FA, ça ne me dérange pas.

Pourquoi cette réticence ?

Je ne sais pas, je suis moins à l'aise... Je pense que je connais moins aussi les AMM, donc par méconnaissance j'aurai peur de les utiliser alors que je ne dois pas.

Qu'est-ce qui pourrait faciliter la prise en charge des MTEV en ville ?

Si on avait un doppler le jour même.

D'autres choses ?

Non principalement ça.

Je voulais vous parler ensuite d'un projet sur les HCL de coordination des soins autour des patients atteints d'EP estimés à bas risque après diagnostic de certitude aux urgences, évalués selon un score pronostique validé. Ces patients sortent après 1 à 2j d'hospitalisation avec leur traitement anticoagulant, et le suivi avec l'angiologue et le généraliste ensuite. Qu'en pensez-vous ?

Je trouve ça plutôt bien, après ils sont passés par les urgences donc bon...

Le plus dur pour nous c'est le diagnostic. Une fois le diagnostic posé, après je serai moins inquiète pour les surveiller, quitte à les renvoyer.

Qu'est-ce qui vous paraît important avec ces patients ?

Si avec l'hôpital le fonctionnement marche bien, si on a un problème qu'on puisse avoir quelqu'un, un interlocuteur vers qui on peut se retourner, pour savoir si on doit renvoyer le patient vers les urgences ou pas. C'est ça principalement. Pourquoi pas faire une surveillance avec les infirmières aussi pour surveiller le traitement.

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Moi je pense ce qui est important c'est avoir un accès facile, enfin rapide à l'écho-doppler. Ne pas

faire passer ces gens là par les urgences au maximum, s'ils en ont pas besoin.

Avoir un réseau local donc...

Oui et ici c'est ce qui se fait, ce n'était pas toujours le cas à Lyon, on se faisait envoyer balader parfois. Ici ils sont assez arrangeants.

Et au niveau diagnostic c'est pas toujours évident.

Annexe 4 : Tableau de codage (exemple de deux entretiens)

Codage entretien 1

<i>Code</i>	<i>Signification</i>	<i>Verbatim</i>
Particularités cliniques	Personnes âgées : Fragilité	« c'est assez compliqué, il faut les emmener aux urgences, elles sont parfois perdues » « terrain très à risque » « pour ne pas trop l'embêter »
Particularités cliniques	Personnes âgées : diagnostic urgent	« chez quelqu'un de plus âgé on aime bien avoir le diagnostic vite »
Particularités cliniques	Personnes âgées : observance	« à partir d'un certain âge, attention sur l'observance, et je pense que dans ce cas l'infirmière n'est pas inutile »
Confirmation diagnostique MTEV	Déplacement angiologue	« c'était un angiologue qui se déplaçait » « ce qui est exceptionnel » « chance »
Particularités cliniques	Insuffisance rénale	« j'ai eu de la chance qu'il n'y avait pas d'insuffisance rénale »
Suivi	Contact téléphonique direct	« j'aime bien avoir l'angiologue en direct »
Projet FRAME	Communication entre angiologue et MG	« il faut que les gens soient joignables »
Suivi	Arrêt des anticoagulants	« moi je ne décide pas toute seule » « à mon avis on se double quand même de l'avis de l'angiologue »
Anticoagulants	AOD : risques liés à la facilité d'utilisation	« maintenant on les banalise, et ça peut être dangereux »
Anticoagulants	AOD : risques en comparaison aux AVK	« il faut bien réexpliquer que ce sont des anticoagulants comme il n'y a plus de surveillance de l'INR »
Anticoagulants	AOD : difficulté pour les patients traités par AVK par le passé	« Et c'est un peu compliqué d'utiliser les nouveaux anticoagulants avec les patients qui ont déjà eu les anticoagulants classiques par le passé, de leur dire qu'il n'y a plus de contrôle de l'INR... »
Particularités cliniques	Personnes jeunes : risque de	« il faut peut être leur faire un peu

<i>Code</i>	<i>Signification</i>	<i>Verbatim</i>
	banaliser la TVP	peur... sinon elles banalisent la phlébite »
Particularités cliniques	Isolement	« quand la personne est un peu isolée, c'est un peu limite, c'est peut être mieux de faire passer une infirmière »

Codage entretien 8

<i>Code</i>	<i>Signification</i>	<i>Verbatim</i>
Suspicion diagnostique	Problème des horaires « extrêmes » et week-ends	« ça dépend de l'heure et du jour où on fait le diagnostic » « quand c'est un vendredi soir...très souvent on passe par les urgences »
Suspicion diagnostique	Rôle du réseau	« c'est bien d'avoir plusieurs correspondants à différents endroits » « mes correspondants me connaissent »
Anticoagulants	En cas de contre-indication à HBPM	« faire la calciparine ça m'embête davantage »
Suspicion diagnostique	Complexité	« ma première difficulté c'est de poser le diagnostic »
Suspicion diagnostique	Le temps d'organiser la prise en charge	« le temps que je vais devoir passer à organiser la prise en charge » « si le patient est coopérant »
Anticoagulants	Injection HBPM entre suspicion et confirmation diagnostique	« quand j'ai posé le diagnostic, il ne part pas sans sa piqûre »
Suspicion diagnostique	Utilisation des scores de probabilité clinique	« ça peut avoir un intérêt pour clarifier les choses...quand j'ai un doute »
Suivi	Retour après avoir adressé le patient	« quand ils partent à l'hôpital... le retour est moins systématique » « quand ils ont infirmé le diagnostic, je n'ai aucun courrier »
Projet FRAME	Rôle du médecin généraliste	« qu'on nous informe de

		l'existence du protocole et qu'on nous dise quelle place nous avons, nous, médecins généralistes »
Projet FRAME	Communication entre angiologue et MG	« un numéro de téléphone spécifique »
Anticoagulants	Remettre en cause les habitudes de prescription	« je maîtrise beaucoup mieux la piquûre d'HPBM que les anticoagulants oraux directs »
Anticoagulants	Simplicité de la prise en charge	« pour certains patients c'est quand même infiniment plus simple »

DELBECQ Christophe - LES FREINS A LA GESTION EN AMBULATOIRE DES MALADIES THROMBOEMBOLIQUES VEINEUSES

RESUME : Les maladies thromboemboliques veineuses sont des maladies potentiellement graves et à présentation polymorphe. La prise en charge des embolies pulmonaires est l'objet de nouvelles recommandations d'experts suite à la validation de scores pronostiques permettant une sortie précoce du patient des urgences.

L'objectif de ce travail était d'identifier les freins à la prise en charge ambulatoire des maladies thromboemboliques veineuses en médecine générale.

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 11 médecins généralistes.

Les médecins généralistes étaient prudents par rapport au diagnostic de MTEV, craignant un retard diagnostique et des complications. Les médecins interrogés utilisaient peu les scores de probabilité clinique et les D-dimères. Certains réalisaient une injection d'anticoagulant pour toute suspicion de MTEV au cabinet médical. L'accès au doppler veineux était facilité par la création d'un réseau de soins issu de l'expérience. Le choix du moyen de transport du patient du cabinet vers l'angiologue ou les urgences était décidé au cas par cas selon le contexte. Certaines situations cliniques étaient redoutées : sujet âgé, grossesse, insuffisance rénale. Ils étaient favorables à la prise en charge ambulatoire de embolies pulmonaires à bas risque à condition d'être informés précocement après la sortie du patient des urgences et que leur rôle soit bien défini.

Du fait de la gravité des MTEV, il existe un besoin de mieux organiser la prise en charge et le suivi des patients suspects ou atteints de MTEV, notamment sur la base de recommandations de pratique clinique.

MOTS CLES : -maladies veineuses thromboemboliques

- freins
- soins ambulatoires
- gestion des soins du patient

JURY :

Président : Monsieur le Pr Laurent LETRILLIART
Membres : Monsieur le Pr Karim TAZAROURTE
Madame le Pr Yesim DARGAUD
Monsieur le Dr Jean-Christophe LEGA
Madame le Dr Corinne PERDRIX

DATE DE SOUTENANCE : 4 avril 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR : Christophe DELBECQ, 41 rue Paul Verlaine, 69100 Villeurbanne
chdelbecq@gmail.com