



HAL
open science

Syndrome coronarien aigu de présentation épigastrique Étude qualitative auprès de médecins généralistes

Magdalena Morelli, Bernard Clary, Agnès Oude-Engberink, Mélanie Badin,
Michel David, Béatrice Lognos, François Carbonnel, Elodie Million

► To cite this version:

Magdalena Morelli, Bernard Clary, Agnès Oude-Engberink, Mélanie Badin, Michel David, et al.. Syndrome coronarien aigu de présentation épigastrique Étude qualitative auprès de médecins généralistes. Médecine, 2017. hal-03620998

HAL Id: hal-03620998

<https://hal.umontpellier.fr/hal-03620998>

Submitted on 27 Mar 2022

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

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

Étude originale

Magdalena Morelli, Bernard Clary,
Agnès Oude-Engberink, Mélanie
Badin, Michel David, Béatrice
Lognos, François Carbonnel, Élodie
Million

Département de médecine générale de
Montpellier-Nîmes, Université de Montpellier,
641 av Gaston Giraud 34093 Montpellier
cedex 5

Magdalena1005@hotmail.fr

Tirés à part : M. Morelli

Résumé

En France, l'infarctus du myocarde touche 100 000 personnes par an. Le registre FACT de 2003 a montré que dans 36 % des syndromes coronariens, les médecins généralistes intervenaient en premier. 30 % des syndromes coronariens aigus présentaient des manifestations cliniques atypiques comme des épigastalgies. Si les médecins généralistes pensent à une origine coronarienne lors d'une douleur épigastrique, quelles sont les limites à leur démarche diagnostique et quelles pistes d'amélioration proposent-ils ?

Dans cette étude, les médecins généralistes se basaient sur la présentation clinique, le contexte et l'électrocardiogramme pour s'orienter vers un syndrome coronarien aigu lors de manifestations cliniques atypiques et en cas de suspicion de syndrome coronarien aigu ils sollicitaient le centre 15. Mais le syndrome coronarien aigu de présentation atypique était un diagnostic complexe pour les médecins généralistes interrogés en raison des diagnostics différentiels existant et de la prise de risque induite par la prise en charge. Le désengagement de la filière d'urgence de la part de certains médecins généralistes était dû au sentiment de dévalorisation de leur place en tant qu'acteur de l'urgence associé à la peur de l'erreur. Les médecins généralistes interrogés ont proposé des pistes d'amélioration qui mériteraient d'être évaluées.

• Mots clés

douleur abdominale ; syndrome coronarien aigu ; focus groups ; soins primaires.

Abstract. An acute coronary syndrome with epigastric pain. A qualitative study about general practitioners

In France, myocardial infarction affects 100,000 people a year. The 2003 FACT

Syndrome coronarien aigu de présentation épigastrique

Étude qualitative auprès de médecins généralistes

Introduction

En France, l'infarctus du myocarde touche 100 000 personnes par an [1]. Une prise en charge précoce permet de limiter la morbi-mortalité [2, 3].

Les médecins généralistes sont les médecins du premier recours et le registre FACT [4] publié en 2003 a montré que dans plus de 36 % des 1 810 syndromes coronariens, les médecins généralistes étaient les premiers intervenants en cas de situation évoquant un syndrome coronarien aigu (SCA). Cependant, dans 30 % des syndromes coronariens aigus, la douleur thoracique n'était pas présente et il existait des manifestations cliniques atypiques comme les symptômes digestifs ou des épigastalgies [5, 6].

Les SCA sans douleur thoracique ont déjà fait l'objet d'études dans le cadre d'une prise en charge par le SMUR ou les services de cardiologie [5, 7]. La présentation atypique des SCA en médecine générale n'a pas encore été étudiée. Actuellement, les freins ou leviers à la prise en charge diagnostique d'un syndrome coronarien aigu lors d'une présentation digestive ou atypique ne sont pas connus.

Les médecins généralistes pensent-ils à une origine coronarienne lorsqu'un patient se présente avec une douleur épigastrique ou d'autres symptômes digestifs ? S'ils y pensent, quelles sont les limites à leur démarche diagnostique et quelles pistes d'amélioration proposent-ils ?

Méthode

Type d'étude

Dans une approche constructiviste et compréhensive, une méthode qualitative avec recueil des données par focus groups de médecins généralistes libéraux et analyse thématique des verbatim a été choisie.

Sélection des participants : échantillonnage en variation d'expérience

Dans ce type d'étude, l'objectif est d'obtenir un échantillon de médecins le plus varié possible dans leurs pratiques et leurs expériences. Les médecins étaient initialement recrutés par courriel (MM) à partir de la liste des médecins généralistes thésés, inscrits à l'Ordre des Médecins de l'Hérault et ayant déclaré une adresse mail. Le recrutement s'était fait sur la base du volontariat.

Un questionnaire quantitatif leur a été envoyé pour leur proposer de participer à un focus group sur le thème « *douleur épigastrique comme présentation d'un syndrome coronarien en médecine générale de ville* » [8].

registry showed that in 36% of coronary syndromes, general practitioners are the first to provide care. 30% of acute coronary syndromes present atypical clinical symptoms such as epigastralgia. If general practitioners think of a coronary origin in epigastric pain, what are the limitations of their diagnostic approach and what about the possible paths for improvement?

In this study, general practitioners relied on clinical symptoms, context and electrocardiogram for acute coronary syndrome in atypical clinical manifestations, and in case of suspicion of acute coronary syndrome. But acute coronary syndrome of atypical presentation was a complex diagnosis for the general practitioners who were interviewed, due to the existence of differential diagnoses and risk-taking induced by providing care. The disengagement of the emergency sector from some general practitioners was due to the feeling of devaluation of their place as an actor of the emergency system associated with the fear of deadly errors. The general practitioners who were interviewed suggested possible improvements which should be evaluated.

• **Key words**

abdominal pain; acute coronary syndrome; focus groups; primary care.

DOI: 10.1684/med.2017.193

Les focus groups étaient enregistrés par un dictaphone numérique et filmés par caméra numérique avec l'accord oral préalable des participants. Ils validaient oralement l'autorisation d'enregistrement et de l'utilisation anonymisée des verbatims ainsi que l'aspect

Cet article porte uniquement sur la partie qualitative de ce travail. Une relance par courriel a été faite 2 mois après le premier envoi avec proposition du même questionnaire sur « google drive ». La nécessité de recrutement d'autres médecins pour le 2^e focus group a conduit à contacter directement des médecins généralistes thésés par connaissance de MM ou ME. Les médecins participants volontaires ont ensuite été contactés par courriel ou téléphone (MM) pour leur expliquer la méthode, leur donner le lieu de réunion et la durée prévue (60 à 120 minutes). Un sondage « Doodle » pour proposer des dates de focus groups a été réalisé et MM a sollicité les médecins directement par téléphone s'ils ne remplissaient pas le sondage.

Parmi ceux qui ont accepté, nous avons visé des participants aux expériences variées : âge, sexe, mode et lieu d'exercice, installé ou remplaçant. Aucune rémunération ni aucun dédommagement financier n'ont été proposés. Ce travail de recherche a été réalisé en respectant la législation française.

Déroulement des focus groups

En début de séance, chaque participant remplissait un questionnaire renseignant son âge, son sexe, son mode, lieu et secteur d'exercice. MM avait le rôle d'observateur lors des focus groups : elle prenait des notes au cours du focus group. L'animatrice (ME), formée et expérimentée en animation de focus groups, présentait ensuite les règles et le fonctionnement du focus group. Ces règles étant validées oralement par les participants, les échanges dans le groupe pouvaient avoir lieu en se basant sur le guide d'entretien (*tableau 1*).

Le guide d'entretien a été réalisé par MM et ME à partir des données de la littérature sur le sujet du syndrome coronarien de présentation épigastrique. L'objectif de l'animatrice était d'organiser et de recentrer la prise de parole pour faire émerger les différents points de vue en veillant à ne pas prendre position et en permettant à chacun de s'exprimer.

confidentiel des focus groups. Les enregistrements étaient retranscrits mot-à-mot pour obtenir le verbatim (MM) qui a servi de base pour l'analyse. Chaque verbatim a été anonymisé par l'attribution d'une lettre. L'animatrice proposait aux participants de leur communiquer par mail les résultats finaux de cette étude.

• **Tableau 1.** Guide d'entretien Douleur épigastrique comme présentation d'un syndrome coronarien en médecine générale de ville

Pouvez-vous nous raconter votre première expérience de syndrome coronarien aigu s'étant présenté comme une douleur atypique à votre cabinet ?

Quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous face à une douleur épigastrique ?

Quels moyens (diagnostiques) mettez-vous en œuvre face à un syndrome coronarien aigu ?

Selon vous, quels moyens permettraient de faciliter le diagnostic des syndromes coronariens face à une douleur épigastrique (ou atypique) au cabinet du médecin généraliste ?

Analyse des données

Le choix s'est porté sur une analyse thématique. Après une lecture flottante, une attribution de thèmes à chaque unité de sens a été faite de façon manuelle au fil de lectures répétées avec codage numérique des unités de sens. L'exploration des thèmes a été faite de manière inductive à partir du corpus. Aucun logiciel d'analyse n'a été utilisé. Les mêmes méthodes d'analyse ont été utilisées par les 2 chercheurs (MM et ME) pour une triangulation de l'analyse. Les 2 analystes ont confronté leurs résultats et proposé une restitution commune des différents thèmes et sous-thèmes après discussion. Le choix de la présentation d'une partie des résultats sous forme d'arbre thématique a été fait pour faciliter la vision synthétique de ces résultats.

Résultats

Échantillon et caractéristiques des participants

Le recueil des données a eu lieu de mai à juillet 2013. Deux focus groups de cinq et six médecins généralistes ont été réalisés auprès de six femmes et cinq hommes d'âge moyen 52,3 ans (*tableau 2*). Les motifs de refus de participation des médecins généralistes étaient : le manque de temps, la non-disponibilité, le désintérêt du sujet. Le choix du lieu de réunion a été fait pour qu'il soit calme et facile d'accès. Les deux focus group ont été réalisés à Montpellier : le premier à la faculté de médecine, le deuxième à la maison médicale de garde. Nous avons décidé de ne pas réaliser de 3^e focus group. La saturation des données a été considérée comme acquise après le 2^e focus group car le 2^e focus group n'a pas apporté de nouveau thème.

426 médecins généralistes ont été sollicités par courriel. Sur les 426 questionnaires envoyés, 41 ne sont pas arrivés pour adresse mail invalide. 60 réponses ont été faites par les médecins sur 375 demandes par envoi du questionnaire ou questionnaire « Google Drive » : 13,6 % de réponse. Parmi les 60 médecins répondants au questionnaire quantitatif : 8 étaient d'accord pour participer à un focus group.

Après le sondage en ligne par « Doodle » ou contact direct téléphonique par le Dr MM, 2 focus groups (11 médecins généralistes) ont été formés.

Analyse thématique

L'analyse des verbatims a permis de dégager des thèmes et des sous-thèmes :

- le ressenti du médecin généraliste face à un SCA de présentation atypique ;
- les critères orientant le diagnostic du SCA de présentation digestive ou atypique ;
- la prise en charge en cas de douleur épigastrique ou atypique ;
- les pistes d'amélioration de la prise en charge diagnostique du SCA de présentation atypique.

Nos résultats ont permis de documenter les différents thèmes. Pour une meilleure lecture compréhensive des

résultats nous avons réalisé trois arbres thématiques distribuant des thèmes et des sous-thèmes autour de trois axes : les « critères diagnostiques » (*figure 1*), « la prise en charge » (*figure 2*) et les « pistes d'amélioration de la prise en charge » (*figure 3*).

Ressenti du médecin généraliste face à un SCA de présentation atypique

Les médecins généralistes rapportaient une complexité diagnostique du fait des diagnostics différentiels, de la prise de risque et de la peur de l'erreur.

La position du médecin généraliste dans la filière d'urgence n'était pas ressentie de la même façon par tous les participants. Le sentiment de dévalorisation de leur place en tant qu'acteur de l'urgence associé à la peur de l'erreur entraînait un désengagement de certains médecins généralistes de cette filière de l'urgence : « *J'ai le sentiment qu'on explique au généraliste que bon... il est bien gentil... mais que les urgences c'est pas pour lui* ». « *Quand je dis valoriser, c'est financièrement* ».

Le téléphone était un problème double pour les médecins généralistes : difficulté de la régulation téléphonique dans cette situation de syndrome coronarien aigu de présentation atypique et distraction du praticien par des appels incessants : « *le plus grand pourvoyeur d'erreurs médicales, c'est le téléphone, parce qu'il nous dévie de la pensée* ».

Critères orientant le diagnostic du SCA de présentation digestive ou atypique (*figure 1*)

Dans la prise en charge diagnostique des SCA de présentation atypique, 3 critères généraux orientaient le médecin généraliste : la présentation clinique du SCA lors d'un interrogatoire et un examen clinique approfondis, le contexte en faveur du diagnostic ou trompeur, l'électrocardiogramme (ECG).

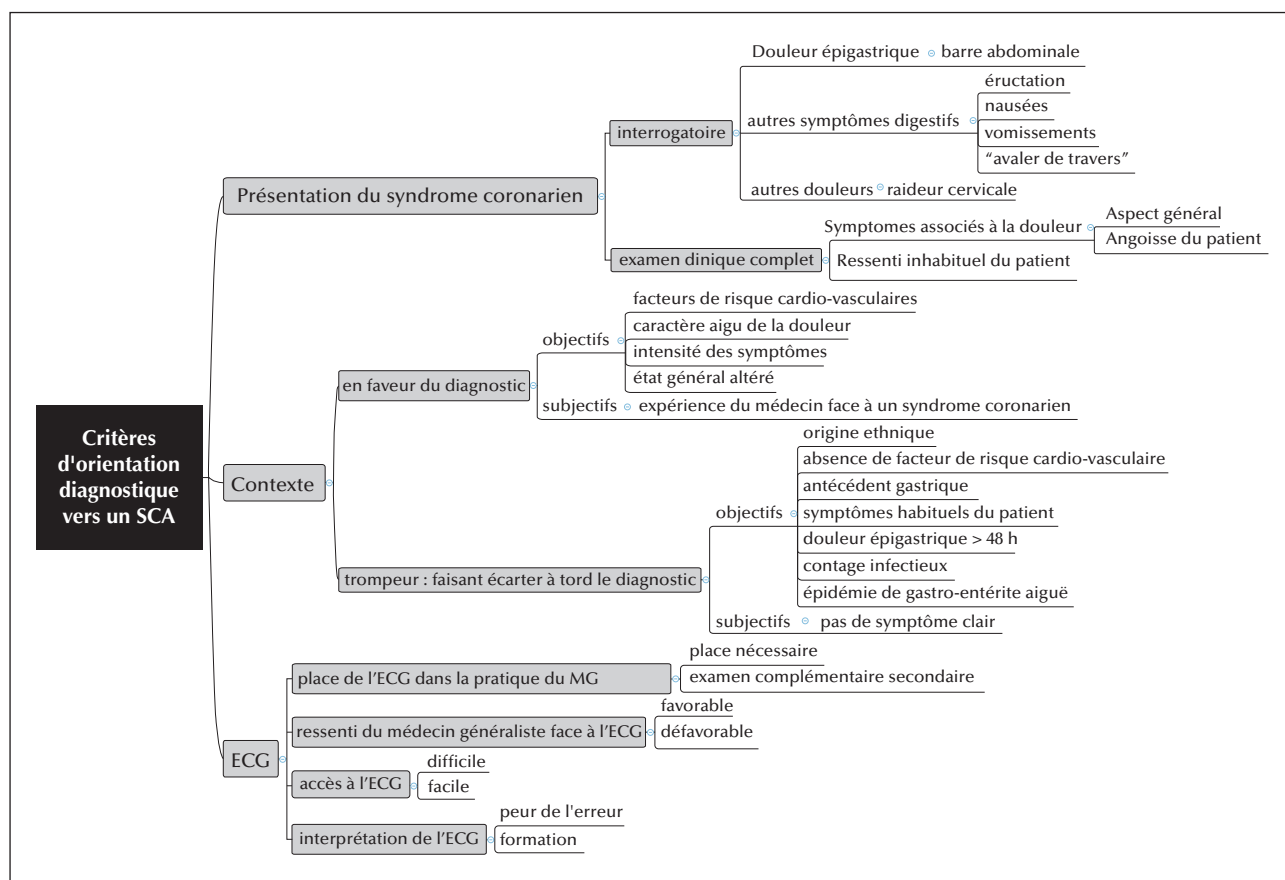
Sept médecins généralistes sur 11 ont été confrontés au moins 1 fois à cette situation du SCA de présentation atypique : « *on y pense au syndrome coronarien devant des symptômes digestifs* ».

Les médecins généralistes décrivaient dans le contexte des critères médicaux objectifs « *l'intensité de la douleur* », « *beaucoup d'éructation* » ou subjectifs de l'ordre

• **Tableau 2.** Deux focus groups de 6 (groupe 1) et 5 (groupe 2) médecins ont été réalisés à Montpellier

Focus group	Sexe		Lieu d'exercice/Mode d'exercice			Durée (min.)	Date
	H	F	Urbain	Semi-rural	Remplaçant		
1	2	4	1	4	1	140	23 /05/13
2	3	2	1	2	2	70	09/07/13

Copyright © 2021 John Libbey Eurotext. Téléchargé par BIU DE MONTPELLIER le 07/11/2021.



• Figure 1. Critères diagnostiques.

de l'expérience pour poser le diagnostic « *si un syndrome coronarien on en a pas vu depuis dix ans, on est moins bon que si on en a vu un hier* ».

Les avis divergeaient concernant l'ECG : place dans leur pratique et ressenti différents : « *on ne traite jamais une douleur thoracique sans ECG* », « *je ne sais pas lire un électrocardiogramme* ».

« Le syndrome coronarien c'est le 15, c'est pas le médecin généraliste. » ;

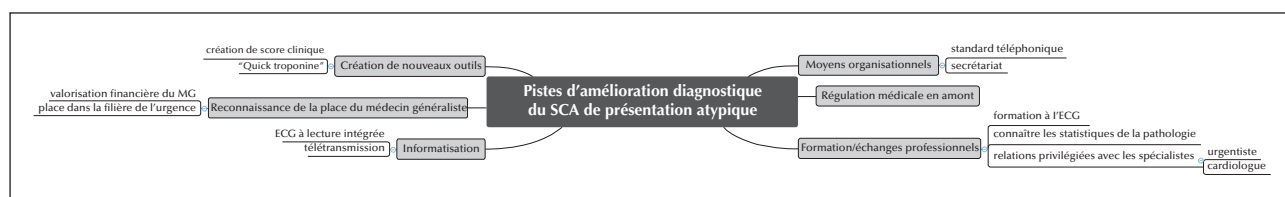
« Faut-il envoyer toutes les douleurs épigastriques qui ont des facteurs de risque cardio-vasculaire vers une structure d'urgence ? »

Prise en charge en cas de douleur épigastrique ou atypique (figure 2)

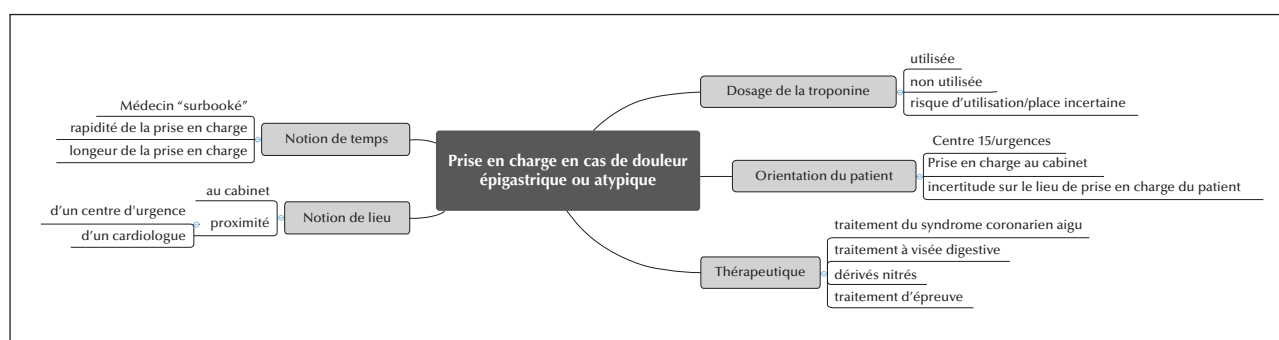
Les médecins généralistes s'accordaient à solliciter le centre 15 en cas de suspicion de SCA, mais les critères pouvant orienter vers ce diagnostic n'étaient pas toujours réunis.

Pistes d'amélioration de la prise en charge diagnostique du SCA de présentation atypique (figure 3)

Même si un des médecins généralistes interrogé n'a pas proposé de piste d'amélioration à la prise en charge diagnostique du SCA de présentation atypique, les autres participants ont été très productifs avec 11 thèmes de pistes d'amélioration.



• Figure 2. Prise en charge.



• Figure 3. Pistes d'amélioration de la prise en charge.

Discussion

Le médecin généraliste s'appuyait sur la clinique et le contexte pour s'orienter vers un syndrome coronarien face à une douleur épigastrique ou une présentation atypique de SCA. Ce diagnostic était difficile et la prise en charge en médecine générale faisait peur. Le médecin généraliste manquait de temps, de moyens et de valorisation dans la prise en charge des urgences.

La prise en charge diagnostique du SCA de présentation atypique en soins primaires n'est pas étudiée. Depuis cette recherche qualitative, aucun travail n'a été retrouvé sur ce sujet. En 2009 Stefan Bösner *et al.* ont évalué l'étiologie d'une douleur thoracique. Sur 1 212 consultations pour ce motif en médecine générale, 11,1 % étaient d'origine coronarienne, 5,8 % d'origine digestive [9]. À l'inverse, il n'y a pas d'étude de prévalence de la maladie coronarienne se présentant par des symptômes digestifs en médecine ambulatoire.

Les résultats confirment la complexité du diagnostic de SCA de présentation atypique pour le médecin généraliste qui est le premier sollicité par le patient dans ces situations inhabituelles. Le médecin généraliste connaît son patient et peut donc s'appuyer sur le contexte pour orienter son diagnostic : antécédents, traitements actuels, notion de pathologie digestive connue. Mais cette connaissance peut aussi le rassurer à tort. L'expérience professionnelle du médecin généraliste était un élément limitant le risque d'erreur par augmentation de sa vigilance dans la recherche de ce diagnostic : plus souvent le médecin était confronté au SCA dans sa pratique, comme un des participants médecin-pompier, plus souvent il allait évoquer un SCA face à une présentation atypique et le rechercher. La prise en charge d'un patient se présentant avec un SCA typique était claire pour les médecins généralistes : appel du centre 15. Il est désormais reconnu que la présentation de symptômes atypiques est corrélée à un mauvais pronostic. En effet, les patients présentant ce type de symptômes bénéficient moins des stratégies diagnostiques et thérapeutiques car l'origine coronarienne n'est pas évoquée de prime abord par les cliniciens [7].

L'utilisation de l'ECG au cabinet du médecin généraliste a été critiquée par 10 des 11 médecins interrogés du fait de la difficulté d'interprétation et de la conduite à tenir en

cas d'ECG normal. Une thèse de 2011 de M. Rivaux [10] a interrogé 308 médecins généralistes sur les arguments justifiant la non-possession d'un ECG à leur cabinet. Le premier argument rapporté était le manque de compétence dans l'interprétation. Deux études [11, 12] réalisées en 2003 et 2005 ont comparé l'interprétation d'ECG des cardiologues et celle des médecins généralistes. Elles retrouvaient une insuffisance dans la qualité de l'interprétation des médecins généralistes et suggéraient davantage de formation à la lecture de l'ECG.

En 2001, l'American Heart Association et l'American College of Cardiology ont publié un article recommandant un minimum de 100 interprétations d'ECG par an pour maintenir un niveau de compétence de lecture suffisant, soit une moyenne de 2 par semaine [13]. Ce maintien du niveau de compétence pourrait être atteint facilement du fait des recommandations actuelles de surveillance ECG chez les patients diabétiques, et de rédaction des certificats de non-contre-indication à la pratique du sport [14, 15].

Une des pistes d'amélioration de la démarche diagnostique du SCA de présentation atypique évoquée était celle de la télétransmission d'ECG à un confrère spécialiste comme cela se met en place dans certains cabinets. Comme confirmé par la thèse de Gerard B [16], l'ECG ne s'interprétait pas seul, c'était l'ensemble de la clinique, de l'interrogatoire, du contexte et de l'ECG qui orientait le diagnostic. Un ECG normal avec un doute clinique amenait les médecins généralistes étudiés à adresser le patient à un service d'urgence.

L'ensemble des médecins participants déclaraient que le dosage de la troponine n'avait pas sa place en médecine ambulatoire mais 9 l'utilisaient devant les cas atypiques de SCA. Un rapport de la HAS de 2010 [17] montrait que sur 915 556 dosages de troponine en 2008, les médecins généralistes étaient prescripteurs dans 40,5 % des cas. La HAS rappelait pourtant : « dans le syndrome coronarien aigu : pas de marqueurs biologiques en médecine ambulatoire ». Aucune recommandation n'existe concernant une présentation atypique de SCA. Le dosage de la troponine s'il est toléré dans les cas de « SCA de plus de 72h » [17] pourrait se justifier dans le cas de présentation atypique à ECG normal.

La question de la revalorisation financière a été unanime. Cette revalorisation améliorerait la prise en charge des urgences en permettant d'embaucher une secrétaire,

d'investir dans un ECG avec lecture intégrée ou avec télétransmission, de participer plus facilement à des formations sur leur temps de travail. La revalorisation de la place du médecin généraliste dans la gestion de l'urgence a également été abordée. Face à la spécialisation en médecine d'urgence, les médecins généralistes se désengageaient de la gestion de l'urgence : manque de temps, manque de formation. Mais le médecin généraliste est le médecin des soins de premier recours, il est important de revaloriser sa position dans la filière d'urgence et de l'accompagner dans sa formation pour qu'il se réapproprie cette prise en charge.

Les médecins généralistes ont été productifs et imaginatifs concernant de possibles pistes d'amélioration de la prise en charge diagnostique du syndrome coronarien aigu. Ceci démontrait l'envie du médecin généraliste de se repositionner dans cette prise en charge pour diminuer son sentiment d'insuffisance concernant l'interprétation de l'ECG, et reprendre sa place de médecin des soins de premier recours. Les médecins généralistes évoquaient l'appui des confrères d'autres spécialités avec la possibilité de mise en place d'une régulation spécifique pour le syndrome coronarien aigu ou la télémédecine avec le transfert d'ECG.

Les médecins généralistes ont fait des propositions inattendues : la création d'un score clinique de probabilité diagnostique comme cela existe actuellement pour l'embolie pulmonaire : score de Genève [18] et score de Wells [19]. La création de ce score pourrait être une aide précieuse au médecin généraliste face à un syndrome coronarien aigu de présentation atypique pour en évaluer la probabilité clinique. Sa création et son évaluation serait à faire en médecine générale pour garder leur validité en soins primaires.

Un marqueur biologique sur le modèle de la QuickCRP a également été évoqué, Ce test a été depuis développé. Des évaluations complémentaires sont à réaliser : rapport coût/efficacité et nécessité de 2^e dosage.



Syndrome coronarien aigu de présentation épigastrique. Étude qualitative auprès de médecins généralistes

Le diagnostic de syndrome coronarien aigu de présentation atypique est complexe pour le médecin généraliste qui est le premier sollicité par le patient dans ces situations inhabituelles.

L'utilisation de l'ECG au cabinet du médecin généraliste est critiquée par 10 des 11 médecins interrogés. Le premier argument rapporté est le manque de compétence dans l'interprétation et la conduite à tenir en cas d'ECG normal.

Le dosage de la troponine n'a pas sa place en médecine ambulatoire.

Le médecin généraliste est le médecin des soins de premier recours et il est important de revaloriser sa position dans la filière d'urgence et de l'accompagner dans sa formation pour qu'il se réapproprie cette prise en charge.

Conclusion

C'est la place du médecin généraliste et les représentations de sa légitimité par la société qui sont à modifier : le médecin généraliste n'est pas qu'un médecin d'orientation, c'est le médecin des soins de premier recours qui a besoin de moyens pour optimiser sa prise en charge.

~**Remerciements** au Pr Hervé Maisonneuve pour ses conseils.

~**Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Haute Autorité de Santé. Ensemble, améliorons la prise en charge de l'infarctus du myocarde : bilan d'étape. 2009.
2. Goldberg RJ, Steg PG, Sadiq I, et al. Extent of, and factors associated with, delay to hospital presentation in patients with acute coronary disease (the GRACE registry). *Am J Cardiol* 2002 ; 89 : 791-6.
3. Saczynski JS, Yarzebski J, Lessard D, et al. Trends in prehospital delay in patients with acute myocardial infarction (from the Worcester Heart Attack Study). *Am J Cardiol* 2008 ; 102 : 1589-94.
4. Dujardin JJ, Steg PG, Puel J, Montalescot G, et al. FACT: French national registry of acute coronary syndromes. Specific study of French general hospital centers. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)* 2003 ; 52 : 337-43.
5. Pope JH, Ruthazer R, Beshansky JR, Griffith JL, Selker HP. Clinical features of emergency department patients presenting with symptoms suggestive of acute cardiac ischemia: A multicenter study. *J Thromb Thrombolysis* 1998 ; 6 : 63-74.
6. Dorsch MF, Lawrence RA, Sapsford RJ, et al. Poor prognosis of patients presenting with symptomatic myocardial infarction but without chest pain. *Heart* 2001 ; 86 : 494-8.
7. Brieger D, Eagle KA, Goodman SG, et al. Acute coronary syndromes without chest pain, an underdiagnosed and undertreated high-risk group: insights from the Global Registry of Acute Coronary Events. *Chest* 2004 ; 126 : 461-9.

8. Morelli M. La douleur épigastrique comme présentation d'une origine coronarienne en médecine générale: état des lieux des pratiques face à une douleur épigastrique, freins au diagnostic de la douleur d'origine coronarienne et proportions de moyens d'amélioration. Thèse d'exercice, Médecine. Montpellier : Université de Montpellier I. Faculté de Médecine ; 2013.
9. Bösner S, Haasenritter J, Becker A, et al. Heartburn or angina? Differentiating gastrointestinal disease in primary care patients presenting with chest pain: a cross sectional diagnostic study. *Int Arch Med* 2009 ; 2 : 40.
10. Rivaux M, Giovannetti O. Facteurs d'influence de possession d'un électrocardiogramme en médecine générale : étude réalisée auprès de 308 médecins généralistes d'Indre-et-Loire. Thèse d'exercice, Médecine. Tours : Service Commun de Documentation de l'université de Tours ; 2011.
11. Boltri JM, Hash RB, Vogel RL. Are family practice residents able to interpret electrocardiograms? *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2003 ; 8 : 149-53.
12. Jensen MSA, Thomsen JL, Jensen SE, Lauritzen T, Engberg M. Electrocardiogram interpretation in general practice. *Fam Pract* 2005 ; 22 : 109-13.
13. Kadish AH, Buxton AE, Kennedy HL, et al. ACC/AHA clinical competence statement on electrocardiography and ambulatory electrocardiography: A report of the ACC/AHA/ACP-ASIM task force on clinical competence (ACC/AHA Committee to develop a clinical competence statement on electrocardiography and ambulatory electrocardiography) endorsed by the International Society for Holter and noninvasive electrocardiology. *Circulation* 2001 ; 104 : 3169-78.

14. Haute Autorité de Santé. Guide parcours de soin, Diabète de type 2 de l'adulte. Mars 2014.

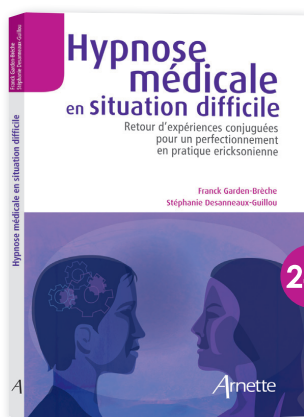
15. Corrado D, Pelliccia A, Bjørnstad HH, et al. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol. Consensus Statement of the Study Group of Sport Cardiology of the Working group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2005 ; 26 : 516-24.

16. Gerard B. L'intérêt de l'électrocardiogramme en médecine générale en cas de suspicion de Syndrome Coronarien Aigu. Thèse d'exercice ; Médecine. France: UPEC. Faculté de Médecine ; 2012.

17. Haute Autorité de Santé. Les marqueurs cardiaques dans la maladie coronarienne et l'insuffisance cardiaque en médecine ambulatoire. 2010.

18. Klok FA, Mos ICM, Nijkeuter M, et al. Simplification of the revised Geneva score for assessing clinical probability of pulmonary embolism. *Arch Intern Med* 2008 ; 168 : 2131-6.

19. Wells PS, Anderson DR, Rodger M, et al. Derivation of a simple clinical model to categorize patients probability of pulmonary embolism: increasing the models utility with the SimpliRED D-dimer. *Thromb Haemost* 2000 ; 83 : 416-20.



• Mai 2014
• 15 x 21 cm / 160 pages
• ISBN : 978-2-7184-1353-2

Pour une prise en charge originale et performante

Conçu pour les professionnels de santé déjà formés en hypnose, ce livre propose un perfectionnement à l'hypnose ericksonienne ainsi que de nombreuses techniques et cas pratiques.

Il expose plusieurs situations difficiles en hôpital et en urgence et offre des solutions, témoignages et conseils pour contourner les problèmes et limites que rencontrent les médecins.



Stéphanie Desanneaux-Guillou est infirmière en hématologie-oncologie
Franck Garden-Brèche est médecin urgentiste du Samu et formateur en hypnose ericksonienne.
Ils organisent et animent de nombreux séminaires, conférences et ateliers



Ouvrage disponible sur www.jle.com

Arnette®



John Libbey
EUROTEXT