

Comment soupçonner un Long Covid en médecine générale ?

Deux cas cliniques, deux entretiens et une aide par intelligence artificielle dans un Dodécagroupe belge*

Marc Jamouille, MD, PhD^{1,2}

¹Médecin de famille, Charleroi, Belgique

²HEC Liège, Université de Liège, Belgique

Résumé

Le Long Covid constitue un défi particulier pour la médecine générale : les symptômes sont multiples, fluctuants et souvent dispersés au fil du dossier médical, tandis qu'aucun examen ne permet à lui seul de confirmer ou d'exclure le diagnostic. Cette communication, préparée pour un Dodécagroupe (DDG) de médecins généralistes organisé sous l'égide de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), propose une démarche clinique simple permettant au médecin généraliste de reconnaître le moment où des plaintes apparemment banales constituent une configuration compatible avec un Long Covid.

Deux situations récentes de femmes âgées d'environ 30 ans sont présentées. Dans les deux cas, la relecture chronologique du dossier médical informatisé, complétée par un entretien clinique enregistré avec l'accord de la patiente, fait apparaître une cohérence que les consultations successives ne rendaient pas visible. Les principaux domaines retrouvés concernent l'intolérance à l'effort et la récupération anormale, les troubles neurocognitifs et langagiers, les manifestations respiratoires et dysautonomiques, les modifications sensorielles et les douleurs. Les deux observations illustrent également la nécessité de préserver le diagnostic différentiel : une histoire psychologique antérieure dans un cas et une pathologie mécanique pelvienne préexistante dans l'autre ne doivent ni expliquer abusivement l'ensemble du tableau ni être elles-mêmes attribuées au Long Covid.

Les verbatim des deux entretiens sont analysés avec l'aide d'un modèle de langage. L'intelligence artificielle est utilisée non pour établir un diagnostic, mais pour extraire les concepts cliniques du discours. Ceux-ci peuvent ensuite, après validation médicale, être rapprochés de la Human Phenotype Ontology (HPO), présentée ici comme un dictionnaire informatisé international permettant de disposer d'un langage phénotypique partageable.

La démarche proposée repose finalement sur quelques éléments simples : reconstruire la temporalité, comparer l'état actuel au fonctionnement antérieur, interroger systématiquement l'effet d'un effort physique, cognitif ou émotionnel et le temps de récupération, documenter le retentissement fonctionnel et maintenir ouvertes les hypothèses diagnostiques concurrentes.

Reconnaître un possible Long Covid ne met pas fin à l'incertitude ; cela permet de la transformer en question clinique. Le premier acte du médecin est alors d'écrire l'histoire du

*Texte préparé pour le Dodécagroupe (DDG) de Tubize, sous l'égide de la SSMG, le 22 septembre 2026

patient, d'expliciter ce qui est connu et ce qui reste incertain, de rechercher les affections accessibles au traitement et d'organiser les relais nécessaires. En présence de malaise ou d'exacerbation symptomatique post-effort, l'activité doit être adaptée aux limites du patient plutôt qu'augmentée selon un programme fixe. En l'absence actuelle de traitement étiologique démontré applicable à l'ensemble des patients, écouter, reconnaître, conseiller, accompagner et défendre le retentissement fonctionnel restent des actes médicaux essentiels.

Mots-clés : Long Covid ; affection post-COVID-19 ; médecine générale ; soins primaires ; Dodécagroupe ; groupe de pairs ; formation médicale continue ; récit du patient ; entretien clinique ; intelligence artificielle ; Human Phenotype Ontology ; phénotypage ; malaise post-effort ; exacerbation symptomatique post-effort ; dysautonomie ; incertitude diagnostique ; patient advocacy.

1 Introduction

1.1 La transmission entre pairs comme réponse à l'incertitude clinique

La médecine générale travaille dans l'incertitude. Une part essentielle de sa compétence consiste à reconnaître qu'une plainte banale en apparence ne correspond plus au fonctionnement habituel du patient, à reconstruire une trajectoire, à formuler une question clinique, puis à chercher et confronter l'information disponible. Dans ce contexte, la formation entre pairs occupe une place particulière.

En Belgique francophone, cette tradition de formation en petits groupes possède une histoire propre. La SSMG, fondée en 1968 autour d'un projet de formation post-universitaire spécifiquement pensée par et pour les médecins généralistes, situe la création de groupes loco-régionaux de formation continue en 1979 puis la naissance des Dodécagroupes en 1984, dans le cadre de son Institut de Formation Continue [1]. Le Dodécagroupe est classiquement un groupe relativement stable d'une douzaine de médecins généralistes, réuni régulièrement autour de problèmes pratiques choisis en fonction des besoins des participants ; une publication de 2001 insiste sur la co-gestion de la formation par les médecins de famille eux-mêmes [2].

Les Groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) relèvent d'une autre histoire institutionnelle. Ils ont été mis en place ultérieurement dans le cadre national de l'accréditation et de l'évaluation par les pairs ; une publication belge de 2004 situe leur mise en place en 1996 et distingue explicitement leur fonction de *peer review* de celle des Dodécagroupes [3]. L'INAMI les définit aujourd'hui comme des groupes de pairs qui partagent et évaluent de manière critique leurs pratiques afin de promouvoir la qualité des soins [4].

Il serait donc excessif d'écrire que le Dodécagroupe a juridiquement « créé » le GLEM. Il existe en revanche une antériorité et une filiation pédagogiques plausibles : bien avant l'institutionnalisation des GLEM, les généralistes francophones avaient déjà expérimenté durablement, au sein des Dodécagroupes, le travail en petit groupe, la discussion de situations de pratique et la formation décidée par les pairs. Les sources ultérieures montrent d'ailleurs les deux dispositifs fonctionnant côte à côte, avec des outils et même une formation d'animateurs communs au sein de la SSMG

[2, 5]. La séance du 22 septembre 2026 appartient clairement à cette première tradition : il s’agit du Dodécagroupe de Tubize, sous l’égide de la SSMG.

Cette expérience s’inscrit plus largement dans la littérature sur la formation continue en petits groupes, les groupes de pairs et les *quality circles*. En médecine générale, ces groupes permettent de partir de situations réelles, de confronter les expériences et d’articuler progressivement connaissances scientifiques et contraintes du terrain [6, 7, 8, 9]. Les effets sur les comportements professionnels varient selon les contextes, mais la littérature suggère que l’échange entre pairs peut soutenir l’apprentissage, la réflexion sur les pratiques et la construction de nouveaux repères cliniques [8, 9].

Le Long Covid est particulièrement adapté à ce type de transmission. L’objet scientifique reste mouvant ; les tableaux sont multisystémiques et fluctuants ; le dossier médical fragmente souvent une histoire qui ne devient intelligible qu’après reconstruction. Le médecin généraliste peut alors se retrouver face à des symptômes séparés — fatigue, céphalées, troubles de mémoire, palpitations, dyspnée, douleurs, troubles olfactifs — sans voir spontanément qu’ils appartiennent à une même trajectoire post-infectieuse.

1.2 En Belgique : des initiatives réelles, mais une transmission clinique insuffisamment structurée

Il serait aujourd’hui inexact d’affirmer qu’aucune initiative belge n’a existé. Le Centre fédéral d’expertise des soins de santé (KCE) a publié dès 2021 une enquête menée auprès de 1 320 personnes atteintes de Covid long, documentant notamment l’impact sur la qualité de vie, le travail et le recours aux soins [10]. Un guide multidisciplinaire de première ligne a été validé en novembre 2022 dans le cadre du réseau Evidence-Based Practice [11]. L’INAMI a également organisé un trajet puis une convention de soins pour les patients présentant des symptômes persistants après la Covid-19 [12].

Cependant, l’existence de documents ne signifie pas leur appropriation clinique. L’évaluation du trajet de soins réalisée par l’INAMI en 2023 est particulièrement éclairante : le trajet avait été initié 1 032 fois, la coordination des soins facturée pour 90 patients et une consultation d’équipe organisée pour 40 patients ; surtout, l’évaluation concluait que la plupart des prestataires interrogés connaissaient mal, voire pas du tout, le dispositif [13]. L’INAMI annonçait alors la nécessité d’une meilleure information des prestataires et d’une intégration des recommandations dans les outils d’aide à la décision de première ligne [13].

Le problème belge est donc moins une absence absolue d’information qu’une faiblesse de la boucle de transmission entre production de connaissances, soins primaires et retour du terrain. À notre connaissance, il n’existe pas encore de dispositif national continu, visible et largement approprié de formation clinique des généralistes au repérage du Long Covid, ni de collecte longitudinale de première ligne qui alimente directement cette formation. Dans cet espace, la transmission entre pairs devient un mécanisme pragmatique : le médecin de terrain impliqué partage ce qu’il a appris, non comme détenteur d’une vérité stabilisée, mais comme collègue exposant ses observations, ses méthodes et ses incertitudes.

1.3 Un objet scientifique encore instable, mais une obligation de soin

Les termes eux-mêmes restent variables : *Long Covid*, *post-COVID-19 condition*, *post-COVID syndrome*, *post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection* (PASC), entre autres. L'Organisation mondiale de la Santé a proposé une définition clinique consensuelle en 2021, publiée par Soriano et collaborateurs [14]. En 2024, les National Academies américaines ont proposé une définition plus large du Long Covid comme état pathologique chronique, systémique, présent depuis au moins trois mois et pouvant suivre une évolution continue, rémittente-récurrente ou progressive [15]. Ces différences montrent que la définition reste liée aux usages cliniques, épidémiologiques, administratifs et scientifiques.

Les mécanismes sont eux aussi pluriels et incomplètement établis. Les principales hypothèses actuellement discutées incluent persistance d'antigènes ou de matériel viral, dérégulation immunitaire, auto-immunité, réactivations virales, atteintes endothéliales ou microvasculaires, dysautonomie et mécanismes neuro-immunitaires [16, 17]. La question de la persistance virale illustre bien la prudence nécessaire : du matériel viral peut persister dans différents compartiments, mais le rôle d'une réplication virale active comme mécanisme général du Long Covid reste discuté [18].

Cette incertitude n'autorise pas l'inaction. Les recommandations internationales insistent au contraire sur une approche clinique centrée sur le patient, la recherche des diagnostics différentiels et des affections traitables, le traitement symptomatique et l'adaptation fonctionnelle [19, 20, 21, 22]. Les Centers for Disease Control and Prevention rappellent qu'aucun test biologique ou d'imagerie ne permet à lui seul de confirmer ou d'exclure le Long Covid et recommandent explicitement de reconnaître et valider l'impact des symptômes sur la qualité de vie [21]. Le NICE souligne qu'il existe des traitements établis pour de nombreux symptômes, tout en reconnaissant l'absence de preuve suffisante pour une pharmacothérapie de la condition elle-même [19].

Ainsi, même sans traitement étiologique démontré applicable à l'ensemble des patients, le médecin reste médecin : il écoute, reconnaît, examine, documente, traite ce qui peut l'être, coordonne les soins et défend le retentissement fonctionnel lorsqu'il est contesté.

2 Méthodes

2.1 Cadre de l'intervention pédagogique

La séance décrite a été préparée pour le Dodécagroupe (DDG) de Tubize, groupe de pairs de médecins généralistes organisé sous l'égide de la SSMG, le 22 septembre 2026. Il ne s'agit pas d'une étude interventionnelle de formation médicale continue et aucune mesure pré/post des connaissances ou des comportements n'a été réalisée. Ce texte doit donc être lu comme un retour d'expérience pédagogique clinique.

L'objectif de la séance était volontairement restreint : aider un médecin généraliste à reconnaître le moment où une succession de plaintes devient une configuration compatible avec un Long

Covid. Les examens spécialisés, les traitements émergents et les procédures médico-sociales détaillées étaient laissés pour des développements ultérieurs.

La présentation s'appuyait sur deux situations cliniques récentes de femmes d'environ 30 ans. Dans les deux cas, l'information existait déjà en partie dans le dossier médical informatisé, mais elle était distribuée sur plusieurs années et plusieurs motifs de consultation. La méthode pédagogique consistait à partir de la consultation actuelle, puis à remonter dans le dossier avant de revenir vers un entretien clinique structuré par l'histoire du patient.

2.2 Cas clinique 1 : distinguer un nouveau phénotype d'une histoire antérieure

Le premier cas concernait une jeune femme connue depuis l'enfance, récemment diplômée et auparavant sportive, sans maladie invalidante majeure connue. En septembre 2026, elle consultait pour fatigue persistante, sensation d'épuisement et de perte d'énergie, faiblesse des membres, oublis fréquents, troubles de mémoire immédiate et céphalées.

La relecture chronologique retrouvait en février 2025 un syndrome infectieux avec perte d'odorat et symptômes prolongés pendant plusieurs semaines ; en avril, une fatigue inhabituelle compromettant sa journée de stage ; en novembre, des palpitations et une tendance syncopale. Le dossier contenait aussi une fatigue et des difficultés de concentration plus anciennes, dans un contexte psychosocial particulièrement difficile. Le risque de raisonnement était donc l'ancrage sur une explication psychologique connue et antérieure.

Un entretien réalisé le 15 septembre 2026 permettait de préciser l'intolérance à l'effort, les troubles de mémoire et de langage, les palpitations, l'hyposmie persistante, les céphalées, les douleurs, l'hypersudation, les nausées et d'autres manifestations déclenchées ou aggravées par l'activité.

2.3 Cas clinique 2 : conserver deux temporalités

Le second cas concernait une femme du même âge revenant dans le dossier à l'occasion d'une demande administrative. Une infection SARS-CoV-2 PCR positive en octobre 2020 était documentée. La patiente présentait par ailleurs une douleur sacro-coccygienne apparue après un accouchement plusieurs années avant l'infection, avec caractéristiques mécaniques propres.

L'entretien réalisé en septembre 2026 révélait une autre trajectoire, postérieure au Covid : oppression thoracique persistante, dyspnée, perte d'énergie après activité, troubles mnésiques et langagiers, difficulté à traiter plusieurs voix simultanément, vertiges au lever, palpitations, troubles de l'odorat et du goût, paresthésies et sensation de faiblesse des jambes.

Ce cas avait une fonction pédagogique précise : montrer qu'il faut résister aux deux erreurs symétriques, soit attribuer au Long Covid toute plainte présente chez une personne infectée, soit laisser une pathologie mécanique préexistante masquer l'apparition d'un syndrome post-infectieux multisystémique.

2.4 Les deux entretiens : du verbatim à une représentation clinique structurée

Les deux entretiens ont été enregistrés avec l'accord des patientes. Ils ont ensuite été transcrits et analysés avec l'aide d'un modèle de langage. L'usage de l'intelligence artificielle était délibérément limité et séquentiel :

1. extraire les concepts cliniques du verbatim sans imposer de diagnostic ni d'ontologie ;
2. regrouper les concepts par grands domaines cliniques ;
3. vérifier secondairement, terme par terme, leur correspondance éventuelle avec la Human Phenotype Ontology (HPO) ;
4. conserver le verbatim comme trace de l'énoncé d'origine et valider médicalement toute correspondance retenue.

La HPO a été présentée aux médecins, de manière pédagogique, comme un « dictionnaire informatisé international » des anomalies phénotypiques ; plus rigoureusement, il s'agit d'une ontologie structurée et contrôlée, devenue un standard international d'échange phénotypique [23]. Chaque concept possède un identifiant stable et peut être consulté via le navigateur HPO du Jackson Laboratory (<https://hpo.jax.org/>) [24].

L'intelligence artificielle n'était donc pas utilisée pour poser le diagnostic. Elle servait à relire un matériau narratif long, à faire émerger des concepts dispersés et à préparer un travail terminologique contrôlé. Le diagnostic et l'interprétation finale restaient sous responsabilité médicale.

2.5 Construction du message pratique

La dernière partie de la séance partait d'une question attendue des participants : « je soupçonne maintenant un problème ; qu'est-ce que j'en fais ? ». La réponse pédagogique a été organisée autour de trois propositions :

1. écrire l'histoire du patient en reconstruisant avant, infection, après, effort, récupération et retentissement ;
2. maintenir explicite l'incertitude et chercher des relais lorsque la situation dépasse les ressources du cabinet ;
3. soigner malgré l'absence de traitement causal établi : symptômes, autonomie, pacing lorsque l'effort aggrave, coordination et défense médico-sociale.

3 Résultats de l'intervention pédagogique

3.1 Le dossier fragmente ; l'entretien recompose

Dans les deux cas, les consultations successives avaient produit une accumulation d'éléments vrais mais cliniquement disjoints. Ce n'est pas l'apparition d'un symptôme spectaculaire qui a

modifié le raisonnement, mais la remise en ordre temporelle des informations.

Dans le premier cas, la juxtaposition d'une ancienne histoire psychosociale difficile et d'une fatigue nouvelle créait un risque de continuité artificielle : la plainte de 2026 pouvait facilement être rangée dans une catégorie déjà disponible dans le dossier. La reconstruction faisait au contraire apparaître une rupture progressive après un épisode infectieux, avec altération de la tolérance à l'effort, troubles cognitifs, manifestations autonomiques et sensorielles.

Dans le deuxième cas, l'effet inverse était possible. Une douleur mécanique réelle, ancienne et objectivable pouvait absorber toute l'attention et conduire à négliger un autre ensemble de manifestations apparues après le Covid. La séparation de deux temporalités permettait de conserver simultanément deux problèmes sans les forcer dans une causalité unique.

Le résultat commun aux deux observations peut être résumé ainsi : **le dossier médical stocke des fragments ; l'entretien clinique rétablit la trajectoire**. L'analyse assistée du discours peut ensuite aider à rendre cette trajectoire plus structurée, à condition de ne pas remplacer le récit par la terminologie.

3.2 Du récit au phénotype partageable

Dans le premier entretien, les principaux concepts retrouvés concernaient fatigue et intolérance à l'effort, troubles de mémoire, recherche de mots, palpitations, céphalées, douleurs diffuses, hyposmie, hypersudation et manifestations digestives. Dans le second, l'analyse faisait ressortir fatigue disproportionnée après activité, troubles du langage et de la mémoire, difficulté en environnement multi-voix, dyspnée, oppression thoracique, vertiges orthostatiques, palpitations, troubles olfactifs et gustatifs, paresthésies et faiblesse des membres.

La HPO permettait d'attribuer, lorsque la correspondance était valide, un identifiant stable à certains de ces phénomènes. L'intérêt n'était pas d'augmenter artificiellement la précision du dossier, mais de rendre possible la comparaison : entre deux patients, entre des cohortes, entre un récit clinique et une publication. Le chemin restait toujours le même : *verbatim* → *concept clinique* → *validation médicale* → *terme HPO éventuel*.

Cette démarche prolonge un travail plus large de structuration de la littérature du Long Covid par systèmes et concepts, mis à disposition dans la Long Covid Open Library sur Zotero [25].

3.3 Cinq questions simples pour faire émerger la configuration clinique

À partir des deux situations, cinq questions ont été proposées comme aide de consultation, sans prétention à constituer un score diagnostique :

1. Que se passe-t-il après un effort physique, cognitif ou émotionnel ?
2. Combien de temps faut-il pour récupérer ?
3. La mémoire, les mots, la lecture ou l'organisation quotidienne ont-ils changé ?

4. Existe-t-il des palpitations, malaises, vertiges, hypersudation, nausées ou autres manifestations évoquant une dysautonomie ?
5. L'odorat, le goût, la douleur, la tolérance au bruit ou à la lumière ont-ils changé ?

Ces questions visent moins à compter des symptômes qu'à retrouver une dynamique : déclenchement, aggravation, fluctuations, récupération et perte fonctionnelle.

3.4 Le premier acte après le soupçon : écrire l'histoire

La première réponse proposée au médecin généraliste est de rédiger un récit médical explicite : comment était la personne avant, ce qui s'est passé au moment de l'infection, ce qui a changé ensuite, ce qui persiste, ce que provoque l'effort, combien de temps dure la récupération, ce qui reste possible dans la vie quotidienne et ce qui ne l'est plus.

Cette écriture doit aussi préserver l'incertitude. Écrire qu'un Long Covid est possible ou probable n'oblige pas à nier un diagnostic concurrent. Au contraire, le récit permet de noter séparément ce qui appartient à une autre histoire, ce qui doit encore être exploré et ce qui nécessite un avis spécialisé.

Dans une maladie où le handicap peut être fluctuant et peu visible lors d'un examen ponctuel, ce texte devient une partie du soin. Il facilite les relais, évite que le patient doive recommencer son histoire à chaque consultation et constitue souvent la base de la communication avec les médecins-conseils, services sociaux ou administrations.

3.5 Et sur le plan thérapeutique ?

Le message de la séance n'était pas « il n'y a rien à faire ». Il était : il n'existe pas encore de traitement étiologique démontré applicable à l'ensemble des patients, mais de nombreux actes médicaux restent indispensables. Le NICE recommande le traitement symptomatique selon les pratiques établies et une prise en charge multidisciplinaire adaptée [19]. Les CDC recommandent de cibler les symptômes les plus invalidants, d'optimiser les comorbidités, de documenter l'évolution et de valider l'impact de la maladie sur la vie du patient [21].

Un point particulier concerne l'exacerbation symptomatique post-effort (PESE), également appelée malaise post-effort (PEM). L'OMS la décrit comme une aggravation des symptômes après une activité physique, cognitive, émotionnelle ou sociale, parfois minime, avec aggravation retardée et récupération pouvant prendre plusieurs jours ou semaines [20]. En présence de PESE, l'OMS recommande l'apprentissage de techniques de conservation de l'énergie et de *pacing* ; l'exercice n'est proposé qu'en l'absence de PESE ou avec une adaptation spécifique [20].

Pour le patient, cette logique est souvent contre-intuitive et douloureuse. Dans beaucoup d'autres contextes médicaux, l'effort progressif est associé au rétablissement. Ici, pousser systématiquement à dépasser les limites peut aggraver le tableau. Apprendre à fractionner, stabiliser et alterner activité et repos peut donc impliquer un véritable deuil du fonctionnement antérieur.

3.6 Ressources et relais présentés aux participants

La séance se terminait volontairement par des ressources concrètes afin de ne pas laisser les participants avec le seul constat de complexité.

- **Long Covid Belgium** : association belge créée par et pour les patients, proposant information, documentation et ressources pratiques [26].
- **Long Covid Open Library** : bibliographie Zotero publique, structurée et évolutive, accessible depuis le travail publié sur ORBi [25].
- **Wallonie — AVIQ / Centre Ressources Lésion Cérébrale** : le CRLC, projet porté par l’ASBL Le Ressort, propose notamment orientation, soutien et conseils socio-administratifs aux personnes présentant une lésion cérébrale acquise et à leurs proches [27].
- **Réseau Long Covid multidisciplinaire** : dans l’expérience de l’auteur, une liste WhatsApp réunit médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, neuropsychologues, scientifiques et patients très investis ; elle permet de soumettre une question clinique ou de mettre un confrère en relation avec le réseau.

L’INAMI maintient par ailleurs une convention de prise en charge du Covid long, aujourd’hui assouplie par rapport au trajet initial [12].

4 Discussion

4.1 Le Dodécagroupe comme lieu de transformation de l’incertitude

Cette expérience suggère un usage du Dodécagroupe qui dépasse la simple transmission d’une mise à jour bibliographique. Par sa petite taille, sa continuité dans le temps et son ancrage dans les besoins des participants, le DDG peut devenir un lieu où une incertitude clinique est rendue partageable : un collègue expose une situation réelle, montre ce qu’il n’avait pas vu immédiatement, explicite son raisonnement et soumet ses outils au regard critique des autres. Cette fonction est cohérente avec l’histoire même des Dodécagroupes de la SSMG, conçus comme des espaces de formation décentralisés, construits par les généralistes et centrés sur leurs besoins de pratique [1, 2].

Cette logique rejoint les travaux sur les *quality circles*, où les professionnels partent de problèmes qu’ils jugent eux-mêmes pertinents, échangent leurs expériences et construisent progressivement de nouveaux repères de pratique [8, 9]. Le Long Covid ajoute toutefois une difficulté : le savoir évolue rapidement, les mécanismes restent discutés et les frontières de la condition sont elles-mêmes débattues. La formation entre pairs n’y remplace pas les recommandations ; elle aide à les rendre opératoires.

4.2 Une faiblesse de la boucle belge de diffusion clinique

L'expérience de terrain qui a motivé cette présentation était celle d'un manque de transmission. La recherche bibliographique réalisée pour ce manuscrit oblige à préciser ce constat. La Belgique dispose de documents importants : rapport du KCE, guide de première ligne, financement de soins, convention INAMI [10, 11, 12]. Il existe donc une infrastructure documentaire et administrative.

En revanche, l'évaluation INAMI elle-même a montré que le trajet de soins avait été peu utilisé et surtout mal connu des professionnels [13]. Le déficit semble donc se situer dans l'implémentation, la répétition du message, l'appropriation au cabinet et le retour des problèmes rencontrés en première ligne. Une politique de formation devrait probablement combiner ressources nationales accessibles, cas cliniques, outils intégrés aux dossiers informatisés et échanges réguliers entre pairs.

Le contraste avec la France est intéressant : le parcours de soins publié par la Haute Autorité de santé en 2024 place explicitement le médecin généraliste au centre du repérage, recommande une consultation longue, l'identification des facteurs déclenchants, l'évaluation du retentissement fonctionnel et une trace écrite structurée ; il prévoit également formation continue, coordination et retour d'expérience [22]. Le cadre britannique NICE et les ressources américaines des CDC offrent eux aussi des points d'appui directement destinés aux cliniciens [19, 21].

4.3 L'intelligence artificielle : instrument de lecture, pas oracle diagnostique

L'intérêt de l'IA dans cette présentation ne réside pas dans la production d'un diagnostic automatique. Un modèle de langage peut extraire, rapprocher et reformuler des éléments dispersés dans un long verbatim ; il peut aussi se tromper, inventer une correspondance terminologique ou donner à une approximation une apparence de certitude.

La séquence méthodologique est donc essentielle. Il faut d'abord écouter et transcrire ; ensuite extraire les concepts sans ontologie imposée ; puis seulement vérifier les termes dans une ressource externe ; enfin valider médicalement le résultat. La HPO est particulièrement intéressante parce qu'elle propose des identifiants stables et un langage international pour décrire des anomalies phénotypiques [23]. Mais son usage dans un corpus de médecine générale et de Long Covid reste exploratoire et doit être évalué comme tel.

Cette prudence protège également le récit. Le patient ne parle pas en codes HPO. Le travail médical commence dans les mots, les métaphores, le contexte et la temporalité. La terminologie n'a d'intérêt que si elle permet ensuite de partager une observation sans effacer ce qui lui donne son sens.

4.4 Le travail médical commence dans les mots : de Charon à Launer

Cette place accordée au récit n'est pas seulement une précaution méthodologique liée à l'usage de l'intelligence artificielle. Elle renvoie à une conception plus fondamentale du travail clinique.

Rita Charon écrivait dès 1992 : « Medical care begins when corporeal events achieve the status of words » [28]. On peut traduire cette formule par : « Le soin médical commence lorsque les événements corporels accèdent au statut de mots ». Dans le contexte de la présente démarche, nous la résumons ainsi : « Le travail médical commence dans les mots. » Avant toute classification, tout code ou toute hypothèse physiopathologique, il faut qu’une expérience corporelle devienne dicible, soit entendue, puis reconstruite dans une forme clinique intelligible.

Cette idée prend une portée particulière en médecine générale avec l’approche de John Launer. Sa *narrative-based primary care* ne consiste pas seulement à recueillir passivement une histoire : elle conçoit la consultation comme un travail avec le récit, dans lequel patient et clinicien clarifient les événements, explorent leurs liens, confrontent différentes interprétations et peuvent faire émerger une histoire clinique nouvelle, plus cohérente et plus utile pour l’action [29]. Le médecin ne reçoit donc pas un récit déjà constitué qu’il lui suffirait de traduire en diagnostic ; il participe, par ses questions et par l’organisation temporelle des faits, à la construction d’une représentation partageable du problème.

Les deux cas présentés illustrent précisément ce mécanisme. Le dossier médical informatisé avait fragmenté l’histoire en épisodes distincts. Les entretiens ont permis de remettre en relation un fonctionnement antérieur, une infection, des modifications persistantes, le coût de l’effort et le retentissement fonctionnel. L’analyse assistée par IA intervient ensuite, à un niveau secondaire, pour aider à relire un matériau narratif devenu volumineux ; la HPO peut enfin offrir un vocabulaire international pour certains éléments du phénotype. Ni l’une ni l’autre ne doivent inverser l’ordre du travail clinique : le récit précède la terminologie, et la terminologie doit rester reliée aux mots dont elle est issue.

4.5 Soigner en l’absence de traitement causal

Une difficulté majeure pour le praticien est de ne pas confondre absence de traitement causal établi et absence de légitimité du soin. Les recommandations actuelles convergent sur plusieurs points : évaluation clinique complète, recherche de diagnostics différentiels, traitement symptomatique, prise en compte des comorbidités, réadaptation individualisée et soutien fonctionnel [19, 20, 21, 22].

L’écoute et la reconnaissance ne sont pas des gestes secondaires. Le CDC considère explicitement que les professionnels peuvent aider les patients en validant leurs symptômes et leur impact sur la qualité de vie et en les reliant aux soins, services et soutiens nécessaires [21]. Cette position est particulièrement importante dans une maladie où des examens standards peuvent être normaux malgré un handicap majeur.

Le médecin généraliste a également un rôle de protection contre des conseils inadaptés. En présence de PESE, l’augmentation fixe et imposée de l’activité n’est pas une stratégie neutre. La recommandation OMS en faveur du *pacing* et de la conservation d’énergie fournit aujourd’hui un cadre suffisamment clair pour transmettre ce message aux patients et aux professionnels de réadaptation [20].

4.6 Documenter et défendre : le patient advocacy comme acte clinique

Le retentissement du Long Covid se situe souvent à l'intersection du médical, du professionnel, du familial et de l'administratif. Des patients capables d'être présents pendant une consultation peuvent payer cette activité par plusieurs heures ou jours d'aggravation. Une évaluation ponctuelle peut donc sous-estimer sévèrement le handicap réel.

Écrire une histoire fonctionnelle précise devient dans ce contexte une forme de *patient advocacy* [30]. Le médecin ne décide pas à la place de l'administration ; il documente ce qu'il observe et ce que rapporte le patient, explicite les fluctuations, le coût de l'effort, les capacités restantes et les limitations. Cette fonction mérite probablement un développement séparé, tant elle dépasse le cadre diagnostique classique.

4.7 Limites

Ce travail présente des limites importantes. Il est issu de l'expérience d'un seul médecin fortement impliqué dans le Long Covid, avec un risque de biais de sélection et d'interprétation. Les deux cas ont été choisis pour leur valeur pédagogique et ne sont pas représentatifs d'une population. La séance n'a pas été évaluée formellement ; aucune conclusion ne peut donc être tirée sur son effet sur les connaissances ou les pratiques des médecins participants.

L'analyse des entretiens assistée par IA et le mappage HPO n'ont pas fait l'objet ici d'une validation méthodologique indépendante. Enfin, ce manuscrit ne propose ni algorithme diagnostique complet ni revue thérapeutique systématique. Les examens complémentaires, les traitements émergents et les questions de reconnaissance médico-sociale nécessitent des travaux distincts.

Ces limites définissent aussi les étapes suivantes : reproduire le format dans plusieurs groupes de pairs, en particulier des Dodécagroupes, recueillir les questions des participants, évaluer l'évolution de leur manière d'interroger les patients et comparer ce modèle d'apprentissage à d'autres formes de formation continue.

5 Conclusion

Le Long Covid place le médecin généraliste dans une situation familière : devoir agir alors que le savoir n'est pas complet. Deux cas cliniques suffisent à montrer un problème récurrent. Le dossier médical informatisé peut contenir toutes les pièces d'une histoire sans en montrer la forme. La chronologie et l'entretien clinique recomposent cette histoire ; l'intelligence artificielle peut aider à lire le discours ; la HPO peut fournir ensuite un vocabulaire international partageable. Aucun de ces outils ne remplace le jugement clinique.

Le message pratique est volontairement simple. Devant une situation compatible, il faut reconstruire l'avant et l'après, interroger l'effort et la récupération, documenter le retentissement fonctionnel, conserver les diagnostics différentiels et écrire l'incertitude. Ensuite seulement viennent les examens, les relais et les traitements symptomatiques. En présence de PESE, il faut

éviter d'imposer le dépassement des limites et enseigner la gestion de l'énergie.

Cette proposition reste l'œuvre d'un médecin et doit être confrontée à l'expérience de ses pairs, aux recommandations belges et aux dispositifs développés à l'étranger. Elle ouvre trois champs qui méritent des publications séparées : les compléments diagnostiques réellement utiles en première ligne, les options thérapeutiques dont le niveau de preuve évolue, et le rôle du généraliste dans la défense médico-sociale de patients dont le handicap est souvent invisible.

Ressources pratiques

- Long Covid Belgium : <https://longcovidbelgium.be/>
- Human Phenotype Ontology (JAX) : <https://hpo.jax.org/>
- Long Covid Open Library – Zotero : https://www.zotero.org/groups/4929325/long_covid_open_library/library
- Publication ORBi associée à la bibliographie : <https://orbi.uliege.be/handle/2268/327758>
- Le Ressort : <https://leressort.be/>
- OMS – Clinical management of COVID-19 : <https://www.who.int/publications/i/item/B09467>
- CDC – Long COVID Clinical Guidance : <https://www.cdc.gov/long-covid/hcp/clinical-guidance/index.html>
- NICE NG188 : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>

Déclaration

Ce manuscrit est issu d'une activité de formation entre pairs. Les deux situations cliniques ont été anonymisées et les entretiens utilisés dans la démarche ont été réalisés avec l'accord des patientes. L'intelligence artificielle décrite ici a servi d'assistance à l'analyse du langage et non de dispositif autonome de diagnostic. L'interprétation clinique et la validation terminologique sont restées sous la responsabilité du médecin.

Références

Références

- [1] Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG). La ssmg : notre histoire, 2026. Historique institutionnel : groupes loco-régionaux de formation continue en 1979 et naissance des Dodécagroupes en 1984 ; consulté le 20 septembre 2026. URL : <https://www.ssmg.be/la-ssmg/>.

- [2] Pascale Jonckheer, Jacques Laperche, and Patrick Trefois. Prévention et médecine générale. *Éducation Santé*, March 2001. Décrit le programme « Prévention–dodécagroupes » et présente côte à côte les Dodécagroupes et les GLEM comme deux formes de travail collectif entre médecins. URL : <https://educationsante.be/prevention-et-medecine-generale/>.
- [3] Isabelle Dechamps. Débat. *Santé conjugulée*, (30) :40–42, 2004. Le glossaire distingue les Dodécagroupes, créés et soutenus par la SSMG, et les GLEM, indiqués comme mis en place en 1996 dans le cadre de l’évaluation par les pairs et de l’accréditation. URL : https://www.maisonmedicale.org/wp-content/uploads/2004/10/Sc30_dechamps_debat.pdf.
- [4] Institut national d’assurance maladie-invalidité (INAMI). Le glem, groupe local d’évaluation médicale, 2026. Consulté le 20 septembre 2026. URL : <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/medecins/qualite-des-soins/accreditation/le-glem-groupe-local-d-evaluation-medicale>.
- [5] Luc Lefebvre. La parole à... dr luc lefebvre, responsable des animateurs de dodécagroupe et de glem au sein de la ssmg. *La Revue de la Médecine Générale*, (240) :93, 2007. Témoigne de l’intégration, au sein de la SSMG, de l’animation des Dodécagroupes et des GLEM dans un même dispositif de formation continue des animateurs. URL : https://www.ssmg.be/images/ssmg/files/RMG/240/RMG240_93-98.pdf.
- [6] Peter Cantillon and Roger Jones. Does continuing medical education in general practice make a difference? *BMJ*, 318(7193) :1276–1279, 1999. doi:10.1136/bmj.318.7193.1276.
- [7] Patrice François, Anne-Cécile Philibert, Gérard Esturillo, and Élodie Sellier. Groupes d’échange de pratique entre pairs : un modèle pour le développement professionnel continu en médecine générale. *La Presse Médicale*, 42(1) :e21–e27, 2013. doi:10.1016/j.lpm.2012.04.017.
- [8] Adrian Rohrbasser, Janet Harris, Sharon Mickan, Kali Tal, and Geoff Wong. Quality circles for quality improvement in primary health care : their origins, spread, effectiveness and lacunae—a scoping review. *PLoS ONE*, 13(12) :e0202616, 2018. doi:10.1371/journal.pone.0202616.
- [9] Adrian Rohrbasser, Geoff Wong, Sharon Mickan, and Janet Harris. Understanding how and why quality circles improve standards of practice, enhance professional development and increase psychological well-being of general practitioners : a realist synthesis. *BMJ Open*, 12(5) :e058453, 2022. doi:10.1136/bmjopen-2021-058453.
- [10] Diego Castanares-Zapatero, Laurence Kohn, Marie Dauvrin, et al. Besoins et suivi des patients atteints de covid long. Technical Report 344B, Centre fédéral d’expertise des soins de santé (KCE), Bruxelles, 2021. URL : <https://www.kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/besoins-et-suivi-des-patients-atteints-de-covid-long>, doi:10.57598/R344BS.
- [11] Hannelore Dillen, Geertruida Bekkering, Ann Bastiaens, et al. Guide de pratique clinique : Suivi et revalidation des patients présentant des symptômes persistants après la covid-19 en première ligne. Technical report, Réseau Evikey / Evidence-Based Practice, 2022. Version validée en novembre 2022. URL : https://ebpnet.be/sites/default/files/2022-12/Richtlijn%20v3_fr.pdf.

- [12] Institut national d’assurance maladie-invalidité (INAMI). Convention covid-19 long : conseil et suivi d’un patient, 2026. Version consultée en septembre 2026. URL : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-des-soins/pratique-medicale/convention-covid-19-long-conseil-et-suivi-d-un-patient>.
- [13] Institut national d’assurance maladie-invalidité (INAMI). évaluation du trajet de soins covid long : remboursement des soins en cas de symptômes covid-19 persistants, December 2023. 19 décembre 2023. URL : <https://www.inami.fgov.be/fr/actualites/evaluation-t-rajet-de-soins-covid-long-remboursement-des-soins-en-cas-de-symptomes-covid-19-persistants>.
- [14] Joan B. Soriano, Srinivas Murthy, John C. Marshall, Pryanka Relan, and Janet V. Diaz. A clinical case definition of post-covid-19 condition by a delphi consensus. *The Lancet Infectious Diseases*, 22(4) :e102–e107, 2022. doi:10.1016/S1473-3099(21)00703-9.
- [15] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *A Long COVID Definition : A Chronic, Systemic Disease State with Profound Consequences*. The National Academies Press, Washington, DC, 2024. doi:10.17226/27768.
- [16] Hannah E. Davis, Lisa McCorkell, Julia Moore Vogel, and Eric J. Topol. Long covid : major findings, mechanisms and recommendations. *Nature Reviews Microbiology*, 21 :133–146, 2023. doi:10.1038/s41579-022-00846-2.
- [17] Daniel M. Altmann, Emily M. Whettlock, Siyi Liu, Deepa J. Arachchillage, and Rosemary J. Boyton. The immunology of long covid. *Nature Reviews Immunology*, 23(10) :618–634, 2023. doi:10.1038/s41577-023-00904-7.
- [18] Alex Sigal, Richard A. Neher, and Richard J. Lessells. The consequences of sars-cov-2 within-host persistence. *Nature Reviews Microbiology*, 23(5) :288–302, 2025. doi:10.1038/s41579-024-01125-y.
- [19] National Institute for Health and Care Excellence. Covid-19 rapid guideline : managing the long-term effects of covid-19 (ng188), 2024. Dernière mise à jour le 25 janvier 2024. URL : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>.
- [20] World Health Organization. Clinical management of covid-19 : living guideline, june 2025, July 2025. Publication du 15 juillet 2025. URL : <https://www.who.int/publications/item/B09467>.
- [21] Centers for Disease Control and Prevention. Long covid clinical guidance, March 2026. Mise à jour du 9 mars 2026. URL : <https://www.cdc.gov/long-covid/hcp/clinical-guidance/index.html>.
- [22] Haute Autorité de santé. Parcours de soins de l’adulte avec des symptômes prolongés de la covid-19, May 2024. Mis en ligne le 2 mai 2024. URL : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3507843/fr/parcours-de-soins-de-l-adulte-avec-des-symptomes-prolonges-de-la-covid-19.
- [23] Sebastian Köhler, Michael Gargano, Nicolas Matentzoglou, et al. The human phenotype ontology in 2021. *Nucleic Acids Research*, 49(D1) :D1207–D1217, 2021. doi:10.1093/nar/gkaa1043.
- [24] The Jackson Laboratory. Human phenotype ontology, 2026. Consulté le 20 septembre 2026. URL : <https://hpo.jax.org/>.

- [25] Marc Jamoulle. Structuring knowledge on long covid : a bibliographic approach based on 3cgp (core content classification in general practice). ORBi, Université de Liège, 2025. Long Covid Open Library sur Zotero. URL : <https://orbi.uliege.be/handle/2268/327758>.
- [26] Long Covid Belgium. Association belge francophone des patients atteints de covid long, 2026. Consulté le 20 septembre 2026. URL : <https://longcovidbelgium.be/>.
- [27] Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ). Centre ressources lésion cérébrale (crlc), 2026. Projet porté par l’ASBL Le Ressort ; consulté le 20 septembre 2026. URL : <https://www.aviq.be/fr/vie-quotidienne/aides-la-vie-quotidienne/centre-ressources-lesions-cerebrales-crlc>.
- [28] Rita Charon. To build a case : Medical histories as traditions in conflict. *Literature and Medicine*, 11(1) :115–132, 1992. doi:10.1353/lm.2011.0271.
- [29] John Launer. *Narrative-Based Primary Care : A Practical Guide*. Radcliffe Medical Press, Abingdon, 2002.
- [30] C. P. Herbert. The fifth principle. family physicians as advocates. *Canadian Family Physician*, 47 :2441–2443, 2448–2451, 2001. URL : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11785272/>.