



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Quand recourir à l'avis de l'hématologue en médecine générale lors
de la découverte d'une anomalie (clinique et/ou biologique) ?**

**Évaluation des relations et des pratiques des médecins
généralistes des régions Nord et Pas de Calais.**

Présentée et soutenue publiquement le 04 Mars 2020 à 18 h
au Pôle Formation

Par Antoine Varlet

JURY

Président :

Monsieur le Professeur FACON Thierry

Assesseurs :

Monsieur le Professeur YAKOUB-AGHA Ibrahim

Monsieur le Professeur LEFEBVRE Jean-Marc

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur MAGRO Leonardo

AVERTISSEMENT

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

ABREVIATIONS

HLA : Human Leucocytes Antigens

CAR : chimeric antigen receptor

DPC : Développement Professionnel Continu

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

TCAM : Taux de Croissance Annuel Moyen

INCA : l'institut national contre le cancer

MM : Myélome Multiple

LLC : Leucémie Lymphoïde Chronique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

QCM : Question Choix Multiple

ESMO : Société européenne d'oncologie médicale

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION :	8
A. ÉVOLUTION DE L'HEMATOLOGIE :	8
B. COMPLEXITE DES PATHOLOGIES HEMATOLOGIQUES EN MEDECINE AMBULATOIRE :	9
C. DEMOGRAPHIE MEDICALE ET EPIDEMIOLOGIE DES HEMOPATHIES:	11
D. IMPORTANCE DES RESEAUX DE SOINS VILLE-HOPITAL:	13
II. MATERIEL ET METHODES	16
A. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE.....	16
B. SELECTION DE L'ECHANTILLON.....	17
C. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE :	18
D. RECUEIL DES REPONSES :	18
III. RESULTATS :	19
A. RETOUR DES QUESTIONNAIRES :	19
B. ANALYSE DES QUESTIONNAIRES:	20
1. <i>Profil des médecins généralistes</i>	20
2. <i>Lien entre les médecins généralistes et l'hématologue</i>	22
3. <i>Connaissance et recours à la Hopline du CHU</i>	22
4. <i>Comportement des médecins généralistes face aux anomalies hématologiques étudiées</i>	24
IV. DISCUSSION :	37
A. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS:.....	37
B. SENTIMENT DE COMPETENCE FACE AUX PATHOLOGIES ETUDIEES :	38
C. LA HOPLINE DU CHRU UN OUTIL ADEQUAT ET PEU UTILISE :	39
D. PARTICULARITES DES ANOMALIES CLINICO BIOLOGIQUE ETUDIEES :	40
E. COMMENT AMELIORER LA COORDINATION DES SOINS:.....	42

F. ÉTUDES DES LIMITES ET BIAIS DE LA THESE :	43
V. CONCLUSION :.....	45
VI. BIBLIOGRAPHIE :.....	46
VII.ANNEXES :.....	49

RÉSUMÉ

Contexte : L'hématologie est une spécialité complexe en constante évolution. Les médecins généralistes sont en première ligne pour la prise en charge de ces pathologies en constante augmentation du fait du vieillissement de la population. Il est essentiel d'optimiser le parcours de soin de ces patients en favorisant le dialogue entre le médecin généraliste et le spécialiste. De nombreux schémas existent et permettent d'améliorer cette prise en charge, comme le recours à la hopline du CHRU de Lille ou encore la participation à des formations médicales continues.

Ce travail établit un état des lieux du recours à l'hématologue en fonction de l'hémopathie et tente d'apprécier les relations inter spécialités entre la médecine générale et l'hématologie afin d'apporter des réponses adaptées aux besoins du médecin généraliste.

Méthode : Une enquête sous forme de questionnaire a été réalisée auprès de médecins généralistes des régions Nord et Pas-de-Calais. Les réponses ont été recueillies sur la plateforme Limesurvey[®] ou par courrier, de Janvier à Mars 2019 après appel téléphonique. Le questionnaire a permis d'explorer six anomalies hématologiques rencontrées au cours de la pratique quotidienne du médecin généraliste.

Résultats : 80 médecins généralistes sur 460 médecins contactés ont répondu.

5 pathologies sur 6 étudiées posent des problèmes de prise en charge à 50% des médecins.

46% déclarent avoir observé un retard diagnostique de pathologie hématologique en rapport, dans 1 cas sur 2, avec des difficultés pour contacter l'hématologue ou des délais de consultation trop longs. Pourtant, 40% des médecins ignorent l'existence

de la hopline du CHRU de Lille et seulement 32,5% l'ont déjà utilisée. 62,5% des médecins n'ont jamais assisté à une FMC d'hématologie.

Conclusion : Selon notre étude, les médecins généralistes sont très demandeurs de formations médicales continues en hématologie et d'élaboration de recommandations claires et facilement accessibles en pratique courante. Une meilleure connaissance de la hopline faciliterait la communication entre praticiens.

I. Introduction :

A. Évolution de l'hématologie :

L'hématologie clinique est une spécialité médicale récente, basée sur les découvertes biologiques et moléculaires. Notons la découverte du système HLA (Human Leucocytes Antigens) en 1958 (1) qui a permis de proposer une immunothérapie curative pour les hémopathies malignes, grâce aux greffes de cellules souches hématopoïétiques (2) ou encore les greffes d'organes.

Elle est en constante évolution, comme en attestent les modifications récentes de la première classification des hémopathies (classification FAB de 1970), par l'organisation mondiale de la santé en 2000, révisée en 2008 (3).

Enfin, cette dernière a été rééditée en 2016 pour y inclure les dernières connaissances sur les caractéristiques morphologiques, génétiques, immunophénotypiques, et moléculaires des cellules leucémiques.(4)

Les traitements des hémopathies ont considérablement évolué depuis la découverte de la radiothérapie et les premières chimiothérapies.

Les thérapies ciblées, l'immunothérapie, l'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques et les CAR (*Chimeric Antigen Receptor*) T cells ont révolutionné les traitements et permis une prise en charge plus performante des hémopathies. Néanmoins, cette haute technicité fait appel à des notions immunologiques approfondies et le monitoring de ces thérapeutiques reste complexe, et représente une « niche » dans les traitements en hématologie maîtrisée par les spécialistes du domaine.

Il faut pourtant souligner que la prise en charge des patients en hématologie s'est étendue aux traitements ambulatoires impliquant directement la participation du médecin traitant aux soins.

Ainsi, l'acquisition de ces connaissances apparaît aujourd'hui nécessaire pour assurer un suivi optimal des patients à domicile. Ce transfert de compétences passe notamment par la participation aux formations médicales en hématologie dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC), rendu obligatoire par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) en 2009 et adapté par la loi de 2016 de modernisation du système de Santé.

B. Complexité des pathologies hématologiques en médecine ambulatoire :

Le médecin généraliste est en première ligne pour le diagnostic, l'orientation, et le suivi des patients.

Il existe un nombre important de pathologies hématologiques telles que :

- Les hémopathies de la lignée myéloïde (syndromes myéloprolifératifs, syndromes myélodysplasiques, leucémie aiguë myéloïde)
- Les hémopathies de la lignée lymphoïde (les lymphomes, leucémies aiguës lymphoïdes, les myélomes multiples, les leucémies lymphoïdes chroniques)
- Les troubles de l'hémostase (acquis ou congénitaux)
- Les cytopénies (induites par les traitements, par carence, ou autre)
- Les hyper lymphocytoses
- Les déficits immunitaires

Ainsi, les compétences du médecin généraliste sont indispensables pour optimiser la prise en charge de ces maladies hématologiques (Figure 1).

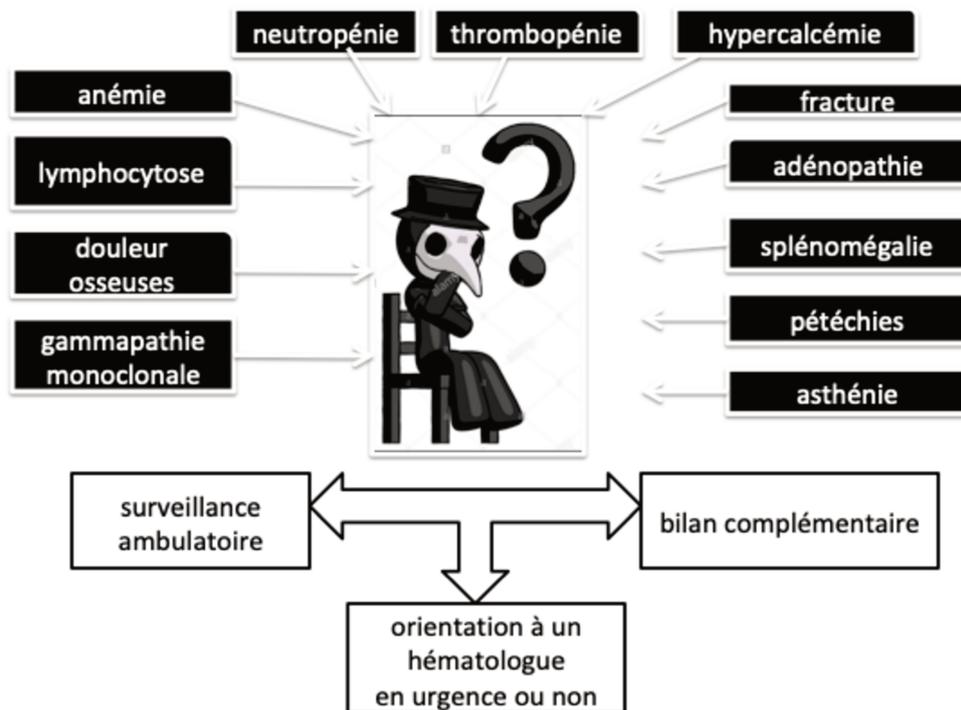


Figure 1 : Représentation du rôle clé du médecin généraliste face aux différentes pathologies hématologiques.

En fonction de son examen clinique et des anomalies biologiques, le médecin généraliste doit organiser le parcours de soins :

- planification des examens complémentaires
- adresser le patient au spécialiste adéquat
- évaluer le degré d'urgence.

Prenons l'exemple de la prise en charge d'une anémie en médecine ambulatoire. Celle-ci peut être signe d'une hémopathie maligne, mais aussi de cancer digestif, de carence vitaminique profonde ou encore de maladie de système.

La variété des anomalies est un élément qui complique l'établissement du diagnostic par le praticien ambulatoire.

C. Démographie médicale et épidémiologie des hémopathies:

Comme représenté sur la figure 2, il est clair que les effectifs de médecins généralistes exerçant de manière régulière sont en baisse (médecins actifs hors remplaçants avec activité intermittente, médecins sans activité, médecins retraités exerçant de manière intermittente) :

- Entre 2017 et 2018, on note une baisse de 0,4% de l'effectif en France
- Dans la région Nord-Pas-de-Calais et Picardie, entre 2017 et 2018, la baisse est plus marquée avec une perte de 1,22%
- La projection jusqu'en 2025 prévoit une baisse de 0,9% par an.(5)

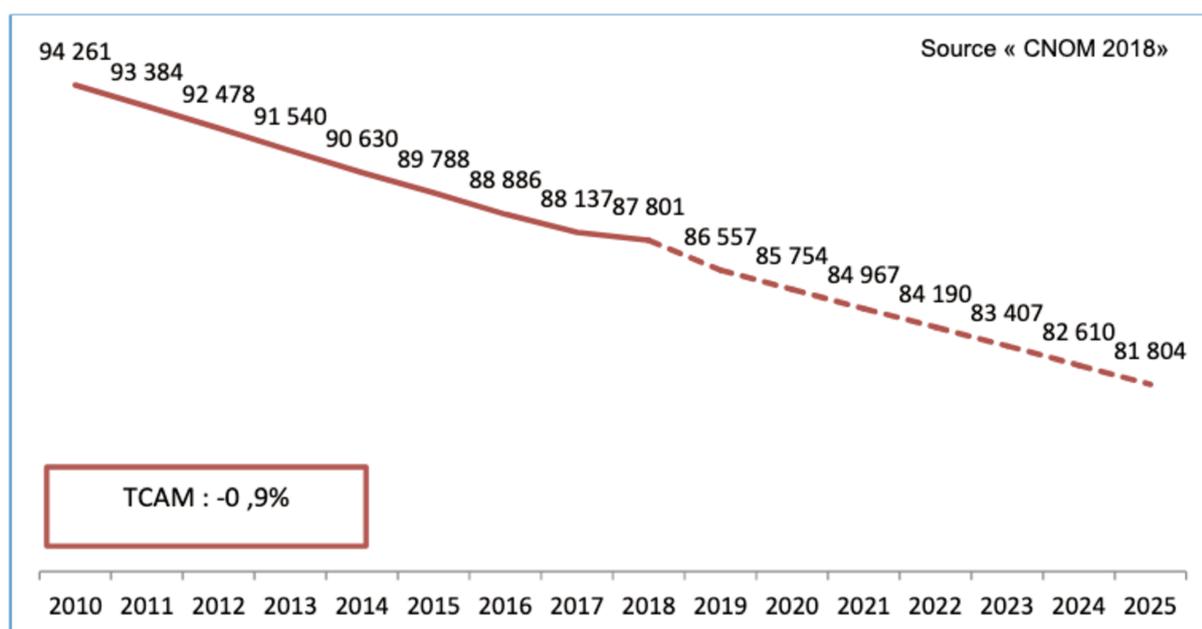


Figure 2 : Projection des effectifs de médecins généralistes jusqu'en 2025 (extrait Conseil National de l'Ordre des Médecins 2018)

TCAM=Taux de Croissance Annuel Moyen

L'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière reste stable entre 2010 (50,3 ans) et 2018 (50,6 ans).

En parallèle, la population de médecins spécialistes médicaux (toutes spécialités confondues) enregistre une hausse de ses effectifs depuis 2010 (3,1%) avec une projection sur 2025 qui suit un taux de croissance annuel moyen de 0,5%.⁽⁵⁾

Une étude épidémiologique menée par l'Institut Nationale contre le CAncer (INCA) entre 1980 et 2012 se basant sur les données du réseau France Cancer Incidence et Mortalité (FRANCIM) étudie l'évolution des incidences des cancers en France ⁽⁶⁾

Plus de la moitié des hémopathies malignes surviennent après 60 ans.

4 pathologies sont plus fréquentes:

- Myélome Multiple (MM) 4888 nouveaux cas avec un âge médian de diagnostic à 72 ans chez l'homme et 75 chez la femme
- Leucémie Lymphoïde Chronique (LLC) 4464 nouveaux cas avec un âge médian au diagnostic à 71 ans chez l'homme et 74 ans chez la femme
- Lymphome diffus à grandes cellules B : 4096 nouveaux cas avec un âge médian au diagnostic à 69 ans chez l'homme et 74 ans chez la femme.
- Syndrome myélodysplasique : 4059 nouveaux cas avec un âge médian au diagnostic à 78 ans chez l'homme et 81 ans chez la femme

Sur les 3 pathologies hématologiques les plus fréquentes (MM, LLC, Lymphomes diffus à grandes cellules B), on note une amélioration de la survie nette standardisée sur l'âge à 5 ans ou à 10 ans entre les recueils de données de 1995-1998 et de 2005-2010.

Prenons l'exemple de la survie nette standardisée à 5 ans pour un patient (homme ou femme) atteint d'un MM ou plasmocytome. Elle s'accroît de 11% selon cette chronologie :

- entre 1995 et 1998 elle est de 43%
- entre 1999 et 2004 elle est de 46%
- entre 2005 et 2010 elle est de 54% (7)

Il est important de noter que la population française vieillit, ainsi entre 2017 et 2018 dans le Nord et le Pas-de-Calais on observe une croissance de 3% de la tranche d'âge de patients entre 60 et 74 ans (5).

De ce constat découlent les problèmes démographiques de couverture de la médecine générale sur le territoire français. Ainsi, les médecins généralistes, qui sont de moins en moins nombreux, vont être de plus en plus confrontés à la prise en charge des pathologies hématologiques telles que les hémopathies malignes.

D. Importance des réseaux de soins ville-hôpital:

La charge de travail croissante, associée à la baisse de la démographie de médecins généralistes et l'allongement de la durée de vie de la population nécessite une amélioration des réseaux de soins entre soins primaires et hôpitaux.

Une enquête par questionnaire menée par le CHU de Grenoble mettait en évidence que les médecins généralistes étaient peu satisfaits (note de 29,3/100) de la préparation de la sortie des patients d'hospitalisation, en rapport avec l'absence d'implication du médecin généraliste au projet de sortie.(8)

D'autres études montrent que les défaillances de ces réseaux de soins entraînent la surprescription d'examens complémentaires (9) avec un surcoût.

Une étude américaine a évalué que ce manque de communication interprofessionnelle coûte chaque année 12 milliards de dollars. Ces coûts sont liés, entre autres, au manque de communication entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.(10)

La constitution d'un réseau de soins performant est un élément primordial pour l'activité du praticien ambulatoire.

La connaissance du médecin spécialiste, sa réputation, sa disponibilité et la communication confraternelle sont des éléments favorisant la création d'un réseau de soins.

Concernant le lien avec l'hôpital, le médecin généraliste est très attentif au retour sur la prise en charge effectuée (11).

Le fait de n'avoir jamais eu de rencontre directe peut être un frein à la création d'une réelle collaboration professionnelle.(12)

Un travail de thèse de médecine générale étudiant les pathologies hématologiques rencontrées en soins primaires et les réseaux de soins médecine générale-hématologie a déjà été mené sur l'ensemble du territoire national. Il met en évidence que les pathologies les plus rencontrées selon les médecins généralistes interrogés étaient les anémies, les hyperleucocytoses, les adénopathies, les leucopénies, les gammopathies monoclonales et les thrombopénies (13).

Néanmoins, les régions Nord et Pas-de-Calais n'ont pas été concernées par cet ouvrage.

Le but de mon travail est de faire un premier état des lieux du recours à l'hématologue dans les régions Nord et Pas-de-Calais, et des relations inter spécialités médecine générale / hématologie afin d'apporter des réponses adaptées aux besoins du médecin généraliste.

II. Matériel et méthodes

A. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire établi comprend 8 parties. (Annexe 1)

- La première partie de l'interrogatoire permet d'étudier le profil global des médecins généralistes participant à l'étude par 8 questions à réponses fermées afin d'uniformiser les réponses. La description de cette population se concentre sur le temps total d'exercice de la médecine générale et son mode d'exercice. Cette partie permet aussi de retracer le/les centres de référence d'hématologie ainsi que l'état des relations entre le praticien et son centre de référence. Afin d'évaluer l'affinité des médecins avec le domaine de l'hématologie, le questionnaire permet de savoir si il y a eu, au cours de leur cursus, un stage au sein d'un service d'hématologie, et si ils effectuent des Formations Médicales Continues (FMC) dans cette thématique.

Enfin, la notoriété de la Hopline d'hématologie du CHRU de Lille a été évaluée pour son utilisation par les praticiens.

- 6 parties permettent d'aborder 6 anomalies hématologiques fréquemment rencontrées : la neutropénie fébrile, la gammopathie monoclonale isolée, l'anémie de l'adulte, la thrombopénie, la prise en charge d'une découverte d'adénopathie(s) superficielle(s) et de la splénomégalie.

Par soucis d'exhaustivité nous avons choisi de restreindre le questionnaire aux principales pathologies prises en charge dans l'unité d'hématologie clinique du CHRU de Lille.

Afin d'homogénéiser l'interprétation de chacune des situations étudiées, nous avons développé 3 axes communs : le ressenti du médecin généraliste face au motif de la

consultation, le recours à la hopline du CHRU de Lille comme aide pour la prise en charge, ainsi que la décision d'orientation du patient.

Au total, 28 questions fermées ou à choix multiples ont été rédigées avec un champ de réponse libre, si besoin de précision par l'interrogé.

- La dernière partie du questionnaire est consacrée au ressenti du médecin généraliste face à sa pratique globale (retard diagnostique, ressenti sur le délai d'orientation des patients à l'hématologue). Elle permet d'estimer les besoins pour la pratique quotidienne de l'hématologie en médecine générale. Pour cela, 3 questions fermées et 2 QCM avec champ de rédaction libre ont été rédigées.

Pour être exploitable, le questionnaire devait répondre à certains impératifs afin d'accroître l'adhésion d'un maximum de médecins généralistes :

- Placer le médecin généraliste et sa pratique quotidienne au centre des interrogations, afin de mettre en évidence les éventuelles difficultés récurrentes.
- Nécessiter un temps de réponse d'environ 15 minutes, grâce à des questions fermées ou des QCM tout en laissant la possibilité de rédaction.
- Facilement accessible en ligne grâce au logiciel d'enquête statistique LimeSurvey© permettant la création de formulaires en ligne.

B. Sélection de l'échantillon

Compte tenu du rayonnement géographique du service des Maladies du sang sur le Nord de la France, la zone d'inclusion des médecins généralistes comprend les régions Nord et Pas-de-Calais. Ainsi, le critère d'inclusion était d'être un médecin généraliste exerçant dans la région du Nord-Pas-de-Calais.

C. Diffusion du questionnaire :

Notre questionnaire est diffusé dans la zone d'inclusion après appel téléphonique des médecins généralistes. Les coordonnées sont recueillies sur les pages jaunes.

Le contact a été direct, avec le médecin, ou indirect, par le biais d'un secrétariat.

L'envoi du questionnaire se faisait par email via un lien redirigeant vers la plateforme LimeSurvey©.

En cas de préférence pour une version papier, un courrier a été envoyé au médecin généraliste. La période d'inclusion s'est déroulée sur 3 mois, de Janvier à Mars 2019.

D. Recueil des réponses :

Les réponses au questionnaire ont été centralisées sur le logiciel d'enquête (LimeSurvey© : version 2.50, 2016).

Les réponses papiers sont également intégrées sur ce logiciel, après réception par voie postale.

Enfin, les données étaient automatiquement transférées dans un tableau Excel® pour analyse.

III. Résultats :

A. Retour des questionnaires :

Au total, 460 médecins ont été contactés pour répondre au questionnaire sur l'ensemble de la zone géographique concernée par notre étude (figure 3).

Sur l'ensemble de l'effectif :

- 13 médecins ont directement exprimé leur refus de répondre au questionnaire, pour des questions de temps ou d'intérêt pour l'hématologie.

- 22 médecins ont demandé un envoi par courrier du questionnaire, avec un retour effectif de 10 médecins (taux de retour de 45%).

- 88 médecins ont répondu au questionnaire en ligne suite à l'appel téléphonique sur le logiciel LimeSurvey®, avec 70 questionnaires complètement exploitables.

Au total 80 réponses étaient exploitables, soit un taux de retour global de 17%.

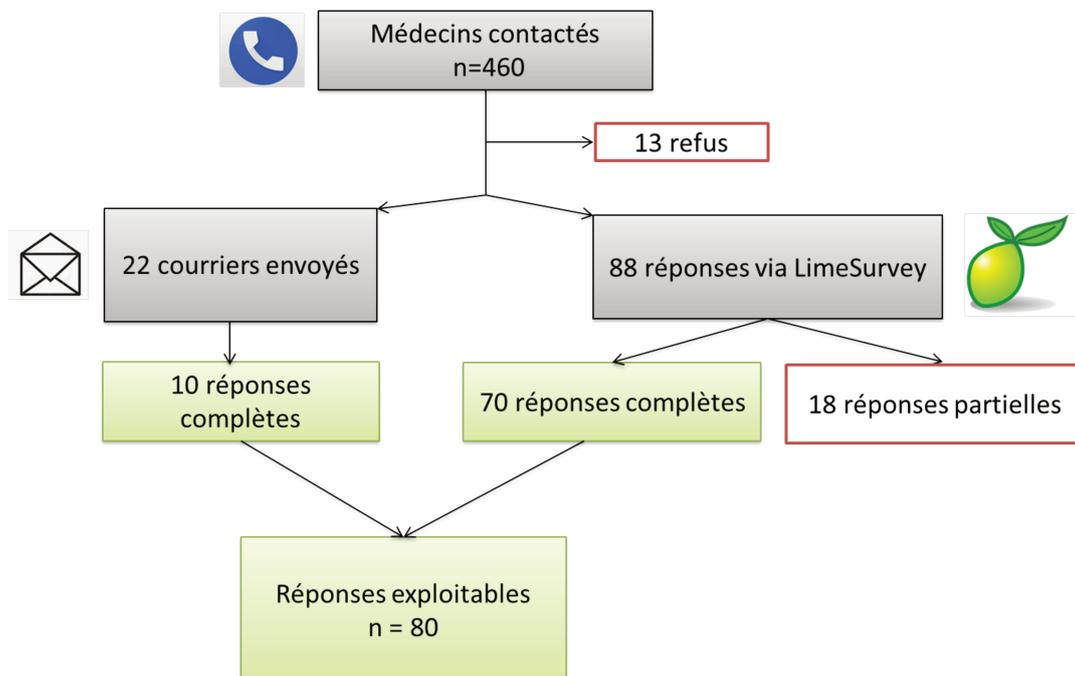


Figure3 : Flow chart représentant la constitution de l'échantillon

B. Analyse des questionnaires:

1. *Profil des médecins généralistes*

Les caractéristiques de notre cohorte de 80 médecins généralistes ayant participé au questionnaire sont détaillées dans le tableau 1.

Notre analyse montre que les médecins généralistes ayant participé au questionnaire exercent depuis 23 ans en moyenne avec un intervalle compris entre 1 an et 51 ans.

L'analyse du mode d'exercice des médecins généralistes montre qu'une majorité d'entre eux exerce en milieu urbain (n= 34 soit 42,5% de notre effectif). 20% des participants (n= 16) ont un mode d'exercice exclusivement rural et 37,5% (n=30) ont une activité considérée comme mixte (partagée entre la médecine de ville et rurale).

Concernant les centres de références de notre population, on remarque que 10 médecins interrogés considèrent avoir 2 centres de référence et 1 médecin déclare jusqu'à 3 centres de référence.

L'attrait pour la discipline d'hématologie a été évalué dans notre questionnaire. On constate que 17,5% (n=14) de notre population a effectué un stage en hématologie durant leur cursus médical (comme interne et/ou externe).

De plus, 62.5% (n=50) des médecins interrogés déclarent ne pas avoir assisté à une seule Formation Médicale Continue (FMC) d'hématologie. Ainsi, dans notre cohorte seul 17,5% (n=14) des médecins y participent annuellement et 20% (n=16) y participent de manière occasionnelle (moins d'une fois par an).

Tableau 1 : Caractéristiques de la cohorte de médecins généralistes ayant répondu au questionnaire

Caractéristiques générales de la cohorte (n= 80)	
Age moyen d'exercice	23 ans [1; 51]
Mode d'exercice :	n (%)
- urbain	n= 34 (42,5)
- rural	n=16 (20)
- mixte	n=30 (37,5)
Centre de référence en hématologie:	
- CHRU Lille	n=13 (16,25)
- CH Lens	n=13 (16,25)
- CH Valenciennes	n=23 (28,75)
- CH Roubaix	n=6 (7,5)
- CH Dunkerque	n=19 (23,75)
- CH St Vincent	n=5 (6,25)
- CH Arras	n=13 (16,25)
Stage en hématologie	
- Oui	n=14 (17,5)
- Non	n=66 (82,5)
Participation aux FMC d'hématologie	
- jamais	n=50 (62,5)
- annuellement	n=13 (16,25)
- occasionnellement	n=17 (21,25)

2. Lien entre les médecins généralistes et l'hématologue

Sur notre population étudiée, 16,25% (n=13) qualifient leur relation avec leur centre de référence comme excellente, 42,5% (n=34) comme bonne, 23,75(n=19) comme assez bonne et 13,75 (n=11) comme médiocre. (figure 4)

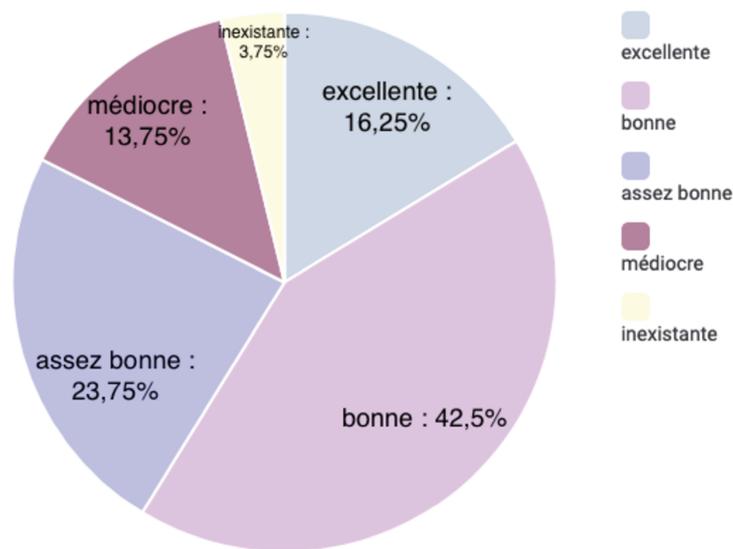


Figure 4 : Rapports entre médecins généralistes et hématologues.

3. Connaissance et recours à la Hopline du CHU

Notre étude montre que 60% des médecins interrogés connaissent l'existence de la Hopline proposée par le service d'hématologie du CHU de Lille (n=48). Un peu plus de la moitié (n=26) de ceux connaissant la Hopline l'ont utilisée une fois ou plus. L'ensemble des médecins ayant déclaré ne pas connaître la hopline, n'ont, de ce fait, jamais eu recours à cette dernière.

Nous avons défini dans notre étude 2 groupes de médecins généralistes :

- « Groupe CHU » : qui ont déclaré CHU de Lille comme centre de référence (n=13).
- « Groupe Hors CHU » : qui n'ont pas déclaré le CHU comme centre de référence (n=67).

Ainsi la popularité de la hopline dans le groupe CHU est de 85% et de 55% dans le groupe hors CHU. On constate cependant que dès que cette hopline est connue des médecins généralistes, elle est autant utilisée, que l'on soit dans le groupe CHU (utilisation estimée 64%) que dans le groupe hors CHU (utilisation estimée à 51%). (Figure 5).

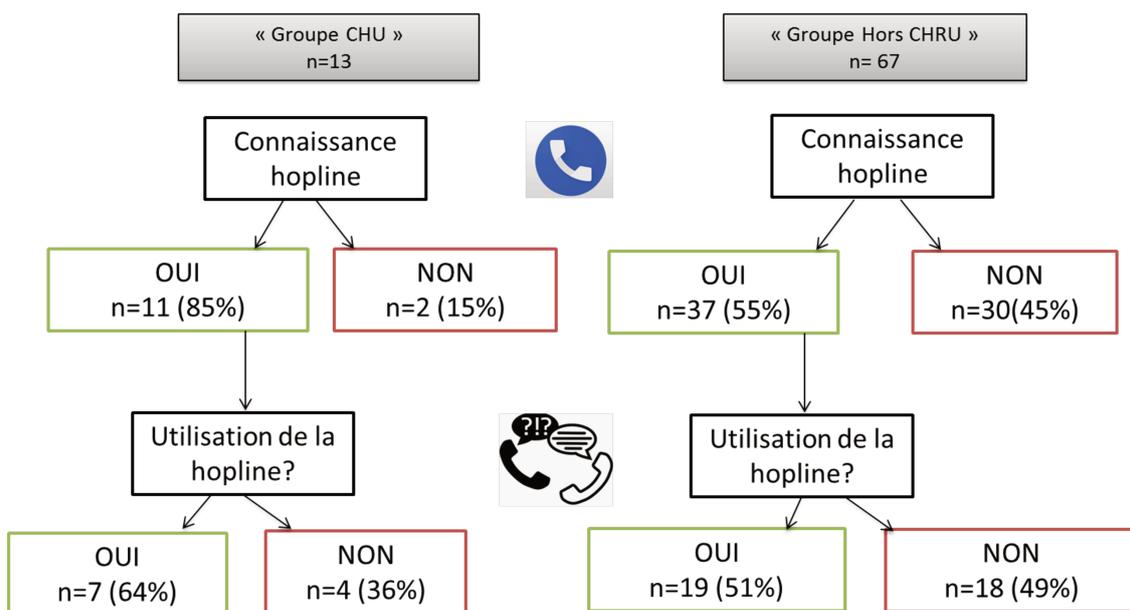


Figure 5 : Analyse de la connaissance et de l'utilisation de la hopline selon le centre de référence

4. Comportement des médecins généralistes face aux anomalies hématalogiques étudiées

a) Ressenti général :

Face aux pathologies étudiées, on remarque que 1 médecin sur 2 ne se sent pas à l'aise dans la pratique de son activité, pour les situations hématalogiques explorées dans le questionnaire.

La prise en charge de la splénomégalie se distingue des autres items et semble présenter moins de difficultés car seuls 25% des médecins interrogés (n=20) ne se sentent pas à l'aise pour cette prise en charge.

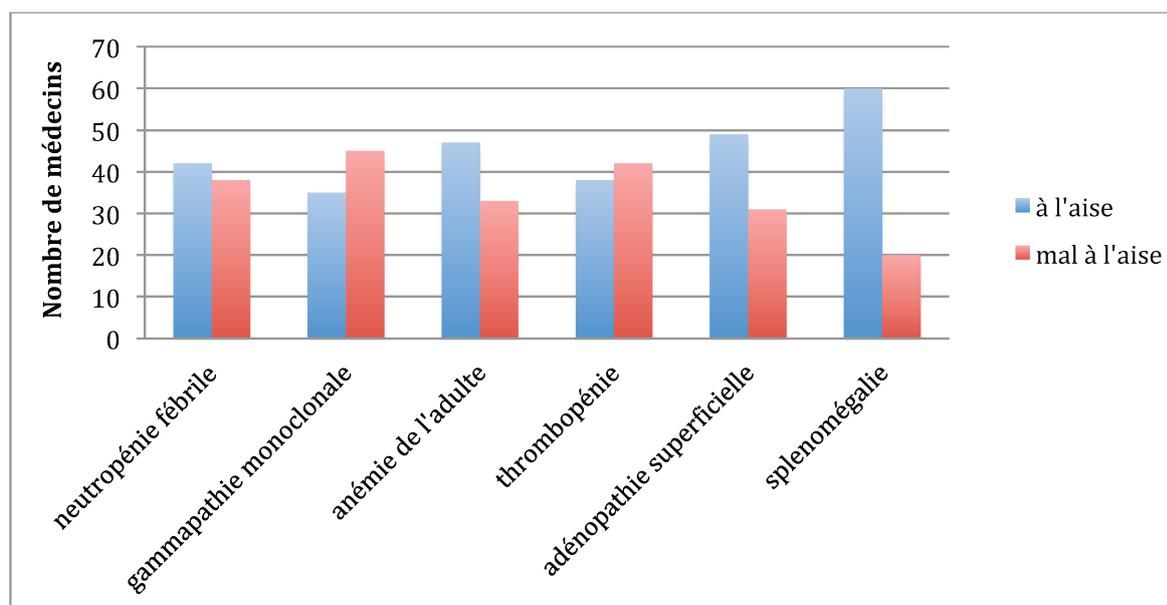


Figure 6 : Analyse du ressenti général des médecins généralistes face aux pathologies hématalogique étudiées

En étudiant le rapport entre la réalisation d'un stage en hématologie lors de la formation médicale et l'aisance à la prise en charge des pathologies étudiées, on

remarque que seule la prise en charge des adénopathies superficielles se démarque positivement ($p=0,03$).

On ne note pas de rapport entre la réalisation d'un stage en hématologie et l'aisance à la prise en charge de la neutropénie fébrile ($p=0,7$) de la gammopathie monoclonale ($p=0,2$), de l'anémie ($p=0,46$), de la thrombopénie ($p=0,83$) et de la splénomégalie ($p=0,36$).

Anomalie hématologique	Stage en hématologie		Pas de stage en hématologie		p
	oui	non	oui	non	
Aisance à la prise en charge					
Neutropénie fébrile	8	6	34	32	0,7
Gammopathie monoclonale	4	10	31	35	0,2
Anémie de l'adulte	7	7	40	26	0,46
Thrombopénie	7	7	31	35	0,83
Adénopathies superficielles	10	4	27	39	0,03
Splénomégalie	12	2	49	17	0,36

Tableau 2 : Rapport entre la réalisation d'un stage en hématologie et l'aisance face aux différentes pathologies étudiées :

Concernant l'étude du rapport entre la réalisation de FMC et l'aisance à la prise en charge, on remarque que la réalisation de FMC annuelle ou occasionnelle est associée de manière significative ($p=0,02$) avec l'aisance de prise en charge de la thrombopénie.

Pour les cinq autres pathologies étudiées on ne remarque pas de différence entre la réalisation ou non de FMC.

Anomalie hématologique	Formation annuelle ou occasionnelle		Pas de formation		p
	oui	non	oui	non	
Aisance à la prise en charge					
Neutropénie fébrile	19	11	23	27	0,13
Gammapathie monoclonale	15	15	20	30	0,48
Anémie de l'adulte	16	14	31	19	0,38
Thrombopénie	19	11	19	31	0,02
Adénopathies superficielles	18	12	31	19	0,85
Splénomégalie	22	8	38	12	0,78

Tableau 3 : Rapport entre la réalisation de formation médicale continue et l'aisance face aux différentes pathologies étudiées :

b) Utilisation de la hopline selon les pathologies étudiées

Devant ce sentiment d'inconfort dans la prise en charge des anomalies hématologiques en médecine générale, nous avons voulu évaluer le recours des médecins à la hopline dans les différentes situations. Le tableau 4 met en évidence, selon les pathologies étudiées, l'utilisation de la hopline par notre population, ainsi que l'aide fournie par la réponse donnée.

Prenons l'exemple de la prise en charge de la neutropénie fébrile, où seulement 8,75% (n=5) de notre population déclare avoir eu recours à la hopline, alors que 38 médecins considèrent ne pas être à l'aise avec cette anomalie (figure 6).

Néanmoins, sur les 5 médecins ayant sollicité l'hématologue via la hopline, 100% d'entre eux ont été aidés dans leur pratique par la réponse apportée par l'interlocuteur.

La hopline génère donc une complète satisfaction dans la globalité de l'analyse, à l'exception d'un retour négatif pour un cas concernant la prise en charge d'une gammopathie monoclonale isolée.

Anomalies hématologiques	Sollicitation de la hopline		La réponse donnée contributive à la prise en charge	
	oui	non	oui	non
- Neutropénie fébrile	8,75%(n=7)	91,25%(n=73)	100%(n=7)	0%
- Gammapathie monoclonale	6,25%(n=5)	93,75%(n=75)	80%(n=4)	20%(n=1)
- Anémie	6,25%(n=5)	93,75%(n=75)	100%(n=5)	0%
- Thrombopénie	7,5%(n=6)	92,5%(n=74)	100%(n=6)	0%
- Adénopathie(s) superficielles(s)	5%(n=4)	95%(n=76)	100%(n=4)	0%
- Splénomégalie	2,5%(n=2)	97,5%(n=78)	100%(n=2)	0%

Tableau 4 : Utilisation de la hopline selon les pathologies étudiées et aide suite à la réponse fournie.

c) Analyse du cas de la neutropénie fébrile

La synthèse des réponses est représentée dans la figure 7.

Selon les médecins, le seuil d'alerte en cas de neutropénie est variable.

En effet, on remarque que 20%(n=16) des médecins sont alertés par un taux de PNN passant sous les 1500/mm³, 36%(n=29) à un taux inférieur à 1000/mm³ et 44%(n=35) à un taux inférieur à 500/mm³.

Concernant l'orientation globale des patients présentant une neutropénie fébrile, 42,7% (n=38) des interrogés contactent le centre de référence en hématologie pour

une hospitalisation. Pour 24,7 % (n=22) des médecins, ils adressent le patient directement aux urgences les plus proches, tandis que 19,5% (n=17) des médecins prennent en charge le patient en consultation de médecine générale. Seuls 1,1% (n=1) des médecins adressent le patient à l'hématologue sans urgence.

Concernant les 11 réponses libres obtenues, 9% (n=8) sont en faveur d'une discussion avec l'hématologue pour une orientation adaptée (ambulatoire vs hôpital), 2 médecins n'ont jamais été confrontés à ce problème et un médecin contrôle son résultat de neutropénie.

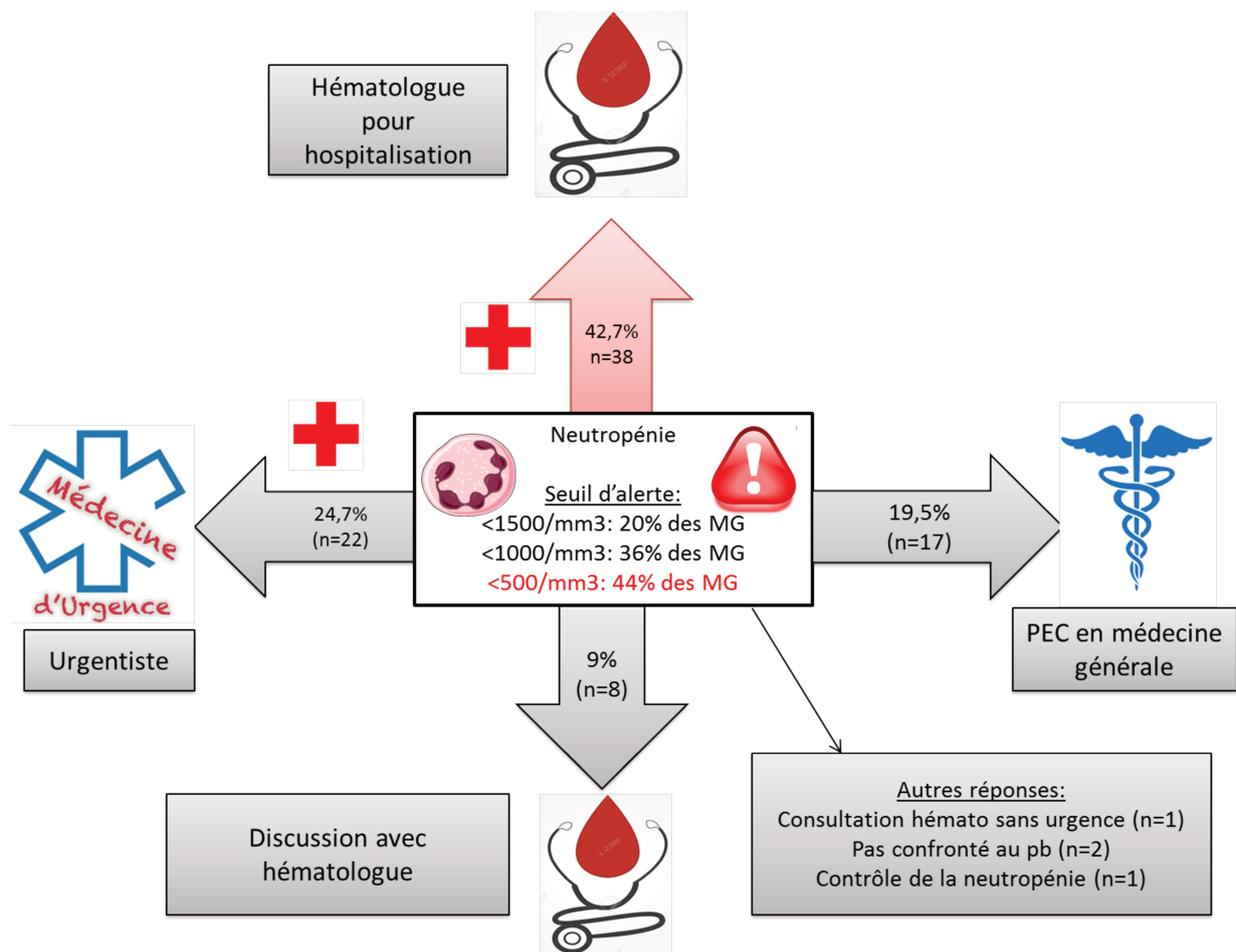


Figure 7 : la neutropénie : seuil d'alerte et orientation du patient en cas de neutropénie fébrile

d) Cas de la gammopathie monoclonale :

44% (n=35) des médecins généralistes de notre étude déclarent faire la différence entre gammopathie monoclonale à IgG, IgA et la gammopathie monoclonale à IgM.

Concernant l'orientation des patients, la moitié des médecins (n=40) contrôlent systématiquement le bilan biologique avant le recours à l'hématologue alors que 36% (n=29) des médecins adressent d'emblée le patient à l'hématologue. Pour 25% (n=20) des médecins interrogés, ils adressent le patient à l'hématologue seulement si il existe des signes de gravité. Parmi les autres propositions émises par les médecins généralistes de l'étude, pour 4% d'entre eux (n=3) un bilan complémentaire est prescrit, et 5% (n=4) adressent le patient à un médecin interniste.

e) Cas de l'anémie de l'adulte :

Les résultats obtenus pour le diagnostic d'anémie, toutes causes confondues, sont représentés sur la figure 8 (réponses multiples).

Concernant la prise en charge d'une anémie, la difficulté la plus fréquemment rencontrée dans notre étude est la prise en charge après retour des examens complémentaires (pour 41% des médecins, n=33). Il y a 37.5% des médecins qui semblent incertains lors de l'échec de la 1^{ère} ligne de traitement alors que pour 6% de la cohorte c'est le diagnostic qui pose problème.

On note que près de 10% des interrogés n'ont aucune difficulté concernant la prise en charge d'une anémie.

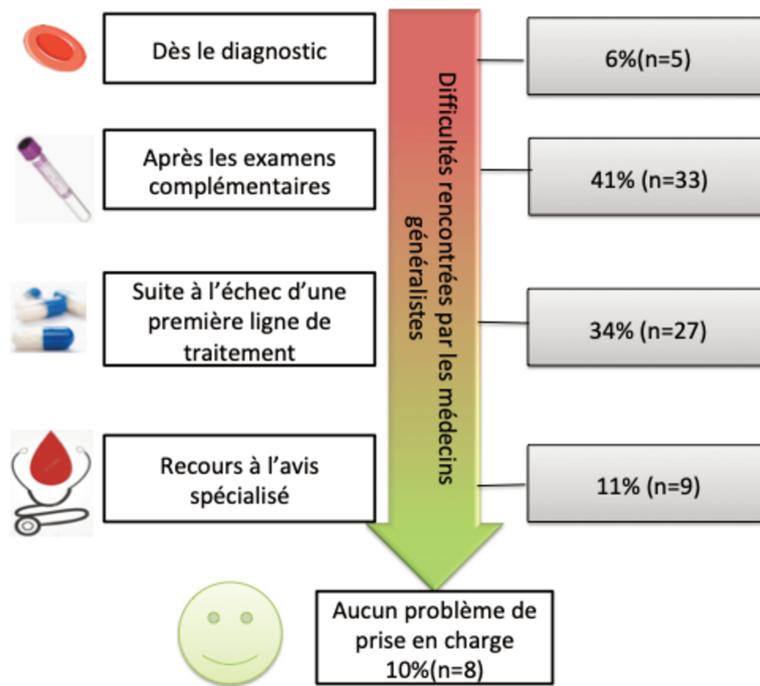


Figure 8 : Principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes devant une anémie (toutes causes confondues)

Si l'on s'intéresse de manière spécifique à la prise en charge de l'anémie microcytaire 77,5% des médecins généralistes interrogés (n=62) adressent le malade au gastro entérologue, 6% (n=5) à l'hématologue, 5% (n=4) à aucun spécialiste, 4% (n=3) à un médecin interniste et 2,5% des cas (n=2) directement aux urgences.

Parmi les autres propositions (17,5 % ; n=14), 5 médecins répondent que l'orientation dépend de la gravité de l'anémie, 6 qu'elle dépend des examens complémentaires et 3 n'adressent pas d'emblée à un spécialiste dans ce contexte.

f) Cas de la thrombopénie :

Devant la découverte isolée d'une thrombopénie, notre panel de médecins généralistes a répondu très largement adresser directement le patient à l'hématologie (dans 89% des cas soit n=71). (Figure 9)

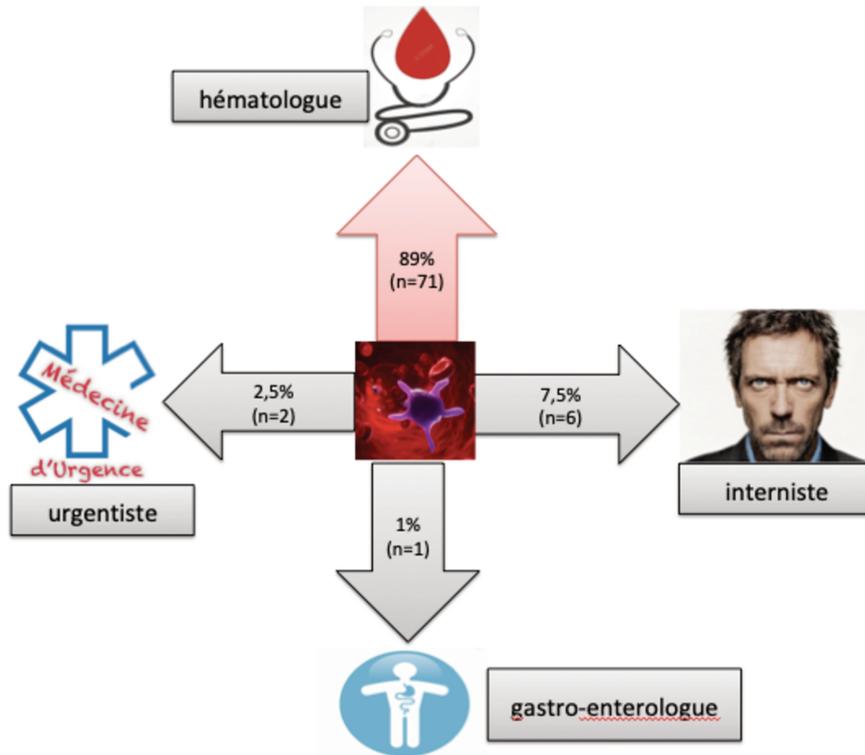


Figure 9: Orientation des patients par les médecins généralistes face à une thrombopénie isolée (choix multiples)

g) Cas de la découverte d'adénopathies superficielles :

La meilleure attitude, selon 71% (n=57) des sondés est d'adresser le patient à l'hématologue après un bilan initial. 29 % (n=23) des médecins interrogés adressent leur patient uniquement en cas de présence de signes de gravité.

A noter que aucun n'adresse d'emblée le patient à l'hématologue.

Pour 41%(n=33) des médecins, le bilan à réaliser avant l'orientation en hématologie est la réalisation d'une biopsie.

h) Cas de la splénomégalie :

On remarque que 72,5%(n=58) des médecins envisagent un recours à un spécialiste après les examens complémentaires.

25% (n=20) des médecins orientent leur patient vers l'hématologue.

Un médecin demande un avis téléphonique, un autre oriente son patient selon le contexte et 2 autres participants n'ont jamais été confrontés à ce problème.

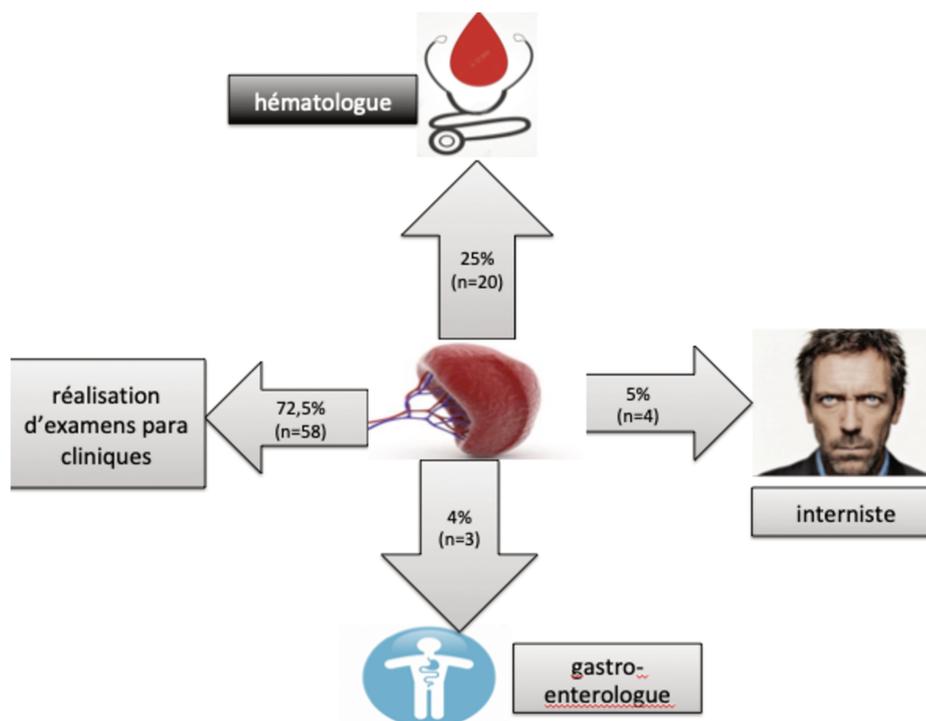


Figure 10: Orientation des patients face à la découverte d'une splénomégalie (choix multiples)

*i) Évaluation de l'orientation des patients et avancées
potentielles pour améliorer les pratiques*

- Délais d'orientation :

De manière globale, 65%(n=52) des médecins interrogés pensent adresser leurs patients au bon moment à l'hématologue, 22,5%(n=18) pensent eux les adresser trop tôt. Les 12,5 %(n=10) restant pensent adresser leurs patients trop tard.

- Causes du retard du diagnostic :

La figure 9 montre que 46%(n=37) des médecins interrogés ont déjà observé dans leur pratique un retard diagnostique à une maladie hématologique.

Selon plus de la moitié d'entre eux, le problème est lié directement à des difficultés d'avis hématologique (prise de rendez-vous ou contact).

1/3 évoquent également une perte de temps importante liée à la réalisation des examens paracliniques.

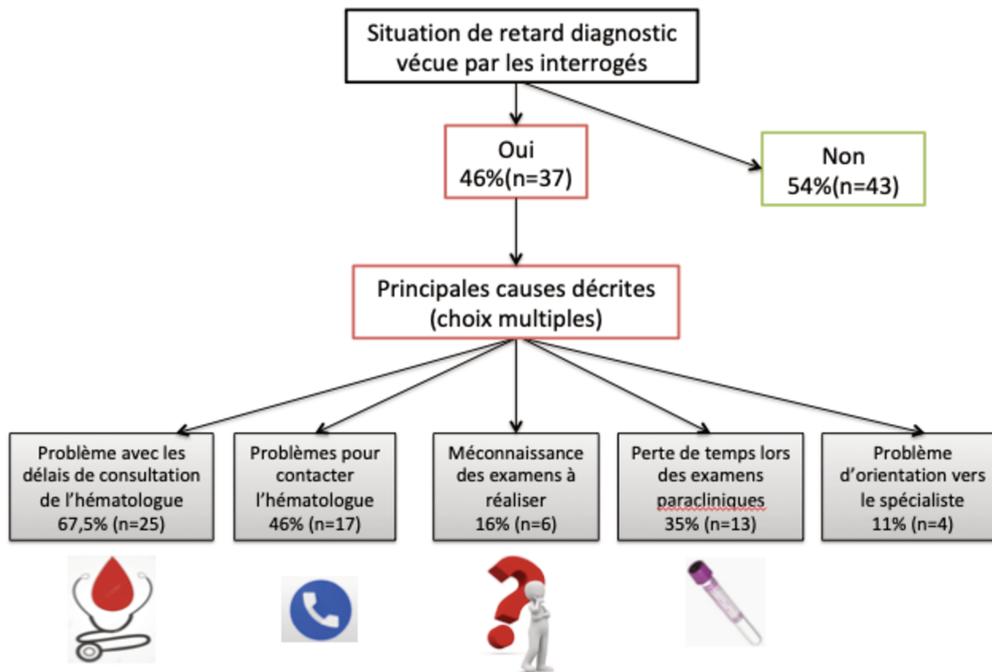


Figure 11 : Évaluation des causes de retard diagnostic selon les médecins généralistes interrogés

- Amélioration des pratiques

Pour améliorer leur pratique, les médecins généralistes souhaiteraient :

- une disponibilité plus large des hématologues (51%, soit n=41),
- des recommandations claires des référentiels de médecine (56% soit n=45)
- une augmentation du nombre de FMC d'hématologie (39% soit n=31).

A noter que 5% (n=4) des médecins interrogés n'ont besoin d'aucune aide supplémentaire.

- Avis sur l'étude menée par notre équipe

87,5% (n=70) des médecins interrogés sont satisfaits des sujets abordés dans ce questionnaire et ne voient pas d'autres items à aborder.

Pour 12,5% des participants (n=10), il manque à traiter le sujet des hyperlymphocytoses, des polyglobulies ou des pathologies plus rares comme les leucémies ou syndrome myélodysplasique.

IV. Discussion :

Notre travail a permis d'analyser les réponses de 80 participants au questionnaire envoyé à un total de 460 médecins généralistes exerçant dans les régions Nord et Pas-de-Calais de France.

A. Caractéristiques des participants:

Si on compare notre population de médecins ayant participé à l'étude à l'échelle de la France, on remarque que notre échantillon est tout à fait représentatif.

En effet, notre cohorte déclare être installée en moyenne depuis 23 ans, soit un âge moyen des médecins participant estimé à 51 ans car on peut considérer que l'activité d'un médecin généraliste débute vers 28 ans. Si l'on se réfère à la moyenne d'âge des médecins généralistes en France, elle est estimée à 50,6 ans selon la synthèse de la démographie de 2018.(14)

Dans notre région très urbanisée, on estime que 2/5 (40%) des médecins généralistes exercent dans les zones les plus densément peuplées (15) qu'on pourrait qualifier de zone urbaine. Dans notre étude, 42,5 % des médecins déclarent exercer dans une zone urbaine, ce qui est parfaitement superposable à la l'échelle de la France.

Autre point fort, on note une participation non négligeable de médecins généralistes exerçant dans une zone exclusivement rurale estimée à 20%. Cette population nous semble plus difficilement consultable sur ce genre d'études, mais indispensable à prendre en compte car la France reste un pays mixte avec des professionnels de santé exerçant dans des zones géographiques plus isolées. Néanmoins la situation des Hauts de France est à part, car c'est une région très peuplée de par son histoire industrielle, et située en plein cœur de la mégapole européenne.

Concernant la formation de notre population étudiée, 17,5% des médecins généralistes ont réalisé un stage en hématologie durant leur cursus. Actuellement, aucun interne de médecine générale ne peut intégrer un service spécialisé en hématologie (16). Cette formation spécialisée va donc largement diminuer dans les années futures et sera seulement accessible aux étudiants de second cycle (84 étudiants/an dans la région Nord-Pas-de-Calais). Cela risque d'entretenir, à l'avenir, une méconnaissance du fonctionnement et des protocoles de soins spécialisés. On peut s'attendre à une fragilisation des relations hématologues spécialistes avec la médecine générale.

Si l'on s'intéresse à la participation aux FMC d'hématologie, on constate que plus de la moitié de l'effectif (soit 62,5%) n'a jamais effectué de formation dans le domaine. Seulement 16% de notre effectif y participe annuellement. On rappelle que le code de déontologie médicale exige aux médecins de devoir s'informer des progrès de la médecine nécessaire à son activité. Il est donc important pour les centres de référence de proposer des formations continues adaptées aux besoins des praticiens et validant leur Développement Professionnel Continu (DPC). D'ailleurs, on note que 39% des interrogés dans notre étude réclament une augmentation des FMC en hématologie.

B. Sentiment de compétence face aux pathologies étudiées :

Sur les pathologies étudiées, 1 médecin sur 2 déclare ne pas se sentir à l'aise. On peut considérer que l'interrogé ne se sent pas à l'aise par défaut de connaissances sur la prise en charge et/ou par l'anxiété générée par la situation clinique.

Seule la splénomégalie se distingue des autres pathologies car seulement $\frac{1}{4}$ des médecins semblent être dans la difficulté. Cela peut s'expliquer par une pratique de la palpation occasionnelle. De plus, sa présence n'est pas un critère d'urgence comme pourrait l'être une neutropénie fébrile.

Il semble dans notre étude que la FMC en hématologie n'apporte pas de différence significative dans le sentiment de maîtrise de la prise en charge ambulatoire de nos 6 anomalies clinico-biologiques.

C. La hopline du CHRU un outil adéquat et peu utilisé :

Plus de la moitié des participants connaissent l'existence de la Hopline du CHRU (60%). On remarque que les médecins ayant déclaré le CHRU comme centre de référence sont 85% à la connaître.

Quel que soit le centre de référence, environ 1 médecin sur 2 a déjà eu recours à ses services lorsqu'il connaît l'existence de la Hopline. La fréquence de consultation de la hopline ne semble pas dépendre de l'anomalie hématologique sous jacente. En effet, en moyenne, le recours à la hopline est estimé à 6% [2,5-8,75].

Pourtant, quand les médecins la sollicitent, ils déclarent être satisfaits dans 100% des cas. Cet outil est donc utile mais sous exploité par notre population qui déclare pourtant qu'en cas de retard diagnostique, il y a eu des difficultés à contacter l'hématologue dans 67,5% des cas. La hopline pourrait diminuer ce chiffre et permettre une prise en charge plus rapide et adaptée du patient.

De plus, notre cohorte déclare, dans plus de 50% des cas, vouloir une disponibilité plus large des hématologues.

Ainsi, afin de solutionner l'ensemble de ces problèmes, il serait pertinent de communiquer plus largement sur l'existence de cet outil et ses modalités d'utilisation.

D. Particularités des anomalies clinico biologique étudiées :

Dans de la cas de la neutropénie fébrile, la définition est établie par la Société Européenne d'Oncologie Médicale (ESMO) avec un seuil à $<500 \text{ PNN/mm}^3$ ou pouvant le devenir dans les 48 heures associé à une fièvre $> 38,5^\circ\text{C}$ en une seule prise ou $> 38^\circ\text{C}$ en deux prises avec un intervalle de deux heures.(17)

En médecine générale, elle est fréquemment rencontrée chez des patients sous chimiothérapie (10 à 50 % des patients avec une tumeur solide et plus de 80 % de ceux ayant une hémopathie maligne sous chimiothérapie présenteront une neutropénie fébrile)(18).

On constate dans notre étude que le seuil d'alerte divise notre panel. On distingue en effet 2 groupes selon la définition de l'ESMO :

- 80% des médecins sont alertés si le seuil des PNN est à $1000/\text{mm}^3$
- 20% du panel est alerté si ce seuil est à $1500 \text{ PNN}/\text{mm}^3$

Notre question porte sur le seuil de neutropénie en générale (fébrile ou non), ainsi que les médecins généralistes ont bien intégré les seuils proposés par l'ESMO.

Concernant l'orientation des patients présentant une neutropénie fébrile, on remarque que dans 51% des cas le médecin généraliste contacte l'hématologue pour une hospitalisation ou pour aide à la prise en charge.

A contrario, dans 25% des cas les médecins généralistes adressent leurs patients aux urgences.

L'antibiothérapie doit être démarrée au plus tôt, en effet un retard dans la prise en charge augmente la mortalité (19).

Le manque de place pour hospitaliser les patients dans les services d'hématologie et d'oncologie médicale et l'état clinique initial explique ces 25% d'envoi aux urgences.

On note que 20% des médecins prennent en charge les patients au domicile, ce qui correspond bien aux 24 % des patients du groupe IV de Talcott ne présentant aucun des critères de gravité. (20)

- On note que seulement 44% des médecins connaissent la différence entre gammopathie à IgG IgA et celle à IgM.

Ce résultat soulève le problème de la maladie de Waldenström, moins connue et qui nécessite un suivi plus important du patient par l'hématologue.

- Peu de médecins généralistes déclarent n'avoir aucun problème lors de la prise en charge d'une anémie toute cause confondues (10%).

Les médecins généralistes semblent en difficulté surtout lors de l'interprétation des examens complémentaires.

Il n'y a pas, à l'heure actuelle, d'arbre décisionnel graphique de bonne pratique sur la prise en charge d'une anémie, adapté à l'exercice pratique de la médecine générale(21).

Ceci renforce le besoin, pour les médecins généralistes, d'obtenir des recommandations claires de la part des référentiels (56% des demandes pour améliorer leur pratique).

- Concernant la prise en charge de l'anémie microcytaire, on ne note pas de difficulté pour l'orientation (seul 6% ont recours à l'hématologue), il en est de même pour la thrombopénie.

E. Comment améliorer la coordination des soins:

Dans notre étude, 35% du panel estiment ne pas adresser de manière optimale leurs patients à l'hématologue (trop tôt ou trop tard), et 46% évoquent avoir déjà vécu un retard diagnostique chez un patient.

Les points posant le plus de problèmes sont en lien avec la communication avec les hématologues (68% en lien avec un délai de consultation trop important et 46 % à cause de difficultés pour contacter le spécialiste), la réalisation des examens para cliniques et le délai pour les réaliser (51%).

Ces difficultés pourraient être maîtrisées par une disponibilité plus large des hématologues (réclamée par plus de la moitié du panel), une augmentation des FMC d'hématologie permettant également par la rencontre ville-hôpital un renforcement de ces réseaux de soins.

L'écriture de recommandations claires par les collègues d'enseignants et la HAS est réclamée à juste titre par plus de la moitié du panel pour les aider au quotidien dans leur travail diagnostique et d'orientation du patient.

F. Études des limites et biais de la thèse :

Le biais de sélection est inhérent à ces études descriptives par questionnaire.

Nous avons tenté au mieux de le limiter en effectuant une sélection aléatoire des médecins avec un appel téléphonique pour chaque demande et envoi d'un format papier selon les désirs du médecins.

Bien évidemment, l'existence de secrétariats externalisés a été un des plus grand obstacle à la diffusion du questionnaire (refus de donner l'adresse email du médecin pour envoyer le questionnaire ou difficulté à la transmission de message aux médecins).

On peut supposer que les médecins qui ont participé à l'étude étaient au préalable sensibilisés à l'hématologie.

Les médecins les moins à l'aise avec l'outil informatique ont également eu des difficultés à remplir ce questionnaire (parmi les 10 questionnaires non interprétables, seulement la première question était remplie).

Pour cette étude, nous aurions aimé obtenir un échantillon de 200 médecins afin d'obtenir des résultats avec une marge d'erreur de 7%. Ce nombre n'a pu être atteint compte tenu des difficultés rencontrées pour contacter les médecins.

Il est probable qu'un certain nombre de réponses recueillies étaient erronées, soit par manque de temps lors du remplissage du questionnaire, soit par la difficulté d'auto jugement des médecins (par exemple la question sur les retards diagnostiques).

Pour limiter ce biais d'information, nous avons réalisé un maximum de questions fermées (74%) ou de QCM avec réponses à cocher. Sur la version du questionnaire

en ligne, l'accès à la page était impossible sans le bon renseignement de toutes les questions.

V. Conclusion :

Notre étude fait un premier état des lieux du recours à l'hématologue en médecine générale dans la région des Hauts de France. Notre premier constat est que sur les six pathologies étudiées dans le questionnaire, cinq items posent problème à un médecin sur 2.

Les attentes des médecins généralistes pour améliorer la pratique quotidienne sont nombreuses.

Parmi ces attentes, l'augmentation du nombre de FMC en hématologie est demandée par les participants de l'étude.

Ainsi l'élaboration de ces formations représente un axe d'amélioration à considérer dans l'évolution des pratiques.

L'élaboration de recommandations claires et facilement accessibles en pratique quotidienne par les référentiels permettrait aussi de soutenir les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne.

De plus, on note une demande claire de la part des participants d'augmenter les liens avec les hématologues par l'amélioration des contacts téléphoniques malgré l'existence de la hopline du CHRU de Lille.

Cet outil est considéré comme facilitant par les participants mais très peu connaissent son existence et l'utilisent.

Ainsi, une campagne de communication semble être une piste pour promouvoir l'existence et l'importance de la hopline dans notre région.

VI. Bibliographie :

1. Jean Dausset / Histoire de l'Inserm. : <https://histoire.inserm.fr/les-femmes-et-les-hommes/jean-dausset>
2. Mathe G. [HEMATOPOIETIC CEL L GRAFTS AND THEIR APPLICATIONS]. Presse Med. 3 oct 1964;72:2391-4.
3. Vardiman JW, Thiele J, Arber DA, Brunning RD, Borowitz MJ, Porwit A, et al. The 2008 revision of the World Health Organization (WHO) classification of myeloid neoplasms and acute leukemia: rationale and important changes. Blood. 30 juill 2009;114(5):937-51.
4. Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA, Harris NL, Stein H, Siebert R, et al. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. Blood. 19 mai 2016;127(20):2375-90.
5. cnom_atlas_2018_0.pdf [Internet]. [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
6. Monnereau et al. - 2013 - Estimation nationale de l'incidence des cancers en France entre 1980 et 2012. <https://www.e-cancer.fr/content/download/63257/569365/file/Estimation-nationale-incidence-mortalite-par-cancer-France-1980-2012-Partie-2.pdf>
7. Monnereau et Al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013. 2016.
8. François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. Sante Publique (Bucur). 27 mai 2014;Vol. 26(2):189-97.

9. Smith PC, Araya-Guerra R, Bublitz C, Parnes B, Dickinson LM, Van Vorst R, et al. Missing clinical information during primary care visits. *JAMA*. 2 févr 2005;293(5):565-71.
10. Agarwal R, Sands DZ, Schneider JD. Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in U.S. hospitals. *J Healthc Manag Am Coll Healthc Exec*. août 2010;55(4):265-81; discussion 281-282.
11. Guide_reseaux_de_sante-2.pdf [Internet]. [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf
12. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. *Prat Organ Soins*. 2010;Vol. 41(4):331-9.
13. Lourenco J. Anomalies hématologiques rencontrées en soins primaires et réseau de soins ville-hôpital en hématologie. :67.
14. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
15. ORS-Diagnostic_part_2.pdf [Internet]. [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/ORS-Diagnostic_part_2.pdf
16. Abdenmour DH. 59 G 04 - GRAVELINES / GRANDE-SYNTHE. 2019;10.
17. de Naurois J, Novitzky-Basso I, Gill MJ, Marti FM, Cullen MH, Roila F, et al. Management of febrile neutropenia: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. mai 2010;21 Suppl 5:v252-256.
18. Netgen. Prise en charge de la neutropénie fébrile [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: [47](https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-</div><div data-bbox=)

N-526/Prise-en-charge-de-la-neutropenie-febrile

19. Rosa RG, Goldani LZ. Cohort study of the impact of time to antibiotic administration on mortality in patients with febrile neutropenia. *Antimicrob Agents Chemother.* juill 2014;58(7):3799-803.
20. Talcott JA, Siegel RD, Finberg R, Goldman L. Risk assessment in cancer patients with fever and neutropenia: a prospective, two-center validation of a prediction rule. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* févr 1992;10(2):316-22.
21. Orientation diagnostique devant une anémie : collège des enseignants d'hématologie

VII. Annexes :

Annexe 1 : questionnaire de thèse

Votre activité :

1. En quelle année a débuté votre activité libérale?
.....

2. Quel est votre environnement de travail?
 - urbain
 - rural
 - mixte

3. Quel est votre centre de référence en hématologie?
 - CHRU de Lille
 - CH Lens
 - CH Valenciennes
 - CH Roubaix
 - CH Dunkerque
 - CH Saint Vincent
 - CH d'Arras

4. Comment qualifiez-vous votre relation avec ce centre de référence?
 - excellente
 - bonne
 - assez bonne
 - médiocre
 - inexistante

5. Avez-vous effectué au cours de votre cursus de médecine un stage en hématologie?
 - oui
 - non

6. Connaissez-vous l'existence de la HOPLINE du CHRU (Hôpital Huriez) qui permet aux médecins des Hauts de France de bénéficier aux heures ouvrables d'avis séniorisés?
 - oui
 - non

7. Si oui, l'avez vous déjà utilisée?
- oui
 - non
8. À quelle fréquence assistez-vous à des Formations Médicales Continues d'hématologie?
- jamais
 - annuellement
 - autre :

À propos de la neutropénie fébrile :

1. Êtes-vous à l'aise avec la prise en charge?
- oui
 - non
2. Avez-vous déjà contacté la HOPLINE suite à son diagnostic?
- oui
 - non
3. Si oui la réponse donnée vous a-t-elle aidé?
- oui
 - non
4. Devant la découverte d'une neutropénie, à partir de quel taux de polynucléaires neutrophiles (PNN) êtes-vous alerté?
- <500 PNN
 - <1.000 PNN
 - < 1.500 PNN
5. Lorsque vous êtes confronté à une neutropénie fébrile quelle est votre réaction quant à l'orientation du patient?
- vous adressez votre patient à l'hématologue sans urgence
 - vous adressez votre patient aux urgences les plus proches
 - vous contactez votre centre de référence en hématologie pour une demande d'hospitalisation en urgence
 - vous réalisez une prise en charge ambulatoire
 - autre :

Concernant la gammopathie monoclonale isolée :

1. Êtes-vous à l'aise avec cette prise en charge?
 - oui
 - non

2. Avez-vous déjà contacté la HOPLINE suite à sa découverte chez un de vos patients?
 - oui
 - non

3. Si oui, la réponse donnée vous a-t-elle aidé?
 - oui
 - non

4. Vous découvrez une gammopathie monoclonale lors d'un bilan biologique réalisé chez un patient. Quelle est votre attitude?
 - vous adressez toujours votre patient à l'hématologue
 - vous adressez votre patient à l'hématologue seulement si le patient présente d'autres signes de gravité (pic élevé / hypercalcémie / insuffisance rénale / douleur osseuse)
 - vous recontrôlez systématiquement le bilan avant le recours à l'hématologue
 - autre attitude :

5. Distinguez vous la gammopathie monoclonale à IgG, IgA et la gammopathie monoclonale à IgM?
 - oui
 - non

Au sujet de l'anémie diagnostiquée chez l'Adulte:

1. Avez-vous déjà rencontré des difficultés de prise en charge?
 - oui
 - non

2. Avez- vous déjà contacté la HOPLINE suite à sa prise en charge?
 - oui
 - non

3. Si oui, la réponse donnée vous a-t-elle aidé?
 - oui
 - non

4. À partir de quand vous sentez vous en difficulté?
 - jamais
 - dès le diagnostic
 - après vos examens complémentaires
 - suite à l'échec d'une première ligne de traitements (correction carence par exemple)
 - lors de l'orientation du patient au spécialiste
 - autre :

5. En cas d'anémie microcytaire à qui adressez-vous votre patient?
 - au gastro-entérologue
 - à l'hématologue
 - au médecin interniste
 - à l'urgentiste
 - autre :

Concernant la thrombopénie :

1. Avez-vous déjà rencontré des difficultés de prise en charge?
 - oui
 - non

2. Avez-vous déjà contacté la HOPLINE à ce sujet?
 - oui
 - non

3. Si oui, la réponse donnée vous a-t-elle aidé?
 - oui
 - non

4. En cas de thrombopénie isolée à quel spécialiste adressez-vous vos patients dans la pratique courante?
 - au gastro-entérologue
 - à l'hématologue
 - au médecin interniste
 - à l'urgentiste
 - autre :

Lors de la découverte d'adénopathie(s) superficielle(s) :

1. Vous sentez-vous à l'aise quant à l'organisation des examens complémentaires?
 - oui
 - non

2. Avez-vous déjà contacté la HOPLINE à ce sujet?
 - oui
 - non

3. Si oui, la réponse donnée vous a-t-elle aidé?
 - oui
 - non

4. Lors de la découverte d'une ou plusieurs adénopathies superficielles, quelle est la meilleure attitude selon vous?
 - adresser votre patient à l'hématologue d'emblée
 - adresser votre patient à l'hématologue après un bilan initial
 - adresser votre patient à l'hématologue seulement si il y a présence de facteurs aggravants
 - autre :

5. Envisagez-vous la réalisation d'une biopsie avant d'avoir recours à l'hématologue ?
 - oui
 - non

Lors de la découverte d'une splénomégalie :

1. Avez- vous des incertitudes sur la prise en charge lors de sa découverte?
 - oui
 - non

2. Avez-vous déjà contacté la HOPLINE suite à la découverte d'une splénomégalie?
 - oui
 - non

3. Si oui, la réponse donnée vous a-t-elle aidé?
 - oui
 - non

4. À qui adressez-vous votre patient lors de la découverte d'une splénomégalie?
- au gastro-entérologue
 - à l'hématologue
 - au médecin interniste
 - vous réalisez d'abord des examens para cliniques
 - autre :

Et selon vous...

1. Vous pensez adresser vos patients à l'hématologue :
- précocement
 - au bon moment
 - tardivement
2. Avez-vous déjà constaté qu'un de vos patients a subi un retard diagnostic concernant un problème hématologique?
- Oui
 - Non
3. Si oui, quels seraient les éléments en cause selon vous?
- Le délai de consultation avec l'hématologue est trop important
 - Vous avez des difficultés à contacter l'hématologue
 - Vous ne saviez pas quels examens para clinique faire
 - Vous avez perdu du temps pour réaliser vos examens para clinique
 - Vous ne saviez pas quel spécialiste contacter initialement
 - Autre :
4. Concernant les différents sujets abordés, quels seraient vos besoins pour faciliter votre pratique courante?
- des recommandations claires de la part des référentiels
 - une augmentation du nombre de formations médicales continues en hématologie
 - une disponibilité plus large des hématologues
 - autre :
5. Est-ce que d'autres sujets qui n'ont pas été abordés dans ce travail vous posent problème?
- oui
 - non
6. Si oui, lesquels?

AUTEUR : Varlet Antoine

Date de soutenance : 04 mars 2020

Titre de la thèse :

Quand recourir à l'avis de l'hématologue en médecine générale lors de la découverte d'une anomalie (clinique et/ou biologique) ?

Évaluation des relations et des pratiques des médecins généralistes des régions Nord et Pas-de-Calais.

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : hématologie, réseau, soins primaires

Résumé :

Contexte : L'hématologie est une spécialité complexe en constante évolution. Les médecins généralistes sont en première ligne pour la prise en charge de ces pathologies en constante augmentation du fait du vieillissement de la population. Il est essentiel d'optimiser le parcours de soin de ces patients en favorisant le dialogue entre le médecin généraliste et le spécialiste. De nombreux schémas existent et permettent d'améliorer cette prise en charge comme le recours à la hopline du CHRU de Lille ou encore la participation à des formations médicales continues.

Ce travail établit un état des lieux du recours à l'hématologue en fonction de l'hémopathie et tente d'apprécier les relations inter spécialités entre la médecine générale et l'hématologie afin d'apporter des réponses adaptées aux besoins du médecin généraliste.

Méthode : Une enquête sous forme de questionnaire a été réalisée auprès de médecins généralistes des régions Nord et Pas-de-Calais. Les réponses ont été recueillies sur la plateforme Limesurvey[®] ou par courrier de Janvier à Mars 2019 après appel téléphonique. Le questionnaire a permis d'explorer six anomalies hématologiques rencontrées au cours de la pratique quotidienne du médecin généraliste.

Résultats : 80 médecins généralistes sur 460 médecins contactés ont répondu. 5 pathologies sur 6 étudiées posent des problèmes de prise en charge à 50% des médecins. 46% déclarent avoir observé un retard diagnostique de pathologie hématologique en rapport dans 1 cas sur 2 avec des difficultés pour contacter l'hématologue ou des délais de consultation trop longs. Pourtant, 40% des médecins ignorent l'existence de la hopline du CHRU de Lille et seulement 32,5% l'ont déjà utilisée. 62,5% des médecins n'ont jamais assisté à une FMC d'hématologie.

Conclusion : Selon notre étude, les médecins généralistes sont très demandeurs de formations médicales continues en hématologie et d'élaboration de recommandations claires et facilement accessibles en pratique courante. Une meilleure connaissance de la hopline faciliterait la communication entre praticiens.

Composition du Jury :

Président : Professeur Thierry Facon

Assesseurs : Professeur Ibrahim Yakoub-Agha

Professeur Jean-Marc Lefebvre

Directeur de thèse : Docteur Leonardo Magro