HAL
open science

Anomalies hématologiques rencontrées en soins primaires et réseau de soins ville-hôpital en hématologie

Jérémy Lourenco

To cite this version:

Jérémy Lourenco. Anomalies hématologiques rencontrées en soins primaires et réseau de soins ville-hôpital en hématologie . Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01650877

HAL Id: dumas-01650877

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01650877

Submitted on 28 Nov 2017

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

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES | USPC Université Sorbonne Paris Cité

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 1916 N° 183

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Anomalies hématologiques rencontrées en soins primaires et réseau de soins ville-hôpital en hématologie

Présentée et soutenue publiquement

le 27 septembre 2016

Par

Jérémy LOURENCO

Né le 20 juin 1986 à Chatenay-Malabry (92)

Dirigée par M. Le Docteur Benoît Pilmis

Jury :

M. Le Professeur Olivier Lortholary, PU-PH ..... Président

M. Le Professeur Ollivier Legrand, PU-PH

M. Le Professeur Alain Lorenzo, PA

Mme Le Docteur Eolia Brissot, MCU-PH

Except where otherwise noted, this work is licensed under

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/

REMERCIEMENTS

A mon président de jury, **le Pr Olivier Lortholary.**
Merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci d'avoir cru en moi et merci de cette opportunité pour l'année à venir.

Aux membres de mon jury :

Le Pr Ollivier Legrand, merci pour ce savoir précieux que vous m'avez transmis et merci de m'avoir prouvé qu'on peut associer professionnalisme et humour au quotidien surtout dans une discipline comme l'hématologie.

Le Pr Alain Lorenzo, merci de m'avoir montré une vision de la médecine générale ouverte où chacun est libre de façonner sa pratique à son image et merci de m'avoir fait aimer cette spécialité.

Le Dr Eolia Brissot, merci de ton enthousiasme au quotidien et de ton investissement sur ce projet. Merci de ton soutien précieux.

A mon directeur de thèse, **le Dr Benoît Pilmis**.
Merci de ton soutien à un moment où j'en avais le plus besoin dans mon parcours, merci pour ta passion, ta patience et ta pédagogie. Merci pour tout ce que tu m'as transmis.

Merci au Dr Sonia Ayllon-Milla, sans qui je n'en serais probablement pas là aujourd'hui. Les plus petits gestes sont parfois ceux qui ont le plus d'impact dans une vie.

Merci au Pr Mohamad Mohty, Chef de service d'hématologie à Saint Antoine, de m'avoir permis de découvrir son service et l'univers de l'hématologie sans quoi cette thèse n'aurait pas vu le jour.

Merci au Dr Stéphanie Baron, médecin généraliste et maitre de stage universitaire, de m'avoir fait découvrir l'exercice de la médecine générale. Merci pout tout ce que tu m'as appris que ce soit en terme de connaissance médicale que de relations humaines.

Merci au Dr Mehran Monchi, Chef de service de réanimation à Melun, de m'avoir permis de découvrir l'univers de la réanimation. Même si je n'ai pas vocation à devenir réanimateur, cette expérience m'a permis d'aborder la médecine sous un nouveau jour et d'être plus serein dans la prise en charge de mes patients. Merci également pour votre culture en littérature médicale et votre esprit critique.

Merci au Dr Virginie Zarrouk, PH en médecine interne à Beaujon, pour tout ce que tu m'as transmis. Ton investissement auprès des patients et ta rigueur dans le raisonnement médical sont une source d'inspiration au quotidien.

Merci à Alban Le Monnier et l'équipe de microbiologie de Saint Joseph de m'avoir accueilli dans votre service. Merci pour tout ce que vous m'avez appris, ce fut un réel plaisir de travailler au sein d'une équipe aussi dynamique et motivée.

Merci au Pr Frédérique Noël, vous êtes, avec le Pr Alain Lorenzo, le 2ème médecin généraliste du département de médecin générale à Paris Descartes qui m'a le plus marqué durant mon parcours. Ce fut un plaisir d'apprendre à vos côtés, merci de m'avoir montré un autre visage de cette spécialité.

Merci à mes maîtres pour tout ce que j'ai appris au fil de mon internat.

Merci à mes parents qui m'ont accompagné et soutenu tout au long de cette aventure et bien avant.

Merci à ma sœur, pour sa présence au fil de ces années. Un soutien discret mais pourtant primordial. Je te souhaite tous mes vœux de réussite dans ta carrière qui ne fait que débuter.

Merci à ma grand-mère, probablement à l'origine de mon projet professionnel. La maladie t'a emportée trop tôt. Désolé que tu n'ai pas pu être présente jusqu'au bout.

Merci à mon grand-père, parti de rien tu as quitté ton pays pour construire une nouvelle vie ici. Je n'en serais pas là aujourd'hui sans ton courage et ta persévérance.

Merci à ma cousine, là au commencement et tout du long de ma vie et de mon parcours. Seule oreille médicale de la famille, merci de m'avoir transmis une autre vision de cet univers qui m'entoure.

Merci à ma famille, pour sa patience et sa compréhension au fil de ces années.

Merci aux Fox pour ces 4 merveilleuses années de colocation. Une expérience inoubliable de solidarité et de partage.

Merci à Cécilia, tu sais à quel point tu m'es chère. Baroudeuse hors pair, à très vite pour notre prochaine aventure.

Merci à Lucie, pour ton oreille attentive, les débats passionnés et cette incroyable ouverture sur le monde.

Merci à Nayeon, d'avoir été là durant toute cette aventure. Nous avons fait nos premiers pas ensemble dans cet univers et nous avons su garder contact malgré les aléas de la vie.

Merci à Anne-Gaëlle et Alix, co-internes de choc devenus des amis. Merci de votre authenticité, ne changez pas.

Merci à Giorgia et Amandine pour ce semestre incroyable et tout le reste. La famiglia…

Merci à Lou, May et Meryl, trio de choc, pour toutes ces heures passées à la bibliothèque. Ces années sont loin derrière mais notre amitié, elle, est toujours bien présente.

Merci à mes amis de fac Jeanne, Arthur, Marion, Guillaume, Amélie, Géraldine, Elodie et Laurence pour toutes ces années de joie et de partage.

Merci à Johann d'avoir été là dans les instants les plus sombres de mon internat, ton soutien m'a été précieux.

Merci au SRP-IMG pour toutes ces années de travail en équipe, une expérience des plus enrichissantes qui m'a été d'un grand secours dans les moments difficiles.

Merci à Vincent, de ton aide et de ton soutien dans ces dernières étapes cruciales de mon parcours. Pour ta présence au quotidien. Tu sais faire ressortir ce que les gens ont de meilleur en eux et on ne peut qu'aspirer à devenir meilleur à ton contact. Merci pour ces 2 années de bonheur.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 2

TABLE DES MATIERES 5

ABREVIATIONS 6

INTRODUCTION 7
1) Diversité des problèmes hématologiques en soins primaires 7
2) Epidémiologie des hémopathies en France 11
3) Nouvelles thérapeutiques en hématologie 15
4) Motifs d'adressage des patients à l'hôpital 18

OBJECTIFS DE LA THESE 20

MATERIEL ET METHODES 21
1) Sélection de l'échantillon 21
2) Méthode de recueil de données 21
3) Analyse statistique 22

RESULTATS 23
1) Diffusion du questionnaire / inclusions 23
2) Population de l'étude 25
3) Place de l'hématologie en soins primaires 29
4) Attentes en terme de formation 42

DISCUSSION 47
1) Tranches d'âge représentées 47
2) Déterminants du sentiments de compétence en hématologie 48
3) Les principales hémopathies rencontrées 48
4) Les avis spécialisés en hématologie 49
5) Les formations : accessibilité, thématiques et modalités proposées 51
6) Amélioration des relations interprofessionnelles 52
7) Pistes d'outils pour l'amélioration de la coordination des soins 52
8) Biais de la thèse 53

CONCLUSION 56

BIBLIOGRAPHIE 57

ANNEXES 59

ABREVIATIONS

ALD : Affection longue durée
CDOM : Conseil départemental de l'ordre des médecins
CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins
CRH : Comptes rendus d'hospitalisation
DPC : développement professionnel continu
EPP : Electrophorèse des protéines plasmatiques
FMC : Formation médicale continue
HAD : Hospitalisation à domicile
INCa : Institut national du cancer
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
InVS : Institut de veille sanitaire
LAL : Leucémie aiguë lymphoïde
LAM : Leucémie aiguë myéloïde
LH : Lymphome Hodgkinien
LLC : Leucémie lymphoïde chronique
LMC : Leucémie myéloïde chronique
LNH : Lymphome non Hodgkinien
MG : Médecin généraliste
MM : Myélome multiple
MOOC : Massive open online course
OMS : Organisation mondiale de la santé
PEC : Prise en charge
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PTI : Purpura thrombopénique immunologique
PV : Polyglobulie de Vaquez
RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire
SC : Sous-cutané
SMD : Syndrome myélodysplasique
SMP : Syndrome myéloprolifératif
TE : Thrombocytémie essentielle

INTRODUCTION

1) Diversité des problèmes hématologiques en soins primaires

Les connaissances en hématologie ont beaucoup évolué depuis la 1ère classification des hémopathies dans le début des années 1970 pour aboutir à une classification internationale publiée en 2000 (1) sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette classification a été révisée en 2008 (2).

La liste des hémopathies rencontrées en médecine générale est longue. On peut distinguer les hémopathies malignes des autres anomalies hématologiques qui comprennent par exemple :

- Les cytopénies secondaires à des carences vitaminiques ou martiale
- Les agranulocytoses médicamenteuses
- Les hyperleucocytoses, secondaires à une infection (bactérienne, virale, parasitaire, fungique) ou secondaires à un phénomène auto-immun ou immuno-allergique
- Les aplasies médullaires
- Les hémoglobinopathies congénitales : drépanocytose, thalassémie
- Les déficits immunitaires congénitaux
- Les troubles de l'hémostase, innés ou acquis : thrombophilie, hémophilie

Les hémopathies malignes ont vu leur classification se complexifier grâce aux apports de la cytogénétique, de la biologie moléculaire et de la cytométrie en flux.
Toutes ces nouvelles données ont permis de définir de nouvelles entités en hématologie et d'affiner leur pronostic.

Les hémopathies malignes sont regroupées schématiquement en hémopathies myéloïdes et lymphoïdes bien que des formes frontières existent.

Parmi les hémopathies du tissu myéloïdes on distingue :

- Les syndromes myéloprolifératifs (SMP) : secondaires à la prolifération d'une ou plusieurs lignées sans blocage de maturation (polyglobulie de Vaquez (PV), thrombocytémie essentielle (TE), leucémie myéloïde chronique (LMC), etc).
- Les syndromes myélodysplasiques (SMD) : affection clonale caractérisée par une hématopoïèse inefficace (augmentation de la prolifération avec anomalies de différenciation et avortement intra-médullaire) responsables de cytopénies.
- Les leucémies aiguë myéloïdes (LAM) : prolifération clonale des précurseurs myéloïdes anormaux (avec un blocage complet de différenciation accompagné d'une augmentation de la prolifération cellulaire).

Parmi les hémopathies du tissu lymphoïde on distingue les proliférations développées à partir de cellules lymphoïdes B de celles développées à partir de cellules T ou NK.

Suivant le degré de maturation de ces cellules on peut avoir :

- Leucémie aiguë lymphoïde (LAL)
- Leucémie lymphoïde chronique (LLC)
- Lymphomes Hodgkinien et non Hodgkinien (LH et LNH)
- Myélome multiple (MM)

Il est souvent très compliqué pour un médecin non-hématologue de s'y retrouver parmi toutes ces pathologies d'autant plus que la symptomatologie de ces hémopathies est souvent variée pour une même maladie et que les tableaux se recoupent sans spécificité.

Les manifestations cliniques des hémopathies découlent des cytopénies ou au contraire des proliférations cellulaires induites par ces maladies mais d'autres manifestations peuvent parfois être au premier plan.

Par exemple, pour les hémopathies lymphoïdes peuvent être observés :

- Une hypertrophie des organes lymphoïdes : adénopathies, hépato-splénomégalie.
- Un pic monoclonal ou une hypogammaglobulinémie à l'électrophorèse des protéines plasmatiques (EPP)

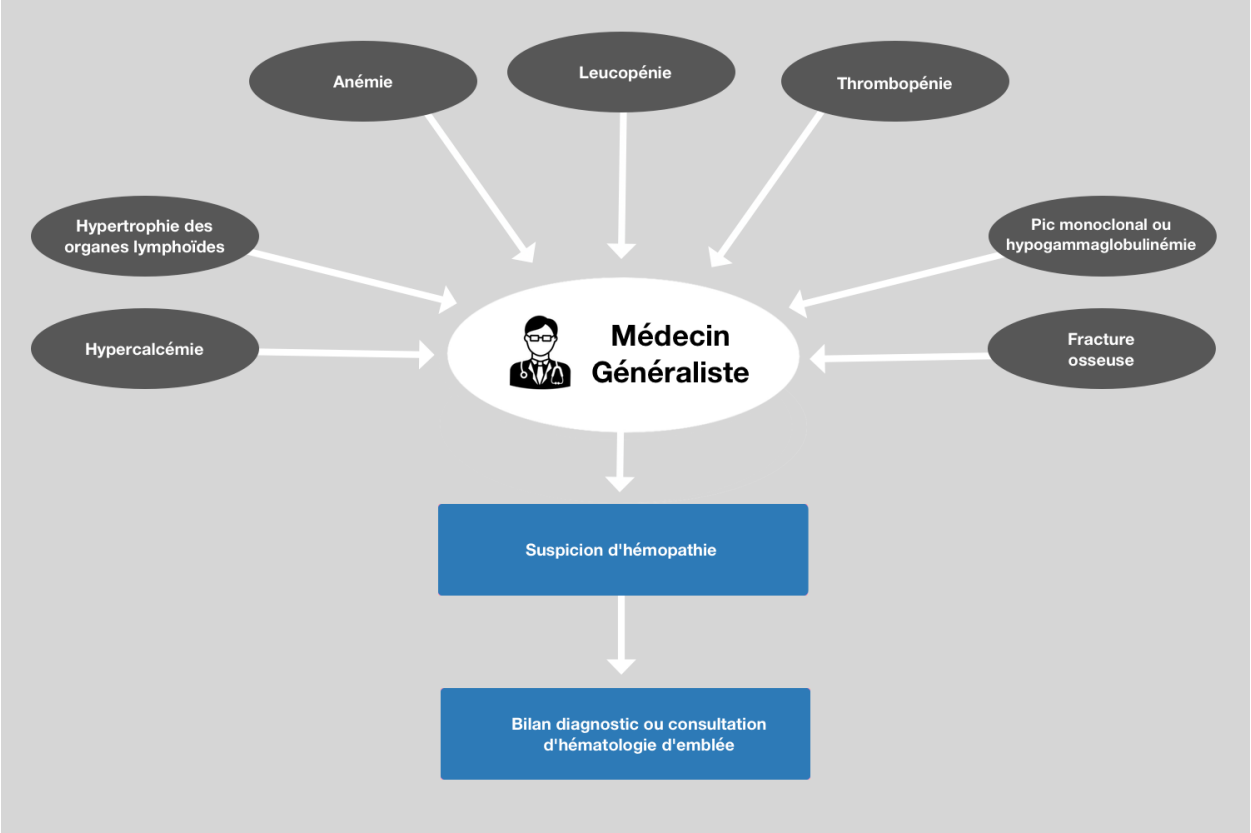
Dans le cas particulier du myélome, le diagnostic peut aussi être évoqué devant :

- Des tassements vertébraux ou autres fractures pathologiques
- Une hypercalcémie

Le médecin généraliste est souvent le premier maillon dans la chaîne de soin de ces patients. Mais il est parfois difficile, devant une anomalie sur un bilan biologique, de différencier un début d'hémopathie maligne nécessitant une prise en charge spécialisée d'une anomalie bénigne ou non significative relevant uniquement d'une surveillance simple.

La réactivité du médecin généraliste dans ces situations est essentielle puisque pour la plupart des hémopathies maligne le pronostic dépendra de la rapidité d'initiation du traitement.

Figure 1 – Médecin de premier recours



2) Epidémiologie des hémopathies en France

L'incidence et la mortalité des cancers sont suivies par le biais de registres. Il y a 14 registres généraux en France métropolitaine couvrant 19 départements. Il existe en plus des registres spécialisés pour certaines localisations cancéreuses. En ce qui concerne les hémopathies malignes il y a 3 registres tenus en Côte-d'Or, Gironde et Basse-Normandie (3).

Certaines études épidémiologiques recoupent les données de ces registres avec les demandes d'Affections Longue Durée (ALD) et les données des registres PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) (4), ces maladies relevant systématiquement d'une prise en charge spécialisée en milieu hospitalier en collaboration avec le médecin généraliste.

L'incidence hémopathies non malignes (anémies, etc) ne relevant ni d'une ALD, ni d'une prise en charge hospitalière (donc pas dans les registres PMSI) sont plus difficiles à suivre.

Une étude épidémiologique collaborative du réseau FRANCIM (France Cancer Incidence et Mortalité), du service de biostatistique des Hospices civils de Lyon, de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et de l'Institut national du cancer (INCa) publiée en 2013 s'intéresse à l'évolution l'incidence des cancers en France en 1980 et 2012 (5).

Pour ce qui est des hémopathies malignes, le nombre de nouveaux cas en France métropolitaine en 2012 est estimé à 35 000 (19400 chez l'homme et 15600 chez la femme). Plus de deux tiers des cas sont des hémopathies lymphoïdes.
De façon générale les hémopathies malignes sont plus fréquentes chez l'homme avec sexe ratio qui varie de 1,1 pour les LAM à 4,0 pour le lymphome du manteau.

Sur les 15 hémopathies analysées dans l'étude, la médiane d'âge au diagnostic est inférieure à 60 ans pour 3 d'entre elles (LH, lymphome lymphoblastique à cellules précurseurs (B, T ou SAI) et LAM promyélocytaire). Pour toutes les autres localisations, l'âge médian au diagnostic s'échelonne de 62 à 78 ans chez l'homme et de 64 à 81 ans chez la femme, respectivement pour la LMC et les SMD.

Les quatre hémopathies malignes les plus fréquentes en 2012 sont :

- le MM / plasmocytome (4 888 nouveaux cas)
- la LLC / lymphome lymphocytique (4 464)
- le lymphome diffus à grandes cellules B (4 096)
- les SMD (4 059)

Ces 4 maladies représentent 50 % de la totalité des nouveaux cas d'hémopathie maligne.

Sur la période de 1980 à 2012 une augmentation de l'incidence de 1 à 2 % par an a été observée pour le MM/plasmocytome, les LAM et la LLC/lymphome lymphocytique.

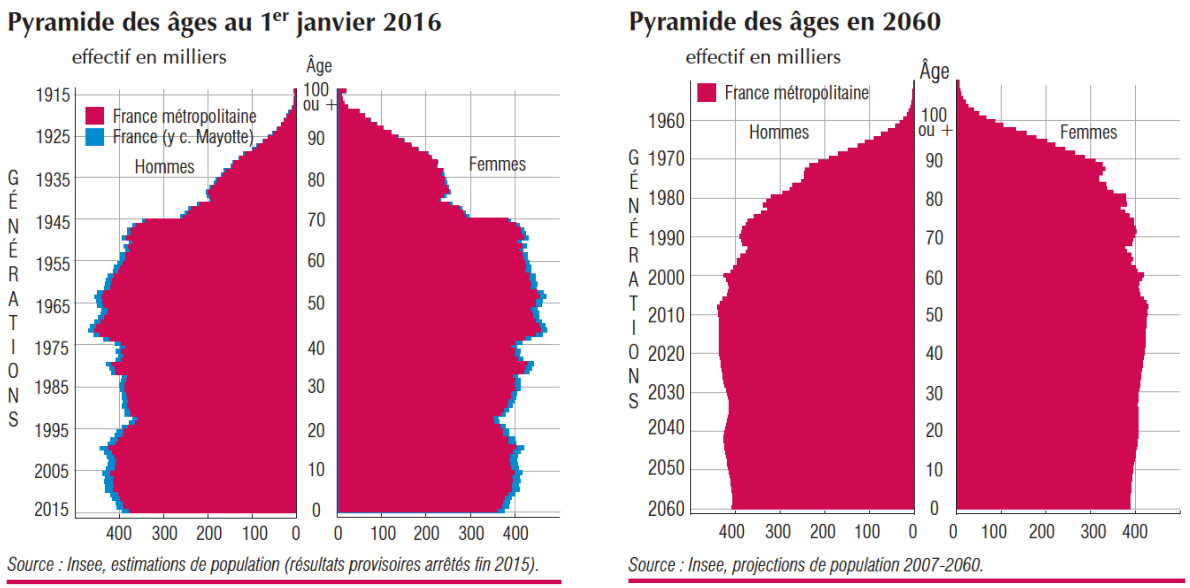
Pour ces trois pathologies, 30 à 50 % de la hausse observée est due aux modifications démographiques intervenues entre 1980 et 2012, c'est-à-dire à l'augmentation et au

vieillissement de la population tandis que 50 à 70 % sont dus à une augmentation du risque de ces maladies dont les causes sont à étudier.

La même augmentation a été observée sur une période d'observation plus courte pour le lymphome diffus à grandes cellules B (entre 1995 et 2012) et les SMD (entre 2003 et 2012).

Selon les dernières données de l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) (6) la tendance au vieillissement de la population française va se poursuivre dans les années à venir avec une proportion du personnes âgées de plus de 75 ans qui devrait passer de 9,3% actuellement à 16,2% d'ici 2060. Un tiers de la population française sera âgée de plus de 60 ans en 2060.

Figure 2 – Pyramides des âges de la population française en 2016 et 2060



Ce vieillissement de la population devrait être associée à une augmentation de l'incidence de ces hémopathies et devrait renforcer la place du médecin généraliste en tant que premier maillon de la chaine des soins.

3) Nouvelles thérapeutiques en hématologie

Le développement des techniques biologiques a permis au cours des dernières années de préciser et redéfinir les hémopathies et leur traitement. De nouvelles thérapies ont vu le jour et la prise en charge des patients d'hématologie est de plus en plus en ambulatoire (hôpitaux de jour et hôpitaux de semaine).

Certains réseaux comme HEMALIM (Hématologie du Limousin) tendent à développer l'administration des chimiothérapies sous-cutanées au domicile en s'appuyant sur les réseaux d'Hospitalisation à domicile (HAD) (7) par le truchement du dispositif ESCADHEM (dispositif d'Externalisation et de Sécurisation de Chimiothérapie Injectable A Domicile pour les Hémopathies Malignes). Les chimiothérapies administrées par HEMALIM dans le cadre de ce dispositif sont le bortézomib, l'azacitidine et l'alemtuzumab. Ce sont au total 6773 séances de chimiothérapies à domicile qui ont pu avoir lieu entre 2009 et 2013 sur l'ensemble des HAD du Limousin.
Pour le seul cas du bortézomib, entre janvier 2009 et décembre 2011 ce sont 1292 injections ont été réalisée dont 900 (70%) en HAD et 392 (30%) en HDJ (8).

Le déplacement de la prise en charge des chimiothérapies sous-cutanées vers la ville associé au développement des chimiothérapies per os (telles que le lénalidomide, le pomalidomide, les inhibiteurs de tyrosine kinase…) expose de plus en plus les médecins généralistes à la prise en charge de leurs effets indésirables.

Il apparait primordial d'améliorer la coopération entre hématologues et médecins généralistes (MG) et de sensibiliser les MG à ces nouvelles thérapeutiques ainsi qu'à leurs effets indésirables.

Le premier plan cancer de 2003-2007 (9) insistait déjà sur l'importance de renforcer le réseau ville hôpital et permettre aux médecins généralistes qui prennent en charge les patients en intercure d'exercer au mieux leurs fonctions.

Le dernier plan cancer 2014-2019 (10) insiste sur l'importance de développer les possibilités de prises en charges ambulatoire et de sécuriser l'utilisation des chimiothérapies orales.
L'objectif annoncé est de limiter l'impact sur la qualité de vie des patients et de garder au maximum une intégration sociale.

Une enquête de satisfaction du protocole ESCADHEM a montré un plébiscite de ce mode de prise en charge par les 61 patients ayant répondu au questionnaire. Les principaux points positifs avancés sont :

- l'absence de trajet et l'absence d'attente
- un environnement habituel qui leur permet de continuer à réaliser leurs actes de la vie quotidienne
- la poursuite des activités qui permet à certaines personnes de continuer une activité professionnelle durant leur chimiothérapie
- la proximité avec les soignants et l'implication du médecin avec la mise à disposition de médecins joignables 24h/24 en cas d'événement inattendu, ce qui leur donne un sentiment de sécurité

D'autres patients ont au contraire l'impression que l'HAD est une alternative de moindre qualité avec de moins bonnes conditions de sécurité et de confidentialité et un sentiment de distance par rapport à leur hématologue référent.

4) Motifs d'adressage des patients à l'hôpital

Il existe une volonté forte de la part du corps médical d'améliorer la qualité de vie des patients notamment en diminuant les durées de séjour et en limitant les aller-retour à l'hôpital pour les traitements.

Le dernier plan cancer 2014-2019 inscrit d'ailleurs dans ses objectifs principaux de diminuer au maximum le retentissement de la maladie sur la vie personnelle notamment en maintenant au mieux les personnes intégrer dans leur travail. Un des axes de travail est l'amélioration de la coordination ville-hôpital et les échanges d'information entre les professionnels.

Une revue de la littérature sur les déterminant à la bonne collaboration interprofessionnelle en soins primaires (11) a relevé plusieurs points ayant une influence positive :

- Un rôle clairement défini pour chacun des acteurs de la prise en charge du patient
- Avoir un retour sur la prise en charge du patient
- Une communication directe de type « en face à face » entre les différents acteurs
- La reconnaissance de son utilité dans la prise en charge du patient

Des travaux se sont déjà intéressés aux raisons pour lesquels les médecins généralistes adressent des patients aux urgences (12), aux motifs de consultation en urgence en médecine générale (13) ou encore aux déterminants de l'orientation des patients par leur médecin généraliste vers le secteur privé ou public (14) mais

aucune étude à ce jour ne s'est intéressée aux problèmes hématologiques rencontrés en pratique courante en médecine générale.

OBJECTIFS DE LA THESE

L'objectif principal de ce travail est de déterminer la nature et la fréquence des anomalies hématologiques rencontrées en soins primaires.

Les objectifs secondaires de cette thèse sont :

- évaluer le niveau de connaissance des médecins généraliste en hématologie
- évaluer leurs besoins ressentis en avis hématologiques
- identifier les obstacles à la bonne coordination des soins de ces patients
- faire émerger des axes d'améliorations simples pour surmonter ces obstacles à la création d'une bonne relation ville-hôpital
- identifier les attentes des médecins généralistes envers les services d'hématologie notamment en terme de formation

MATERIEL ET METHODES

1) Sélection de l'échantillon

Le recueil s'est déroulé du 13 juin au 31 juillet 2016 inclus dans toutes les régions de France métropolitaine.

Le critère d'inclusion était : MG en activité en France métropolitaine.

Les critères d'exclusions étaient : MG exerçant dans les départements d'outre mer du fait des spécificités d'accès à un service d'hématologie dans ces départements, médecin d'une autre spécialité que médecine générale, médecin exerçant dans un cabinet non informatisé.

2) Méthode de recueil de données

Le questionnaire a été diffusé par mail à partir du 13 juin 2016 et les réponses ont été recueillies jusqu'au 31 juillet 2016 inclus. Une relance des CDOM n'ayant pas répondu au 1er mail a été faite le 9 juillet 2016.

Le recueil de données a été réalisé grâce à un formulaire en ligne anonyme via le site Google Forms®.

Les questions étaient en majorité fermées pour uniformiser les réponses et quelques questions ouvertes permettaient aux MG interrogés d'ajouter des commentaires ou des remarques sur certains thèmes.

Le questionnaire a été diffusé par mail dans un premier temps à tous les Conseils Départementaux de l'Ordre de Médecins (CDOM) de France métropolitaine qui l'ont ensuite envoyé aux MG de leur réseau.

Une fois le questionnaire rempli et validé par les participants, les données étaient automatiquement transférés dans un tableau Excel®

A noter pour les résultats :

Pour les questions demandant une évaluation ordinale de 1 à 5, 1 représentait toujours la réponse la plus négative et 5 la plus positive.

Pour la question sur le délai avant une consultation d'hématologie, les réponses comprenaient à la fois les délais pour les consultations urgentes et non urgentes. Une consultation dans la semaine a été considéré comme une consultation en urgence et n'ont été pris en compte dans les calculs que les délais supérieurs à 8 jours.

3) Analyse statistique

L'analyse des données a été faite à partir du logiciel Excel® et BioStatGV®.

Les tests statistiques du $\chi 2$ (Chi-2), de Ficher et de Kruskal-Wallis ont été utilisés dans cette étude.

RESULTATS

1) Diffusion du questionnaire / inclusions

Des réponses ont été enregistrées en provenance de 35 départements.

Aucune réponse n'a été enregistrée pour 6 départements dont les CDOM avaient accepté de diffuser le questionnaire.

Les moyens de diffusions utilisés par les CDOM étaient :

- Mail dédié (84,4%)
- Annonce sur leur site internet (15,6%)

Figure 3 – Flowchart

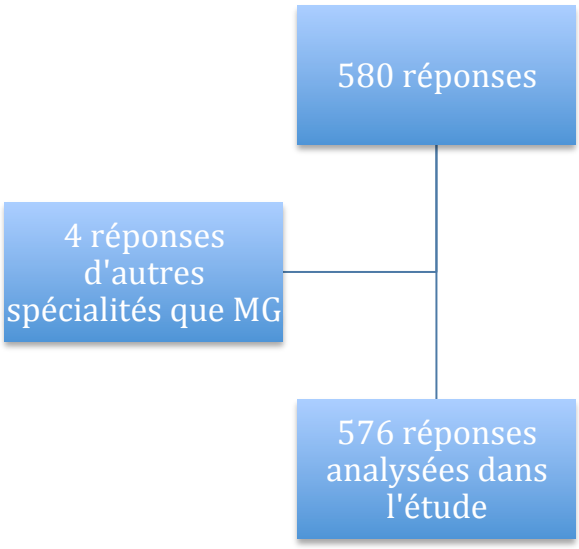
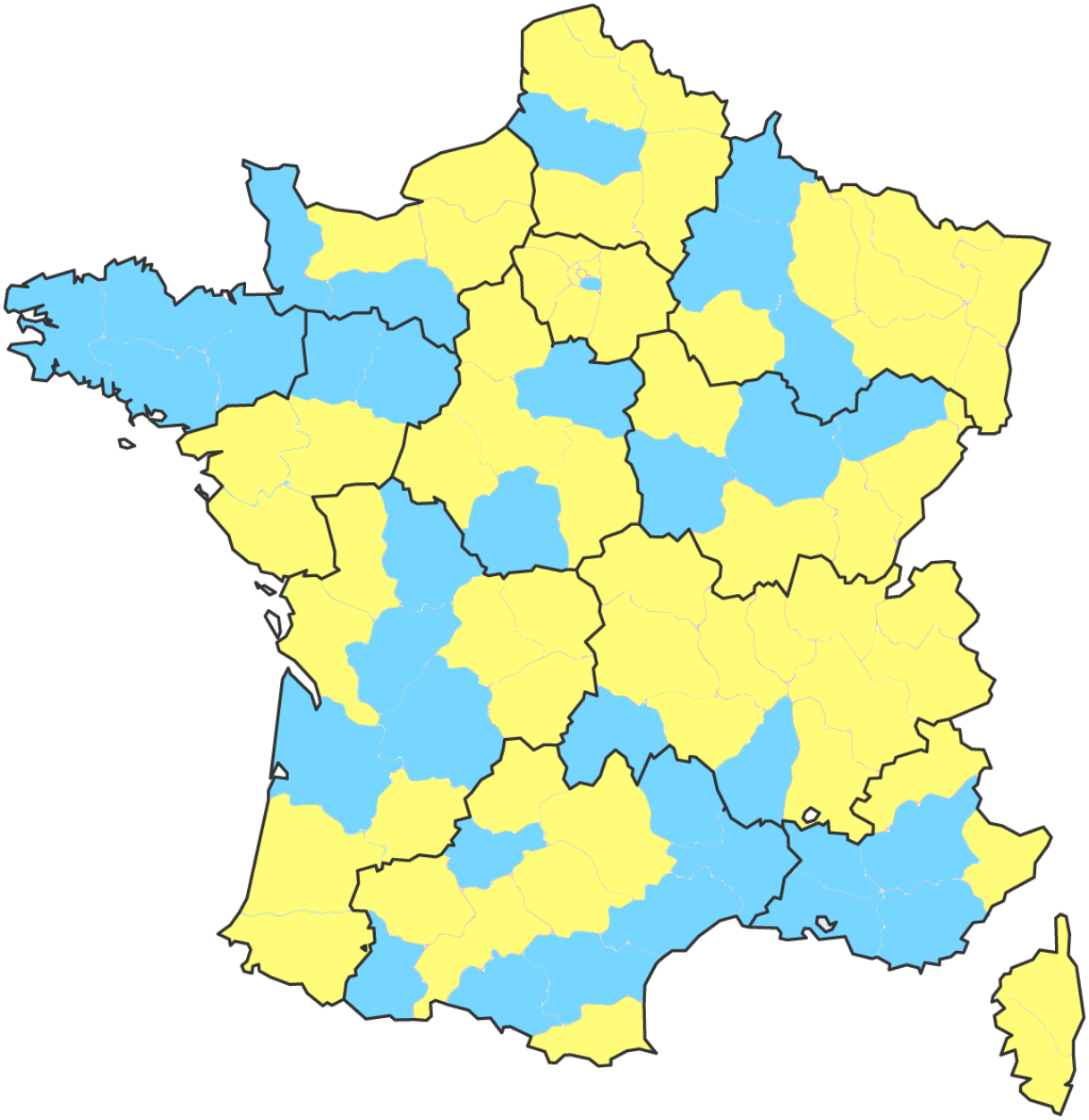


Figure 4 – Origine des MG ayant répondu au questionnaire



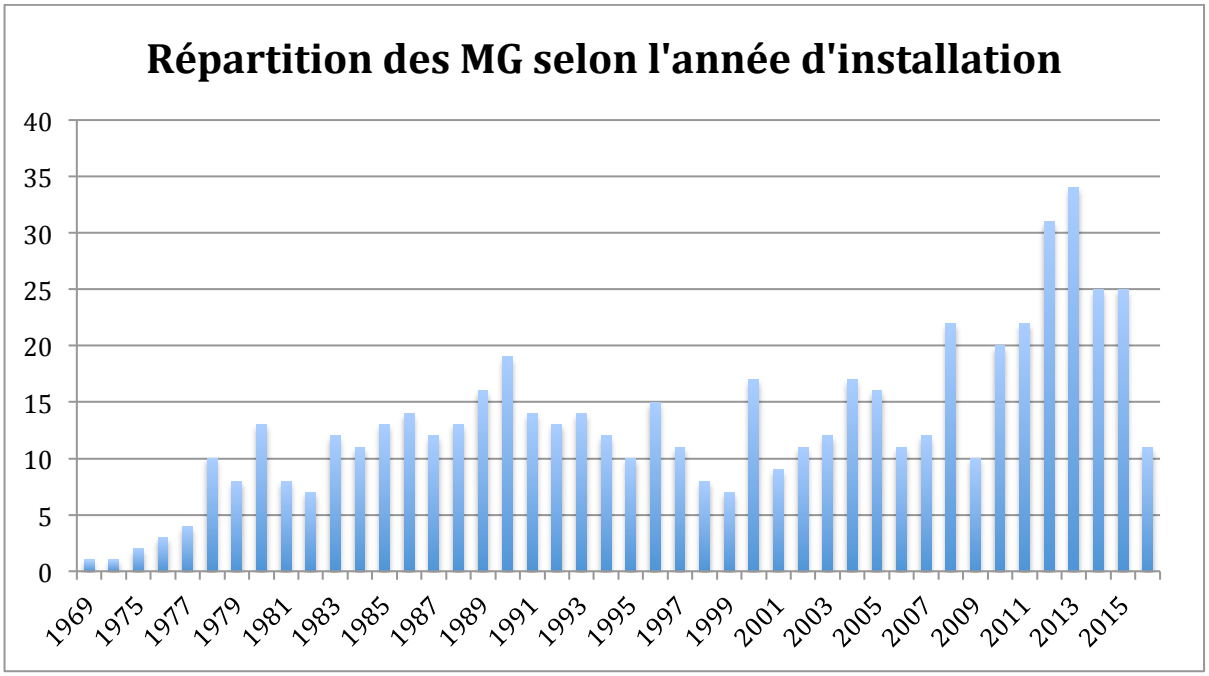
- **En bleu** : les départements pour lesquels des réponses ont été enregistrées
- **En jaune** : les départements pour lesquels aucune réponse n'a été enregistrée

2) Population de l'étude

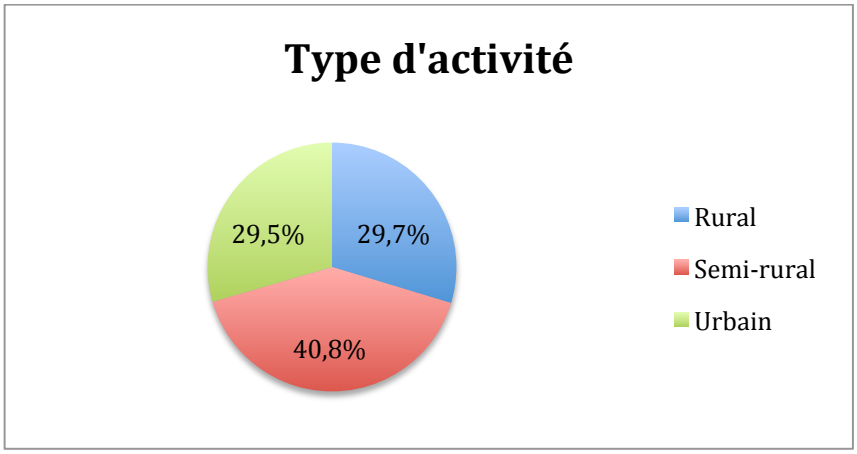
Parmi les départements ayant répondu, le nombre moyen de réponses par département est de 16,3 (1 - 102) avec une médiane de 11 [3 – 22,5] réponses.

Si on ne regarde que les réponses obtenues par la diffusion du questionnaire par mail : le nombre moyen de réponses par département est de 20,2 (1 -102) avec une médiane de 13 [10 – 28] réponses.

La durée d'exercice depuis la première installation est d'en moyenne 16,7 années (0 - 47) avec une médiane à 15,5 [5 – 27] années. 75% des MG sont installés depuis au moins 5 ans et 90% des MG depuis au moins 2 ans.



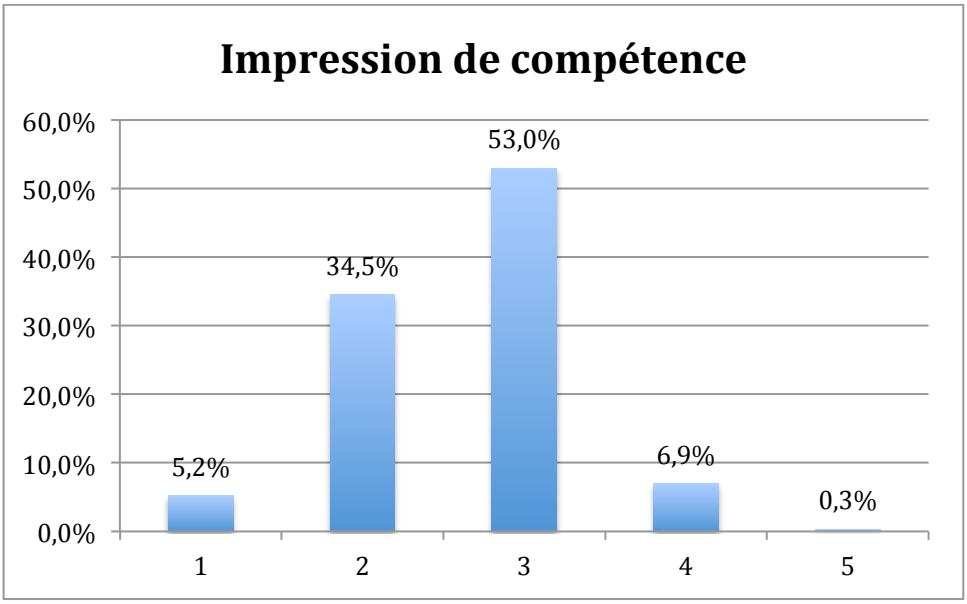
Le type d'activité est à 29,7% rurale, 40,8% semi-rurale et 29,5% urbaine.



Seuls 7,2% des MG s'estiment compétents en hématologie : 6,9% plutôt compétents et 0,3% très compétents

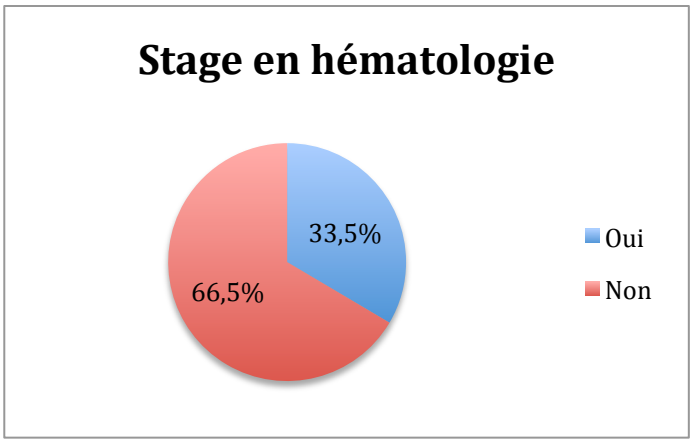
39,7% ne s'estiment pas compétents en hématologie : 34,5% plutôt pas compétents et 5,2% pas du tout compétents

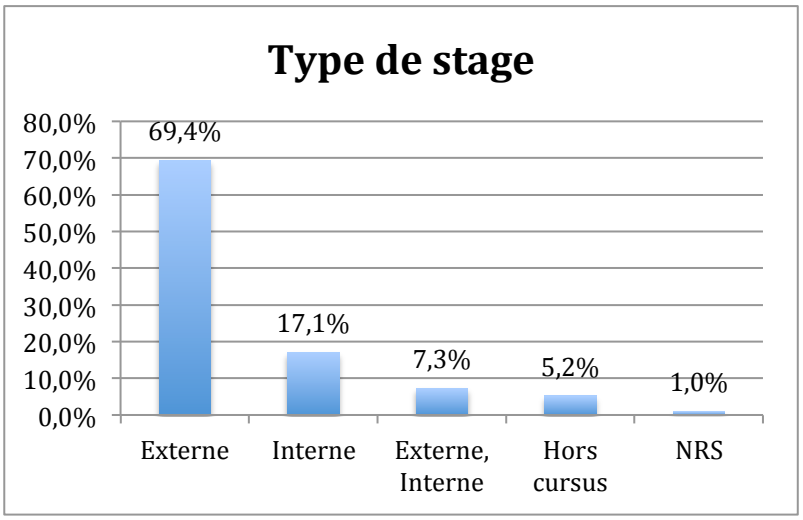
53% restent neutres



33,5% des MG ont fait un stage en hématologie au cours de leurs études :

- 93,8% dans le cadre de leur cursus :
    - 69,4% en tant qu'externe
    - 17,1% en tant qu'interne
    - 7,3% pendant leur externat et leur internat
- 5,2% en dehors de leur cursus
- 1% des répondants ne se sont pas prononcés sur le type de stage effectué.





Parmi les 193 MG qui ont un fait un stage en hématologie, 75,9% ont trouvé ce stage utile pour leur pratique actuelle.

Tableau 1 – Compétence ressentie en hématologie en fonction du mode d'exercice, de l'année d'installation ou du fait d'avoir un stage en hématologie dans sa formation.

	Nombre de médecins	Moyenne de la compétence ressentie	p
Total	576 (100%)	2,63	-
Mode d'exercice			
Rural	171 (29,7%)	2,51	0,02
Semi-rural	235 (40,8%)	2,71	0,038
Urbain	170 (29,5%)	2,63	0,93
Année d'installation			
1969-1985	93 (16,1%)	2,67	0,12
1986-2000	195 (33,9%)	2,59	0,16
2001-2016	288 (50,0%)	2,64	0,57
Stage en hématologie			
Oui	193 (33,5%)	2,92	< 0,01
Non	383 (66,5%)	2,48	-

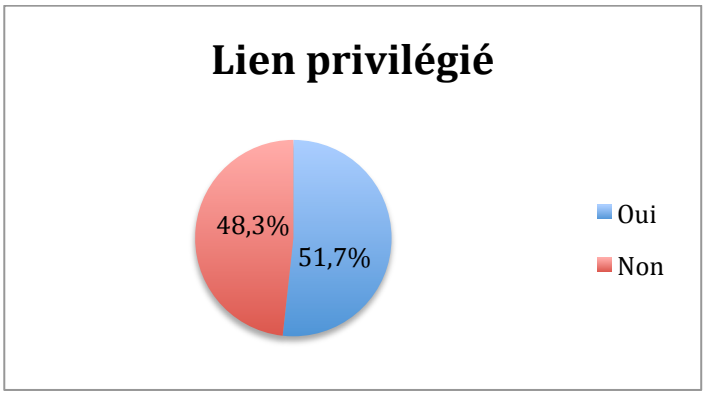
3) Place de l'hématologie en soins primaires

Les principales anomalies hématologiques rencontrées sont :

Hémopathie	Fréquence (par an) au cours de la dernière année			
	< 5 patients	5 à 10 patients	10 à 15 patients	> 15 patients
Thrombopénie	60,4%	29,5%	5,7%	4,3%
Anémie	3,5%	22,9%	29,9%	43,8%
Leucopénie	43,2%	39,2%	10,4%	7,1%
Cytopénies sur plusieurs lignées	80,6%	14,9%	3,3%	1,2%
Hyperleucocytose	11,8%	16,0%	19,4%	52,8%
Thrombocytémie	64,4%	24,8%	8,2%	2,6%
Maladie de Vaquez	94,1%	5,2%	0,5%	0,2%
Gammapathie monoclonale	53,3%	33,3%	11,3%	2,1%
Adénopathie	12,7%	29,3%	25,0%	33,0%
Trouble de l'hémostase	63,7%	24,7%	7,5%	4,2%
Suivi de lymphome	76,4%	19,8%	3,5%	0,3%
Suivi de LLC	76,2%	20,0%	3,6%	0,2%
Suivi de Myélome	86,3%	12,0%	1,6%	0,2%
Autre*	91,3%	6,8%	1,0%	0,9%

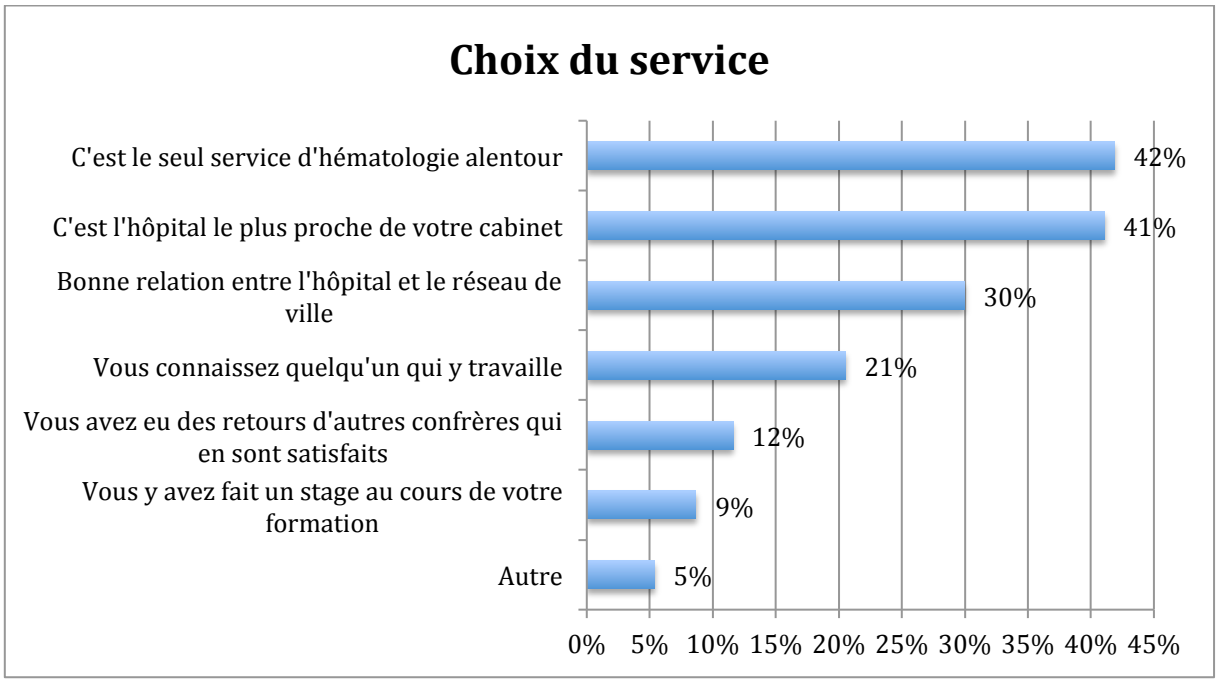
*Autres anomalies hématologiques signalées	Nombre de réponses
Leucémies aiguës	20
Anomalies des globules rouges :	
- Hémoglobinopathie (thalassémie, drépanocytose)	10
- Minkowski-Chauffard	2
- Macrocytose	1
Hyperéosinophilie	7
Monocytose	1
Troubles de l'hémostase :	
- Hémophilie / Maladie de Willebrand	5
- Thrombophilie	3
Anémies secondaires :	
- Maladie de Biermer	2
- Insuffisance rénale	2
Hyperferritinémie	2
Hémochromatose	4
Syndromes myéloprolifératifs :	
- Polyglobulie de Vaquez	4
- Thrombocytémie essentielle	1
- LMC	5
- Splénomégalie myéloïde	1
- Myélofibrose	1
Myélodysplasies	2
Splénomégalie	3
Myélémie	1
PTI et autres purpuras	3
Maladie de Waldenström	3
Anomalie de l'EPP	2
Plasmocytome	1

51,7% des MG déclarent avoir un lien privilégié avec un service d'hématologie en particulier.



A la question comment avez-vous choisi ce service, 370 MG ont répondu et parmi eux :

- 42% parce que c'est le seul service d'hématologie aux alentours
- 41% parce que c'est l'hôpital le plus proche de leur cabinet
- 30% parce que l'hôpital entretien de bonnes relations avec le réseau de ville
- 21% parce que le praticien connaît quelqu'un qui travaille dans le service
- 12% parce qu'ils ont eu de bons retours par des confrères
- 9% parce qu'ils y ont fait un stage au cours de leur formation
- 5% pour une autre raison :
    - Parce que quelqu'un dans l'entourage du praticien a été pris en charge dans le service
    - Parce qu'ils ont des patients déjà suivis dans le service
    - Parce qu'ils arrivent à avoir une réponse rapide si besoin d'un avis par téléphone
    - Parce que le délai pour un rendez-vous est rapide



Il y a donc 42% des MG qui ont choisi le service par défaut parce qu'il s'agit du seul service aux alentours dont seulement 8% disent que le service avait également de bonnes relations avec le réseau de ville.

A noter tout de même que 37% des MG ont choisi le service sur des retours satisfaisants, soit de confrères soit personnels sur une bonne relation en l'hôpital et le réseau de ville.

Le nombre moyen d'avis hématologique est de 5,7 (± 5) au cours de la dernière année avec une médiane de 5 [3 - 10].

47,2% des avis hématologiques sont demandés par téléphone, 44,3% par le biais d'une consultation spécialisée et seulement 8,5% par courrier électronique.

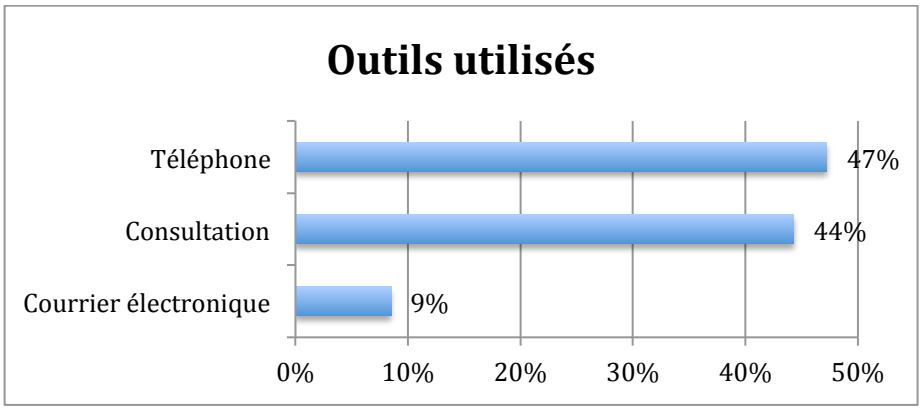


Tableau 2 – Nombre d'avis hématologique pris par an selon le mode d'exercice.

	Nombre de médecins	Moyenne d'avis hématologiques par an	p
Total	576 (100%)	5,74	-
Mode d'exercice			
Rural	171 (29,7%)	6,07	0,85
Semi-rural	235 (40,8%)	5,76	0,66
Urbain	170 (29,5%)	5,38	0,64

En moyenne, les MG ont eu besoin d'adresser 5 fois (± 4) des patients en consultation d'hématologie avec une médiane de 4 [2 - 5] consultations par an.

Le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous est de 37,6 jours (± 30) avec une médiane de 30 [15 - 45] jours.

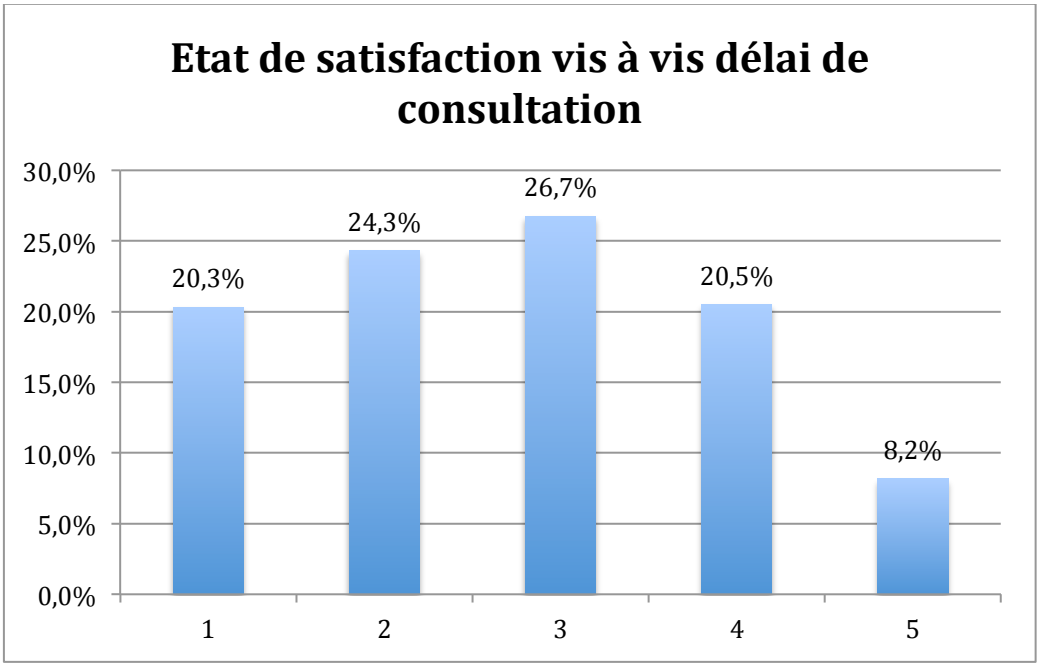
Tableau 3 - Délai moyen pour avoir un rendez-vous en hématologie selon le mode d'exercice, calcul avec les délais supérieurs à 8 jours uniquement.

Mode d'exercice	Nombre de médecins	Délai moyen pour un RDV de consultation (uniquement si > 8j)	p
Total	475 (100%)	37,57	-
Rural	146 (30,7%)	36,47	0.12
Semi-rural	190 (40,0%)	37,09	0.81
Urbain	139 (29,3%)	39,40	0.21

Seulement 28,7% des MG sont satisfaits de ce délai : 20,5% plutôt satisfaits et 8,2% très satisfaits.

44,6% des MG ne sont pas satisfaits : 24,3% plutôt non satisfaits et 20,3% très insatisfaits.

26,7% des MG ne sont ni satisfaits ni insatisfaits.

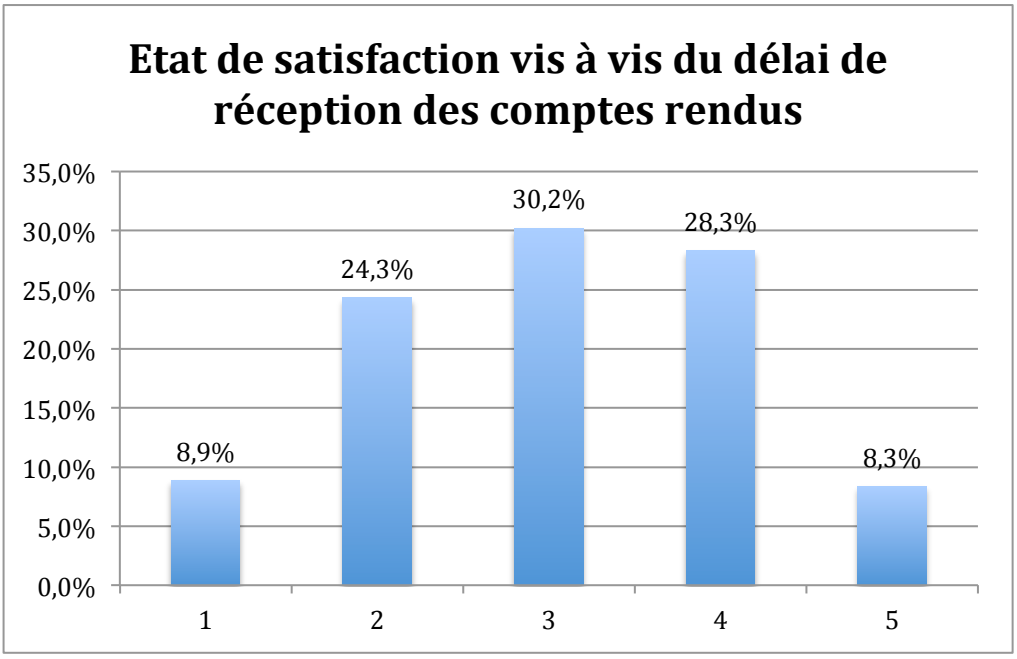


Un compte-rendu de consultation est reçu dans 94,3% des cas, seulement 5,7% des MG déclarent ne pas en recevoir.

36,6% des MG sont satisfaits du délai avant réception de ce compte-rendu : 28,3% plutôt satisfaits et 8,3% très satisfaits.

33,2% des MG ne sont pas satisfaits : 24,3% plutôt non satisfaits et 8,9% très insatisfaits.

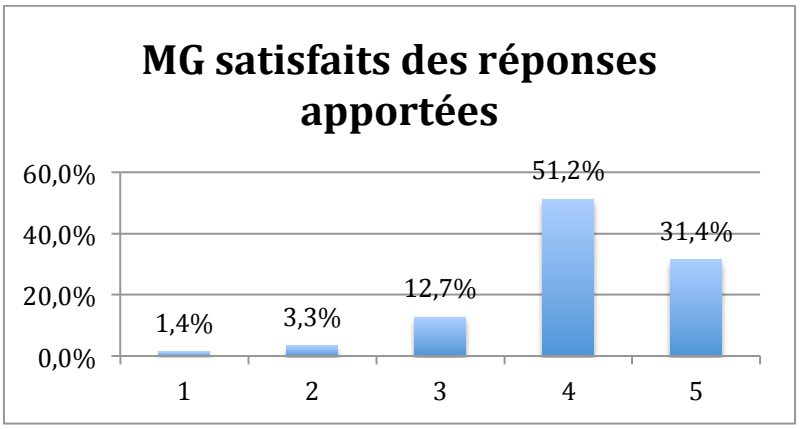
30,2% des MG ne sont ni satisfaits ni insatisfaits.



82,6% des MG sont satisfaits des réponses apportées par la consultation : 51,2% plutôt satisfaits et 31,4% très satisfaits.

4,7% des MG ne sont pas satisfaits : 3,3% plutôt non satisfaits et 1,4% très insatisfaits.

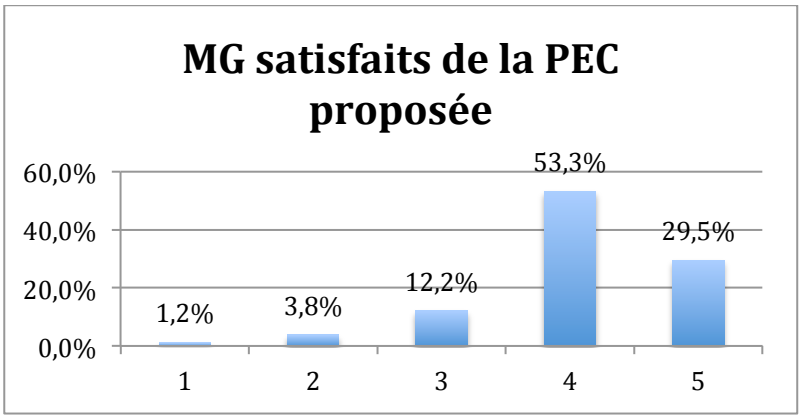
12,7% des MG ne sont ni satisfaits ni insatisfaits.



82,8% des MG sont satisfaits de la prise en charge proposée : 53,3% plutôt satisfaits et 29,5% très satisfaits.

5,0% des MG ne sont pas satisfaits : 3,8% plutôt non satisfaits et 1,2% très insatisfaits.

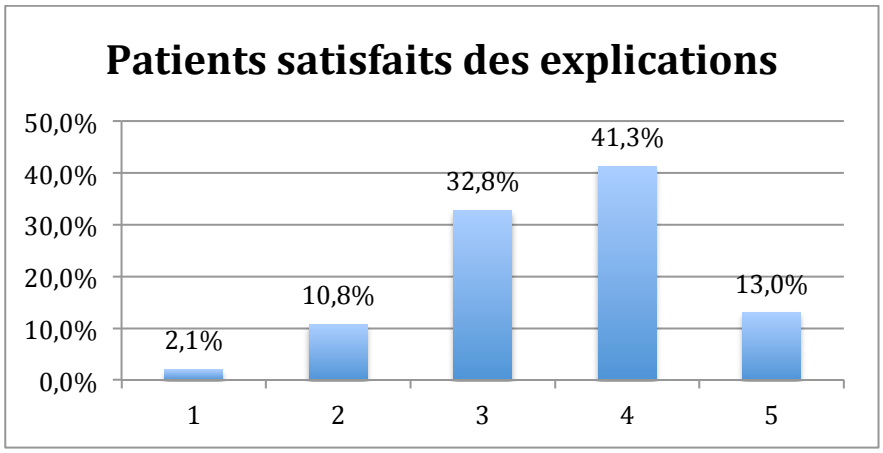
12,2% des MG ne sont ni satisfaits ni insatisfaits.



54,3% des MG ont le sentiment que leurs patients sont satisfaits par les explications apportées par la consultation : 41,3% plutôt satisfaits et 13,0% très satisfaits.

12,8% ne seraient pas satisfaits : 10,8% plutôt non satisfaits et 2,1% très insatisfaits.

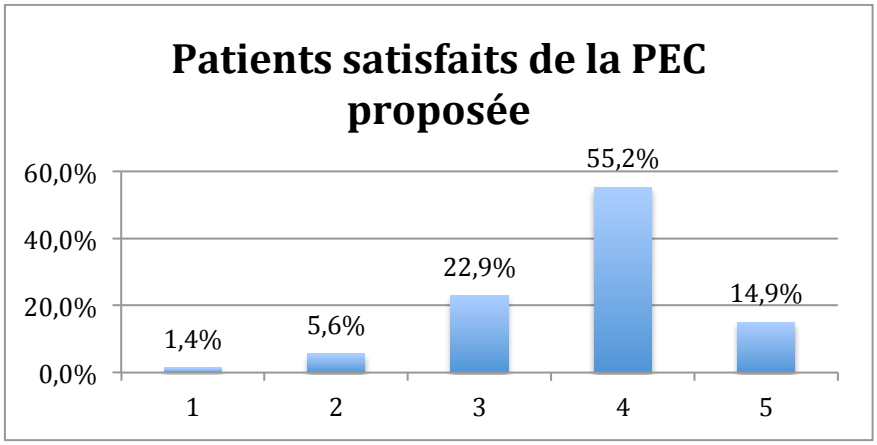
32,8% ne seraient ni satisfaits ni insatisfaits.



70,1% des MG ont le sentiment que leurs patients sont satisfaits par la prise en charge proposée à l'issue de la consultation : 55,2% plutôt satisfaits et 14,9% très satisfaits.

6,9% ne seraient pas satisfaits : 5,6% plutôt non satisfaits et 1,4% très insatisfaits.

22,9% ne seraient ni satisfaits ni insatisfaits.

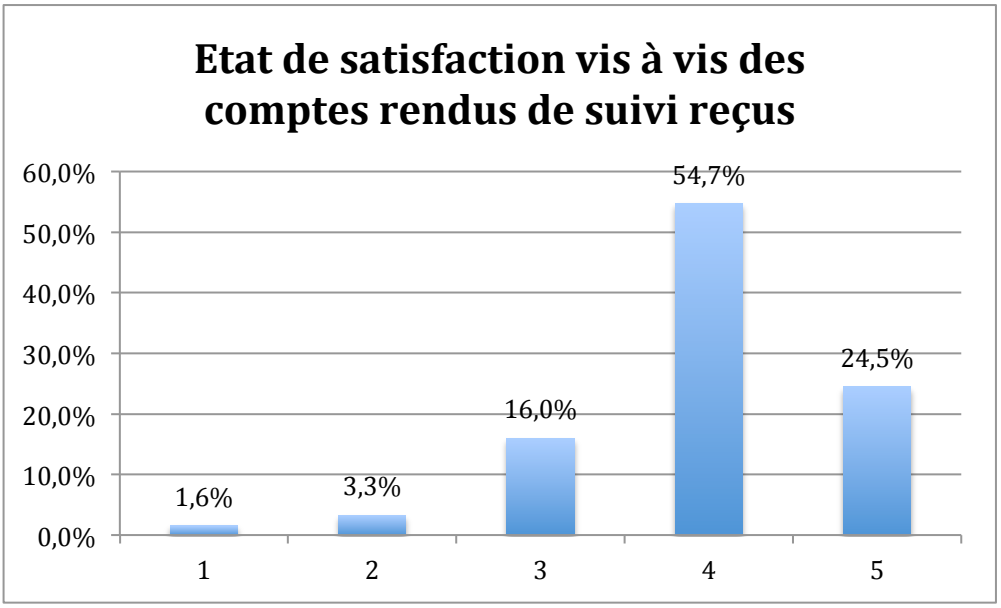


Lorsque les patients sont suivis en hématologie, des comptes rendus tenant les MG à jour du suivi et de la prise en charge de leurs patients sont reçus dans 89,1% des cas. 10,9% des MG déclarent ne pas en recevoir.

79,2% des MG sont satisfaits des comptes rendus reçus : 54,7% plutôt satisfaits et 24,5% très satisfaits.

4,9% des MG ne sont pas satisfaits : 3,3% plutôt non satisfaits et 1,6% très insatisfaits.

16,0% des MG ne sont ni satisfaits ni insatisfaits.



Pour améliorer le fonctionnement entre les services d'hématologie et les MG, les sondés proposent :

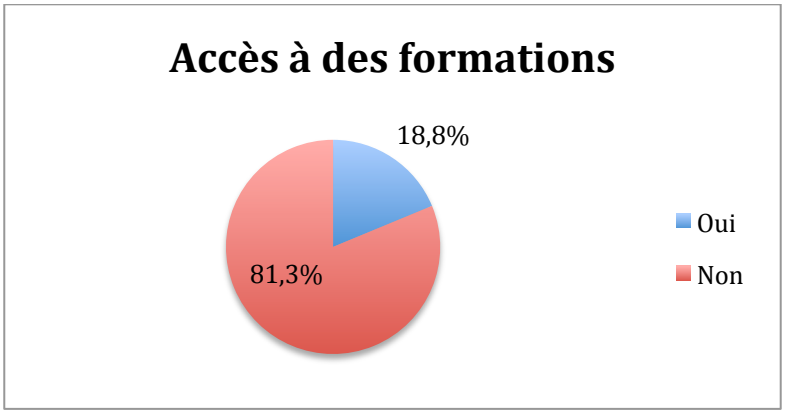
- Concernant les avis et la prise de rendez-vous :
    - Le fait d'avoir un numéro d'avis accessible directement depuis l'extérieur de l'hôpital avec d'excellents retours de médecins généralistes qui ont vu ce dispositif mis en place près de chez eux.
    - L'utilisation de courriers électroniques pour les échanger
    - Un moyen plus pratique et performant pour la prise du premier rendez-vous avec des délais plus courts.

- Concernant les comptes rendus de consultation et de suivi, globalement beaucoup demandent plus de clarté, en particulier :
    - Que le nom du médecin hématologue référent du patient soit indiqué
    - D'éviter au maximum les abréviations et les sigles
    - Que le patient sorte d'hospitalisation avec un pré-CRH ou un courrier indiquant le traitement reçu, les effets indésirables attendus et une conduite à tenir claire en cas de traitement mal toléré. Ceci permettrait, en cas de complication intercurrente, de pouvoir prendre en charge de manière adaptée le patient en attendant le CRH définitif.
    - Une information brève sur les prophylaxies (ex. valaciclovir) et jusque quand les poursuivre ainsi que sur les vaccins à réaliser ou au contraire à éviter
    - Qu'une information adaptée au niveau de compréhension du patient soit délivrée

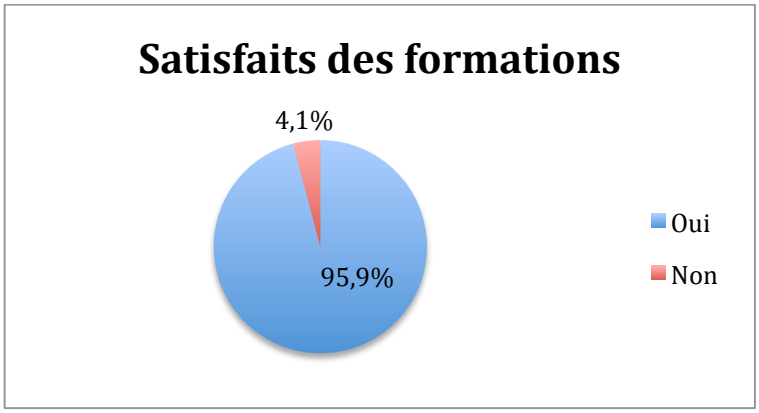
- Concernant les interactions ville-hôpital :
    - Que les attentes des hématologues vis à vis des MG soit précisée pour chaque patient et que les rôles soient clairement définis notamment en ce qui concerne le suivi des résultats biologiques.
    - Que les éléments pronostics et que la balance bénéfice-risque des thérapeutique soit plus détaillée dans les comptes rendus de RCP
    - Les MG demandent à être plus impliqués dans les décisions de poursuite de traitement ou au contraire de limitation des soins pour leurs patients

4) Attentes en terme de formation

18,8% des MG ont accès à des sessions de formation en hématologie organisées près de leur lieu d'exercice.



Parmi eux, 95,9% sont satisfaits de ces formations



Parmi 448 MG à ne pas avoir accès à ce type de formations, 94,9% pensent que celles-ci leur seraient utiles.

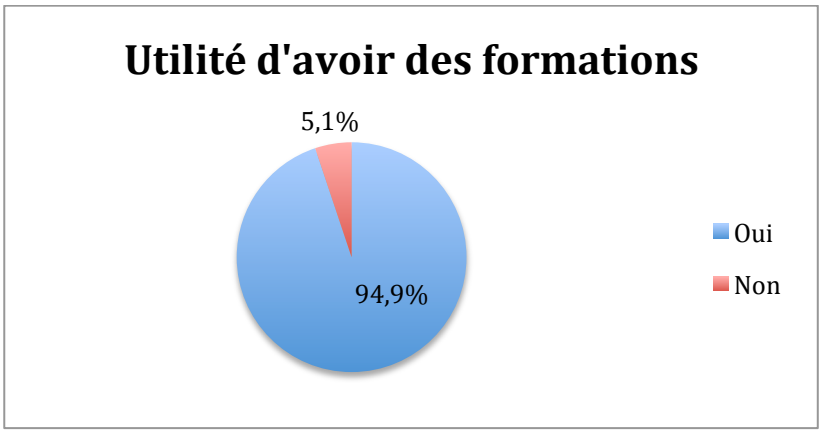
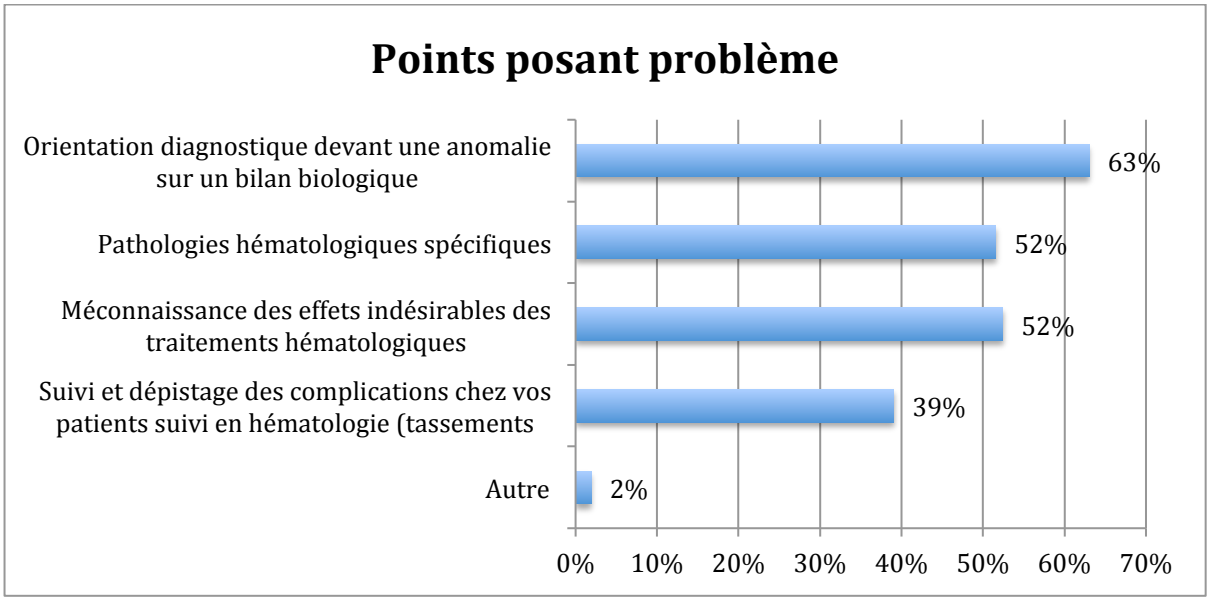


Tableau 4 – Accès à des formations en hématologie selon le mode d'exercice

Mode d'exercice	Accès à des formations en hématologie		Total	p
	Oui	Non		
Rural	24 (14,0%)	147 (86%)	171	0,06
Semi-rural	47 (20,0%)	188 (80,0%)	235	0,58
Urbain	37 (21,8%)	133 (78,2%)	170	0,24
Total	**108 (18,8%)**	**468 (81,3%)**	**576**	**-**

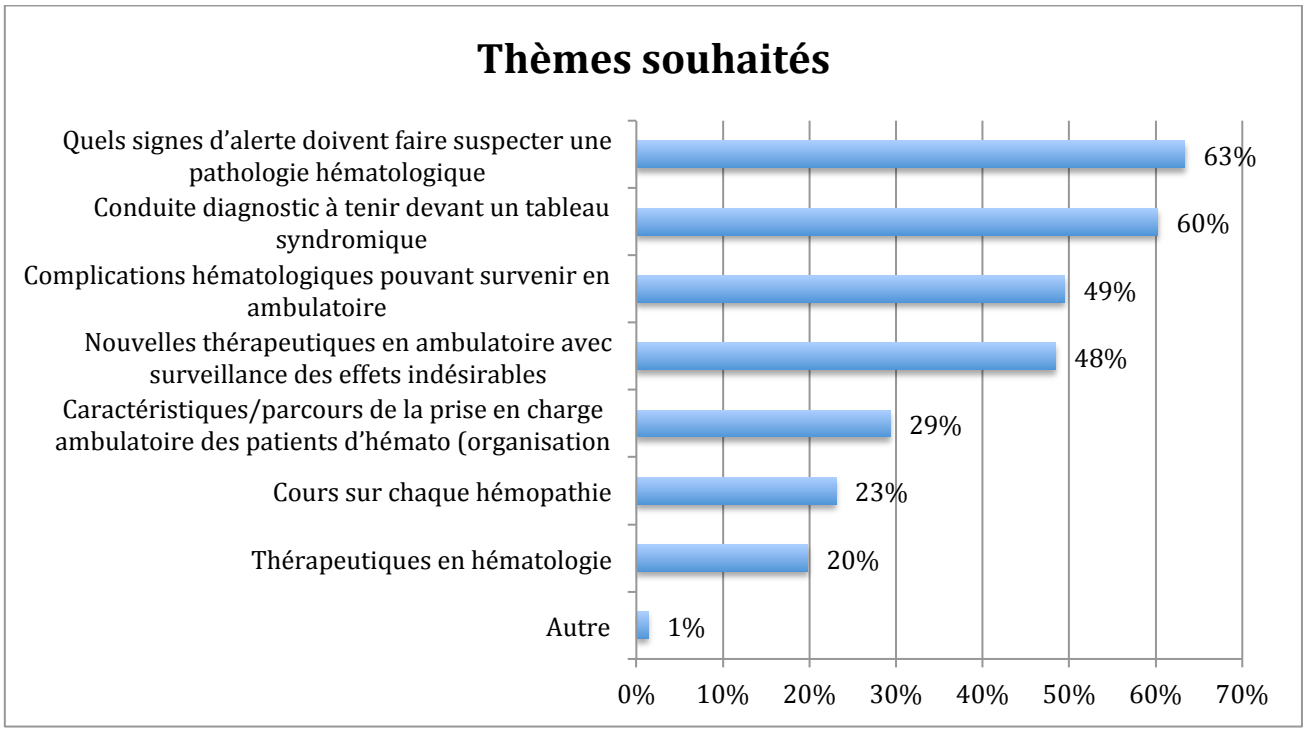
Interrogés sur les points posant problème en consultation dans la pratique courante, les MG répondent :

- Orientation diagnostique devant une anomalie sur un bilan biologique dans 63% des cas
- Pathologies hématologiques spécifiques dans 52% des cas
- Méconnaissance des effets indésirables des traitements hématologiques dans 52% des cas
- Suivi et dépistage des complications chez vos patients suivi en hématologie (tassements vertébraux, complications infectieuses, etc) dans 39% des cas
- Autres problèmes dans 39% des cas :
    - Iatrogénie
    - Le grand âge et la prise en charge en cas d'échec des traitements et passage à une prise en charge palliative
    - Lymphopénie asymptomatique
    - Urgences en hématologie



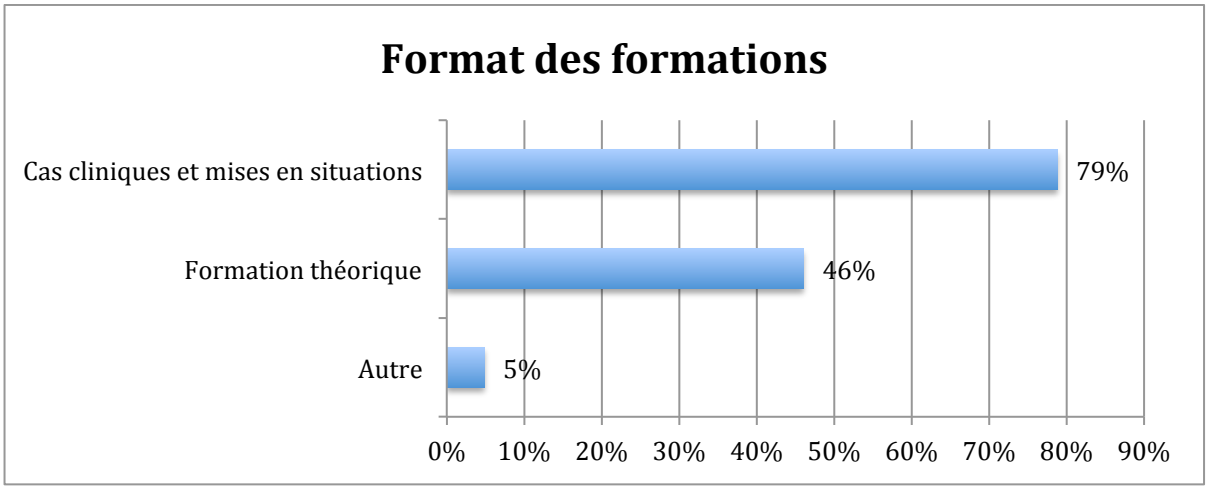
Interrogés sur les thèmes qu'ils souhaitent voir aborder lors de sessions de formations, les MG répondent :

- à 63% les signes d'alerte devant faire suspecter une pathologie hématologique »
- à 60% la conduite diagnostic à tenir devant un tableau syndromique
- à 49% les complications hématologiques pouvant survenir en ambulatoire
- à 48% les nouvelles thérapeutiques en ambulatoire avec la surveillance des effets indésirables
- à 29% les caractéristiques du parcours de prise en charge ambulatoire des patients d'hématologie (organisation des soins)
- à 23% des cours sur chaque hémopathie
- à 20% des cours sur les traitements utilisés en hématologie
- d'autres thématiques dans 1% des cas
    - iatrogénie
    - troubles de la coagulation



Interrogés sur le format que devraient avoir ces formations, les MG répondent :

- des cas cliniques et des mises en situation pour 79% d'entre eux
- des formations théoriques pour 46% d'entre eux
- d'autres formes pour 5% d'entre eux :
    - Cours en ligne / E-learning / MOOC
    - Soirées présentielles
    - Tests de lectures
    - Analyse de courriers de consultation
    - Jeux de rôles
    - Exposés de cas cliniques avec mise en situation type groupe de pairs, suivis de discussions et débats
    - Distribution de fiches mémo
    - Adaptée à l'offre de soin locale
    - Indépendantes de l'industrie pharmaceutique



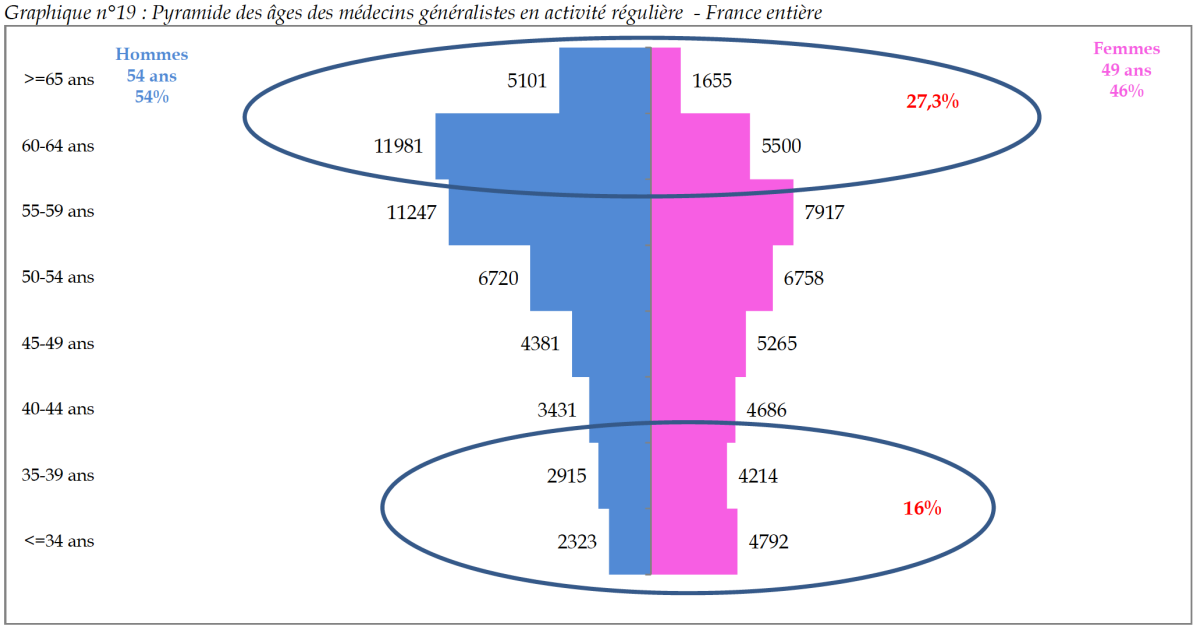
DISCUSSION

1) Tranches d'âge représentées

Malgré la diffusion du questionnaire par courrier électronique, l'étalement des réponses est plutôt homogène sur les 38 dernières années avec un quart des répondants installés depuis au moins 27 ans.

Néanmoins, comme attendu, les médecins installés depuis le plus longtemps reste les moins représentés. D'après l'Atlas de la démographie médicale 2016 (15) édité par le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) sur les 88886 MG en activité régulière en France au 1er janvier 2016 la moyenne d'âge est de 52 ans avec 27,3% des MG âgés de plus de 60 ans.

Graphique n°19 : Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière - France entière



2) Déterminants du sentiments de compétence en hématologie

Une forte corrélation est ressortie entre la compétence ressentie en hématologie et le fait d'avoir fait un stage en hématologie au cours de sa formation ($p < 0,001$)

Le sentiment de compétence en hématologie est significativement plus important pour les MG déclarant avoir un exercice semi-rural et significativement plus bas pour ceux déclarant avoir un exercice uniquement rural. Il n'y a pas de différence significative entre exercice urbain et les autres catégories.

Aucune différence significative n'est ressortie de l'analyse du sentiment de compétence en hématologie en fonction de l'année d'installation.

3) Les principales hémopathies rencontrées

Les principales anomalies rencontrées sont par ordre décroissant :

- les anémies
- les hyperleucocytoses
- les adénopathies
- les leucopénies
- les gammapathies monoclonales
- les thrombopénies

Parmi ces grands groupes toutes ne requièrent pas avis hématologique.

Les anémies par spoliation sanguine seront plutôt orientées dans un premier temps vers un gynécologue ou un gastro-entérologue.

Les adénopathies pourront être adressées, selon leur localisation, plutôt vers un ORL.

Les hyperleucocytoses, suivant la lignée concernée, pourront être le reflet d'une pathologie non hématologique et seront éventuellement adressées après explorations complémentaires.

Une étude sur les principaux motifs pour lesquelles les patients sont adressés en hématologie pourrait être intéressante pour confronter les anomalies rencontrées en ville aux anomalies requérant un avis spécialisé en hématologie.

4) Les avis spécialisés en hématologie

De nombreux MG soulignent l'absence de ligne directe pour les avis ou l'absence de référent hématologique clairement identifié pour leur patient ce qui les mets en difficulté pour la prise en charge de leurs patients.

L'essentiel des avis hématologiques restent néanmoins pris par téléphone ou consultation, l'utilisation du courrier électronique étant largement minoritaire et ne représente que 8,5% des avis.

Cet outil n'en est pas moins très demandé par les répondants notamment via des systèmes de messagerie sécurisée de type Apicrypt®.

Les analyses comparatives n'ont pas trouvé de différence significative concernant le nombre d'avis demandé par an selon le mode d'exercice des MG.

Concernant les délais de consultation, les réponses étaient très inhomogènes et comprenaient à la fois les rendez-vous en urgence et les rendez-vous non urgents.

Dans l'ensemble les MG s'accordent pour dire qu'en cas d'urgence un rendez-vous est possible dans la semaine.

Par conséquent, les réponses indiquant un délai de rendez-vous inférieur ou égal à 8 jours étaient exclues du calcul du délai moyen d'obtention d'un rendez-vous.

Pour les consultations non urgentes, les trois quarts des MG arrivent à avoir un rendez-vous dans les 45 jours.

Les analyses comparatives n'ont pas trouvé de différence significative concernant le délai moyen avant une consultation selon le mode d'exercice des MG.

La satisfaction est mitigée vis à vis de ce délai mais les MG sont dans l'ensemble satisfaits des réponses apportées et de la prise en charge proposée par la consultation.

Par contre seule la moitié des MG ont le sentiment que leurs patients sont satisfaits des explications apportées en consultation.

Les MG, de par leur rôle de médecin de proximité et en complétant les explications, jouent probablement un rôle important dans l'adhérence des patients au projet thérapeutique.

5) Les formations : accessibilité, thématiques et modalités proposées

Les formations en hématologie restent très limitées pour les MG avec moins d'un cinquième d'entre eux qui y ont accès et une forte demande avec 95% des MG qui estiment que cela serait utile. Lorsqu'elles sont accessibles ces formations sont fortement plébiscitées avec plus de 95% de satisfaction.

Les analyses comparatives n'ont pas trouvé de différence significative concernant l'accès à des formations en hématologie selon le mode d'exercice des MG. Cependant, une tendance a pu être observée sur l'exercice en milieu rural avec un accès à ces formations plus difficile ($p = 0,06$). Une différence significative aurait peut-être été mise en évidence si le nombre de réponses avait été plus important.

Les grandes thématiques les plus demandées pour les formations sont surtout les signes d'alerte devant faire suspecter une hémopathie et la conduite à tenir pour l'orientation diagnostique pour plus de 60% des sondés.
Viens ensuite pour près de 50% d'entre eux les complications pouvant survenir en ambulatoire qu'elles soient liées à l'hémopathie ou à son traitement, comment surveiller leur survenue et comment les prendre en charge.

Ces demandes sont en accord avec la réalité du terrain et les problèmes que rencontrent le MG dans leur pratique.

Concernant les modalités des formations, il y a une forte demande pour l'utilisation de cours par internet. Le poids de ces réponses étant probablement biaisé par le fait que le

questionnaire ai été diffusé par mail et que les répondants sont des MG qui utilisent plutôt couramment l'informatique.

Néanmoins cette piste est très intéressante car permettrait d'atteindre plus de MG et de s'adapter plus facilement aux contraintes professionnelles, en particulier horaires, de chacun.

6) Amélioration des relations interprofessionnelles

Il est intéressant de relever que les points qui reviennent le plus dans les propositions d'amélioration des relations ville-hôpital reprennent les conclusions de la revue de la littérature citée en introduction à savoir : le rôle clairement défini de chacun des acteurs, un retour sur la prise en charge du patient et la reconnaissance de son utilité dans la prise en charge du patient.

7) Pistes d'outils pour l'amélioration de la coordination des soins

Parmi les propositions faites par les MG, les outils les plus demandés et les plus simples à mette en place seraient :

- une ligne téléphonique d'astreinte pour contacter directement un hématologue. Cette ligne permettrait à la fois de demander des avis pour des nouveaux patients mais aussi de gérer certaines situations en ambulatoire sans avoir besoins d'adresser les patients aux urgences.
- Une adresse de courrier électronique sécurisée pour les avis et éventuellement les prises de rendez-vous pour les nouveaux patients.

- Un courrier de sortie, beaucoup plus court qu'un CRH classique, et qui indiquerait de manière synthétique le nom de l'hématologue référent, le motif d'hospitalisation, le traitement de sortie, les prochains rendez-vous et la conduite à tenir en cas de complication.
- Des fiches d'informations standardisées à destinations des patients comme il en existe déjà pour certaines hémopathies ainsi que dans d'autres spécialités.
- Que les MG soient consultés, éventuellement par courrier électronique, avant une décision de limitation des soins en RCP.

De plus il serait intéressant d'ouvrir des terrains de stages en hématologie pour les internes de MG. Pour être plus formateurs sur la prise en charge ambulatoire ces stages devraient surtout être fait en hôpital de jour et en consultation.

8) Biais de la thèse

a. Biais liés à la méthode de diffusion du questionnaire

Le chois du questionnaire en ligne a de limité sa méthode de diffusion au courrier électronique.

Cette méthode de diffusion s'est heurtée à plusieurs obstacles : d'une part le refus de certains CDOM de diffuser le questionnaire d'autre part l'absence des adresses mail des MG (soit parce que non communiquée soit parce que l'adresse était obsolète).

Par ailleurs, certains MG n'ont pas réussi à ouvrir le lien pour le questionnaire sans que l'origine de ce problème ait pu être identifié.

Tous ces obstacles ont forcément limité les répondants aux MG les plus « connectés ».

b. Biais liés à la méthode de recueil des données

N'étant pas techniquement possible de demander à tous les MG de ressortir les données précises de leurs consultations sur une année les données recueillies sont déclaratives et par conséquent sujet à des erreurs.
Les informations recueillis, à défaut de quantifier précisément les données analysées, montrent au moins une tendance ressenti par les praticiens.

Le choix questions pour la grande majorité fermées s'est fait pour permettre une réponse plus rapide aux questions et homogénéiser celles-ci de manière à faciliter l'analyse statistique.

Cette homogénéisation c'est accompagné du regroupement de plusieurs pathologies en grands groupes syndromiques (anémie, hyperleucocytose, cytopénie, etc) pouvant orienter vers différentes hémopathies. Ce regroupement par syndrome ou anomalie biologique se justifie par l'infaisabilité de lister toutes les hémopathies existantes dans ce type de questionnaire.

Ces grands groupes n'étaient pas clairement définis et cette absence de clarté a pu engendrer un biais de classement avec pour certaines catégories une sous-déclaration des évènements.

Le choix « Autre » permettait d'ajouter, pour ceux qui le souhaitaient, des pathologies qu'ils rencontrent couramment et qui n'entrait pas dans les catégories prédéfinies.

La majorité des réponses « autres » sont des hémopathies qui entrent dans les catégories syndromiques proposées mais qui n'ont pas été considérées comme telles : leucémies aiguës, hémophilie, thrombophilie, syndromes myéloprolifératifs, myélodysplasies, maladie ce Waldenström.

D'autres réponses portait sur des pathologies plus larges que le champ de l'hématologie : hyperéosinophilie et anémies secondaires (Biermer, insuffisance rénale)

Le grand groupe d'hémopathies qui ressort et n'était pas présent dans le questionnaire est celui des anomalies constitutionnelles des globules rouges : thalassémies, drépanocytose, microcytoses (maladie de Minkowski-Chauffard) et macrocytose.

Les 3 autres catégories manquantes sont les maladies de surcharge (hémochomatose et hyperferritinémie), la présence d'une splénomégalie à l'examen et les anomalies de l'EPP autres que les hypergammaglobulinémies.

CONCLUSION

Les principales anomalies hématologiques rencontrées en soins primaires sont, par ordre décroissant : les anémies, les hyperleucocytoses, les adénopathies, les leucopénies, les gammapathies monoclonales et les thrombopénies. Ces anomalies ne conduisent pas toujours au diagnostic d'une hémopathie mais nécessitent souvent des explorations complémentaires.

Parmi les principales attentes des MG retrouvées dans l'étude sont présents des délais de rendez-vous plus courts, un interlocuteur référent joignable sur une ligne direct pour les avis et une marche à suivre plus explicite dans les comptes rendus en cas de complication.
De plus une meilleure définition du rôle de chacun dans la prise en charge des patients semble importante pour l'amélioration des relations ville-hôpital.

95% des MG sont favorables au développement de formations en hématologie, en particulier par internet, avec pour principales thématiques les signes d'alerte devant faire suspecter une hémopathie, la conduite à tenir pour l'orientation diagnostique et la prise en charge des principales complications pouvant survenir en ambulatoire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Harris NL, Jaffe ES, Diebold J, Flandrin G, Muller-Hermelink HK, Vardiman J, et al. The World Health Organization classification of hematological malignancies report of the clinical advisory committee meeting, Airlie House, Virginia, November 1997. Mod Pathol. 2000;13(2):193–207.

2. 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. 2009 Jul 30;114(5):937–51.

3. Le réseau FRANCIM | Registre des cancers [Internet]. 2016 [cited 2016 Jul 3]. Available from: http://www.santepaysdelaloire.com/registre-des-cancers/articles/le-reseau-francim

4. Reiffers J, Monnereau A. Registre des hémopathies malignes de la Gironde - Bilan d'activité 2011. 2011 [cited 2016 Jul 3]; Available from: http://etudes.isped.u-bordeaux2.fr/REGISTRES-CANCERS-AQUITAINE/HM/document/Bilan_d_activite_2010.pdf

5. Monnereau et al. - 2013 - Estimation nationale de l'incidence des cancers en France entre 1980 et 2012.

6. Population par âge. In: Insee Références [Internet]. 2016. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=T16F032

7. HIRTZLIN I, SIHACHAKR S. Chimiothérapie injectable en HAD [Internet]. HAS; 2014 [cited 2016 Jul 3]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/chimiotherapie_injectable_en_had_-_monographie_des_had_du_limousin_dans_le_cadre_du_reseau_dhematologie_du_limousin_hematolim_via_le_dispositif_escadhem.pdf

8. TOUATI M. Le dispositif ESCADHEM [Internet]. Poster presented at: Congès de la SFH; 2014 [cited 2016 Jul 3]. Available from: http://hematolim.fr/Portals/0/Reseau%20HEMATOLIM/Communications/2014/Poster%20_sfh_v3_revu_MT_DB_MM.pdf?ver=2014-06-27-154621-533

9. Plan cancer 2003-2007 [Internet]. 2003 [cited 2016 Jul 3]. Available from: http://www.e-cancer.fr/content/download/59052/537324/file/Plan_cancer_2003-2007_MILC.pdf

10. JOUBERT S. Accélération de l'Accès à l'Innovation Pharmaceutique: Etat des lieux et perspectives. 2014 [cited 2016 Jun 23]; Available from: http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20061382/2015PPHA5045/fichier/5045F.pdf

11. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. J Public Health. 2014 Dec 18;fdu102.

12. VENDEOUX A. Motifs de consultation et parcours aux urgences des patients adressés par le médecin généraliste [Internet]. Paris VI; 2014 [cited 2016 May 6]. Available from: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/vendeoux-these.pdf

13. Praznoczy-Pépin C. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale en Ile-de-France [Internet]. ORS d'Ile-de-France; 2007 [cited 2016 Jul 3]. Available from: http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2007/2007_recoursSoins_urgences.pdf

14. Reuter P-G, Kernéis S, Turbelin C, Souty C, Arena C, Gavazzi G, et al. Orientation des patients par leur médecin généraliste vers les secteurs hospitaliers publics ou privés en France : étude épidémiologique prospective du réseau Sentinelles. Rev Médecine Interne. 2012 Dec;33(12):672–7.

15. RAULT J-F. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. CNOM; 2016. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

ANNEXES

Annexe 1 – Questionnaire de thèse

Thèse d'exercice en Médecine Générale : Problèmes hématologiques rencontrés en soins primaires

*Obligatoire

Caractéristiques du praticien

1. **Département d'exercice** *

.....

2. **En quelle année avez-vous débuté votre activité?** *

.....

3. **Type d'activité** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Rurale
- ◯ Semi-rurale
- ◯ Urbaine

4. **Vous estimez-vous compétent en hématologie?** *
Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout compétent	◯	◯	◯	◯	◯	Très compétent

5. **Avez-vous fait un stage en hématologie au cours de votre formation?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

6. **Si oui, à quel niveau?**
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Externe
- ☐ Interne
- ☐ Hors cursus

7. **Avez-vous trouvé ce stage utile pour votre pratique actuelle?**
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

Problèmes hématologiques en soins primaires

8. **Quelles anomalies rencontrez-vous dans votre pratique et à quelle fréquence? (par an)** *
Une seule réponse possible par ligne.

	< 5	Entre 5 et 10	Entre 10 et 15	> 15
Thrombopénie	◯	◯	◯	◯
Anémie	◯	◯	◯	◯
Leucopénie	◯	◯	◯	◯
Cytopénies sur plusieurs lignées	◯	◯	◯	◯
Hyperleucocytose	◯	◯	◯	◯
Thrombocytémie	◯	◯	◯	◯
Maladie de Vaquez	◯	◯	◯	◯
Gammapathie monoclonale	◯	◯	◯	◯
Adénopathie	◯	◯	◯	◯
Trouble de l'hémostase	◯	◯	◯	◯
Suivi de lymphome	◯	◯	◯	◯
Suivi de LLC	◯	◯	◯	◯
Suivi de Myélome	◯	◯	◯	◯
Autre	◯	◯	◯	◯

9. **Si autre à la question précédente, précisez**

.....

10. **Etes-vous en lien privilégié avec un service d'hématologie en particulier?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

11. **Comment avez-vous choisi ce service?**
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Vous y avez fait un stage au cours de votre formation
- ☐ Vous connaissez quelqu'un qui y travaille
- ☐ Vous avez eu des retours d'autres confrères qui en sont satisfaits
- ☐ Bonne relation entre l'hôpital et le réseau de ville
- ☐ C'est l'hôpital le plus proche de votre cabinet
- ☐ C'est le seul service d'hématologie alentour
- ☐ Autre : .....

12. **Quel outil avez le plus utilisé pour demander un avis hématologique au cours de la dernière année?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Téléphone
- ◯ Courrier électronique
- ◯ Consultation

13. **Combien de fois avez-vous eu recours à un avis hématologique (quel que soit sa nature) au cours de la dernière année?** *

.....

14. **Combien de fois avez-vous eu besoin d'adresser un patient en consultation d'hématologie au cours de la dernière année?** *

.....

15. **Quelle est votre estimation moyenne du délai pour obtenir un rendez-vous en consultation? (en nombre de jours)** *

.....

16. **Êtes-vous satisfait de ce délai?** *
Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout satisfait	◯	◯	◯	◯	◯	Très satisfait

17. **Recevez-vous un compte-rendu après chaque consultation ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

18. **Êtes-vous satisfait du délai avant réception du compte-rendu de consultation?** *
Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout satisfait	◯	◯	◯	◯	◯	Très satisfait

19. **Globalement, êtes-vous satisfait des réponses apportées par la consultation en hématologie?** *
Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout satisfait	◯	◯	◯	◯	◯	Très satisfait

20. **Globalement, êtes-vous satisfait par la prise en charge proposée en hématologie?** *
Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout satisfait	◯	◯	◯	◯	◯	Très satisfait

21. **Globalement, avez-vous le sentiment que vos patients sont satisfaits des explications apportées par la consultation en hématologie?** *
Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout satisfaits	◯	◯	◯	◯	◯	Très satisfaits

22. **Globalement, avez-vous le sentiment que vos patients sont satisfaits par la prise en charge proposée en hématologie?** *
Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout satisfaits	◯	◯	◯	◯	◯	Très satisfaits

23. **Lorsque le patient est suivi en hématologie, recevez-vous régulièrement des comptes rendus vous tenant à jour du suivi et de leur prise en charge ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

24. **De façon générale, êtes-vous satisfait des comptes rendus que vous recevez ?** *
Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout satisfait	◯	◯	◯	◯	◯	Très satisfait

25. **Quelles sont les améliorations qui pourraient être apportées ?**

.....

.....

.....

.....

.....

Sessions de formation en hématologie

26. **Avez-vous des sessions de formation en hématologies organisées près de chez vous?** *
Une seule réponse possible.

◯ Oui
◯ Non

27. **Si oui, êtes-vous satisfait de ces formation?**
Une seule réponse possible.

◯ Oui
◯ Non

28. **Si non, pensez-vous que cela serait utile ?**
Une seule réponse possible.

◯ Oui
◯ Non

29. **Quels sont les points qui vous posent problèmes en hématologie dans la pratique courante ?** *
Plusieurs réponses possibles.

☐ Pathologies hématologiques spécifiques
☐ Orientation diagnostique devant une anomalie sur un bilan biologique
☐ Suivi et dépistage des complications chez vos patients suivi en hématologie (tassements vertébraux, complications infectieuses, etc)
☐ Méconnaissance des effets indésirables des traitements hématologiques
☐ Autre : .....

30. **Sur quelles thématiques aimeriez-vous avoir des formations en hématologie ?** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Quels signes d'alerte doivent faire suspecter une pathologie hématologique
- [ ] Conduite diagnostic à tenir devant un tableau syndromique
- [ ] Cours sur chaque hémopathie
- [ ] Thérapeutiques en hématologie
- [ ] Nouvelles thérapeutiques en ambulatoire avec surveillance des effets indésirables
- [ ] Complications hématologiques pouvant survenir en ambulatoire
- [ ] Caractéristiques/parcours de la prise en charge ambulatoire des patients d'hémato (organisation des soins)
- [ ] Autre : .....

31. **Quel format devraient prendre ces formations ?** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Formation théorique
- [ ] Cas cliniques/mises en situations
- [ ] Autre : .....

Fourni par
Google Forms

Anomalies hématologiques rencontrées en soins primaires et réseau de soins ville-hôpital en hématologie.

INTRODUCTION : Le développement de nouveaux traitements en hématologie déplace la prise en charge de ces patients vers la médecine ambulatoire. Les médecins généralistes (MG) se retrouvent de plus en plus exposés à la prise en charge des complications de ces pathologies et de leurs traitements. **OBJECTIFS** : L'objectif principal de cette étude est de déterminer la nature et la fréquence des anomalies hématologiques rencontrées en soins primaires. Les objectifs secondaires sont d'identifier des outils pour l'amélioration de la coordination des soins avec les services d'hématologie et de déterminer les attentes des MG en terme de formation dans ce domaine. **MATERIEL ET METHODES** : Etude prospective en France métropolitaine par questionnaire en ligne du 13 juin au 31 juillet 2016. Analyse statistique par Excel® et BioStatGV®. **RESULTATS** : 576 réponses de 35 départements ont été analysées. Les principales anomalies hématologiques rencontrées en soins primaires sont, par ordre décroissant : les anémies, les hyperleucocytoses, les adénopathies, les leucopénies, les gammapathies monoclonales et les thrombopénies. Les principales attentes sont des délais de rendez-vous plus courts, un interlocuteur référent joignable sur une ligne direct pour les avis et une marche à suivre plus explicite dans les comptes rendus en cas de complication. 95% des MG sont favorables au développement de formations en hématologie en particulier par internet. **CONCLUSION** : Les MG sont de plus en plus impliqués dans la prise en charge des patients d'hématologie. Une bonne coordination entre ces acteurs est indispensable pour assurer des soins de qualité.

Mots clés : Soins primaires, Hématologie, Réseaux de soins

Haematological abnormalities encountered in primary care medicine and community-hospital hematology care network.

INTRODUCTION: The development of new therapies in hematology moves the management of these patients to ambulatory medicine. General practitioners (GPs) find themselves increasingly exposed to the management of complications of these diseases and their treatments. **OBJECTIVES**: The main objective of this study is to determine the nature and frequency of hematological abnormalities encountered in primary care medicine. Secondary objectives are to identify tools in order to improve the coordination of care with hematology and to determine the expectations of GPs in terms of training in this area. **MATERIALS AND METHODS**: A prospective study in France with an online form from 13 June to 31 July 2016. Statistical analysis was made by using Excel® and BioStatGV®. **RESULTS**: 576 responses from 35 departments were analyzed. The main hematologic abnormalities encountered in primary care medicine are, in decreasing order: anemia, hyperleucocytosis, lymphadenopathy, leukopenia, monoclonal gammapathy and thrombocytopenia. The main expectations are a shorter appointment settling time; a reference contact with a direct line for counseling and a more explicit procedure in the report in case of complications. 95% of GPs are favorable for the development of training in hematology in particular on the Internet. **CONCLUSION**: GPs are increasingly involved in the care of hematology patients. Good coordination between these actors is essential to ensure quality care.

Keywords : Primary care, Hematology, Care networks

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06