



HAL
open science

Évaluation de la qualité de vie des patients atteints de PTI primaire et des discordances d'appréciation entre leur médecin spécialiste et leur médecin généraliste

Justine Jouvenel

► To cite this version:

Justine Jouvenel. Évaluation de la qualité de vie des patients atteints de PTI primaire et des discordances d'appréciation entre leur médecin spécialiste et leur médecin généraliste. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03409177

HAL Id: dumas-03409177

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03409177>

Submitted on 29 Oct 2021

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.

Evaluation de la qualité de vie des patients atteints de PTI primaire et des discordances d'appréciation entre leur médecin spécialiste et leur médecin généraliste

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 14 Octobre 2021

Par Madame Justine JOUVENEL

Née le 13 octobre 1992 à Mulhouse (68)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur EBBO Mikaël	Président
Monsieur le Professeur SCHLEINITZ Nicolas	Assesseur
Monsieur le Docteur FAUCHER Benoit	Directeur
Monsieur le Docteur (MCA) THERY Didier	Assesseur

Evaluation de la qualité de vie des patients atteints de PTI primaire et des discordances d'appréciation entre leur médecin spécialiste et leur médecin généraliste

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 14 Octobre 2021

Par Madame Justine JOUVENEL

Née le 13 octobre 1992 à Mulhouse (68)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur EBBO Mikaël

Président

Monsieur le Professeur SCHLEINITZ Nicolas

Assesseur

Monsieur le Docteur FAUCHER Benoit

Directeur

Monsieur le Docteur (MCA) THERY Didier

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHIERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
PANUEL Michel <i>Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
PARRATTE Sébastien <i>Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
RAOULT Didier <i>Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	<i>SECQ Véronique (disponibilité)</i>
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) Surnombre

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)
FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4703

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUY'S Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH) *Surnombre*
 BRETTELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)
 CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
 GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/21

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/09/21)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)
 DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGÉON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

A notre président du Jury de Thèse

Monsieur le Professeur EBBO Mikael

Vous nous faites le grand honneur d'assurer la présidence de notre jury
Nous vous remercions de l'intérêt et de l'implication que vous avez voulu porter à
notre travail

Nous vous prions d'accepter l'expression de nos sincères remerciements

Aux membres du Jury de Thèse

Monsieur le Professeur SCHLEINITZ Nicolas

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail

Votre intérêt pour notre travail nous honore

Soyez assuré de l'expression de notre respectueuse considération

Monsieur le Docteur THERY Didier

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury

Veillez recevoir l'expression de nos sincères remerciements

A notre Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur FAUCHER Benoît

Vous nous faites le grand honneur de votre soutien, de votre disponibilité dans la
direction de notre travail

Nous vous remercions de votre bienveillance au cours de ce travail mais également
de la transmission de votre savoir au cours de ces années

Avec notre plus grande reconnaissance et notre profond respect

A mes parents, un immense merci pour toutes ces années où m'avez encouragée, soutenue, réconfortée et aimée. C'est grâce à vous et vos efforts quotidiens que j'ai pu réaliser mon rêve.

A Manina, la meilleure grande sœur que j'aurai pu espérer. Merci pour ton amour, ton soutien, ton aide précieuse et ta réassurance face à mes questions existentielles. Merci aussi à Philippe pour nous avoir offert des neveux fantastiques, qui ont si jeune su développer de vraies valeurs humaines.

A Matthias et William, mes amours, vous êtes des garçons exceptionnels et vous nous rendez fiers chaque jour. « Matata » vous aime très fort et j'ai hâte de vous accompagner tout au long de votre chemin.

A ma très belle famille, Laurence, Hubert, Clairou, Manou, Olivier, François, Ivanah et Bogi véritable petit frère, pour votre accueil chaleureux et votre bienveillance au quotidien. Votre famille est une source d'inspiration pour moi et je me réjouis de la voir grandir.

A Ghost et Muscade, mes pépettes pour leur accueil toujours chaleureux. Love is a four legged word.

A mes poussins Nane et Ali, qui m'offrent une amitié incroyable depuis onze ans, un soutien sans faille et des moments de joie au quotidien. Je vous aime les girls.

A Dodo playzer, à ces années d'amitié, de délires où pétanque, soleil et Fatal font bon ménage et à toutes les années à venir.

A mes amis de la boîte avec qui j'ai passé des moments inoubliables Popo, Méli, Gabi, Dj Boy, Comy, Lou, Wuwu, Rory, Kingou, Cloclo, Quentin, Harti, Toto, Lolo et mon coup de cœur Orné.

A mes co-internes et ces moments mémorables en stage, Pat, Nawel, Chacha, Clairou, Anna, Alain, Clara.

A mes amis alsaciens, Tom, Sophie, Bébou, Mick-Mick, Hugo, Julie, Maxime que je ne vois pas assez souvent mais où la complicité est au rendez-vous tant d'années après.

A mes amis chtis, Margaux et Nico, Consti pour tous ces bons moments.

A l'équipe des urgences salonnaise, Fred, Chacha, Marcan, Antoine, Nath, Jean-Marc, Amine, Joseph, Marielle, Nico, Bernard.

A tous mes pairs que j'ai pu rencontrer en stage, qui ont eu à cœur de me transmettre leur passion pour ce métier et leurs connaissances avec bienveillance.

A Jean-Baptiste, mon jeune mari et pilier depuis de longues années. Je mesure chaque jour la chance que j'ai de partager ma vie avec toi et mon amour n'en est que plus fort. Ta drôlerie, ta générosité sans limite et ta joie de vivre égaient mon quotidien et celui de nos proches.

TABLE DES MATIERES

Table des sigles et abréviations	3
Résumé	4
Travail de thèse	
I. Introduction	5
1. Définition du purpura thrombopénique immunologique	
a. Epidémiologie du purpura thrombopénique immunologique	
b. Etiologies et facteurs favorisants	
c. Diagnostic du purpura thrombopénique immunologique	
d. Traitements	
e. Evolution de la maladie	
f. Définition de la qualité de vie	
g. Intérêt de la mesure de la qualité de vie	
II. Matériels et méthodes	13
1. Objectifs de l'étude	13
2. Type d'étude	13
3. Modalités administratives	13
4. Sélection de patients	14
5. Calcul d'effectif	14
6. Déroulement de l'étude	14
7. Recueil des données	15
8. Outils utilisés	16
a. Questionnaire ITP-PAQ FR	
b. Questionnaire médecin et spécialiste traitant	
c. Analyse statistique des données	

III. Résultats	18
1. Descriptif de la population	18
a. Données démographiques	
b. Données cliniques	
2. Score de qualité de vie ITP-PAQ et score des sous-domaines	20
a. Impact du PTI sur la santé physique	
b. Impact du PTI sur la santé psychique	
c. Impact du PTI sur la santé de la femme	
d. Impact du PTI sur la qualité de vie globale	
e. Impact du PTI sur l'activité professionnelle	
3. Analyse univariée du score ITP-PAQ	27
a. Critères démographiques	
b. Critères thérapeutiques	
c. Critères cliniques	
4. Evaluations des médecins généralistes traitants	32
5. Evaluation du médecin spécialiste traitant	35
6. Corrélation entre médecin généraliste et médecin spécialiste	37
IV. Discussion	39
1. Descriptif de la population	39
2. Score ITP-PAQ	40
3. Facteurs influents	41
4. Evaluation par les professionnels de santé	42
5. Intérêts et limites de l'étude	43
V. Conclusion	45
VI. Références bibliographiques	46
VII. Annexes	49
Serment d'Hippocrate	63

Table des signes et abréviations

AMAPTI : Association de Malades Atteints de Purpura Thrombopénique Immunologique

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AP-HM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

CHITS : Centre Hospitalier Intercommunal Toulon La-Seyne-sur-Mer

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CGR : Concentré de Globules Rouges

CMV : Cytomégalovirus

HAS : Haute Autorité de Santé

IGIV : Immunoglobulines polyvalentes intra veineuses

ITP-PAQ : Immune thrombocytopenic Purpura- Patient Assessment Questionnaire

NFS : Numération Formule Sanguine

O-CYTO : Association de patients atteints de cytopénies auto-immunes

PTI : Purpura Thrombopénique Immunologique

QDV : Qualité de vie

RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUME

L'objectif de la présente étude est d'évaluer la qualité de vie des patients atteints de purpura thrombopénique immunologique (PTI) primaire et des discordances d'appréciation entre leur médecin spécialiste et généraliste traitant.

Pour répondre à la première question, nous avons inclus 35 patients et leur avons soumis le questionnaire ITP-PAQ traduit en français, explorant par 44 items les thématiques principales de la qualité de vie. Afin de répondre à la deuxième question, nous avons soumis à leur médecin généraliste et spécialiste traitant un questionnaire ITP-PAQ simplifié reprenant 17 items sur 44.

Les résultats ont montré que les patients ont un score de qualité de vie moyen haut malgré un impact plus marqué dans les différents sous-domaines notamment leur santé physique (asthénie, pétéchies, douleurs musculaires), psychique (syndrome dépressif, peur de la mort) et santé de la femme (menstruations plus abondantes et longues, appréhension de tomber enceinte ou accoucher). Un délai allongé entre deux consultations avec le médecin généraliste entraîne une baisse statistiquement significative de la qualité de vie des patients.

La corrélation des réponses entre médecins traitants et patients est forte, tandis que celle entre médecins spécialistes et patients est moindre dans les sous-domaines santé psychique et santé de la femme. Cette tendance nécessite d'être confirmée par des études complémentaires.

Enfin, nous discuterons les résultats et argumenterons l'originalité de notre étude, qui inclut pour la première fois l'évaluation à la fois du médecin spécialiste et du médecin traitant et renforce la nécessité d'un lien ville-hôpital pour obtenir une approche centrée patient.

Mots clés : PTI, qualité de vie, corrélation, médecin généraliste, médecin spécialiste

I. INTRODUCTION

1. Définition du purpura thrombopénique immunologique

Le purpura désigne des taches rouges appelées pétéchies, qui apparaissent sur la peau et correspondent à une hémorragie.

La thrombopénie correspond à une diminution du nombre de plaquettes circulant dans le sang. Elles sont produites par les mégacaryocytes de la moelle osseuse, sous l'influence de facteurs de croissance, dont le principal est la thrombopoïétine (TPO), en se liant via le récepteur de la TPO. Après leur sortie de la moelle osseuse, les plaquettes circulent dans le sang et dans la rate pendant 6 à 11 jours. Elles seront ensuite dégradées par cette dernière. La production et la destruction sont globalement équilibrées au sein de l'organisme. Leur nombre est compris entre 150 et 400G/L et il convient de situer cette valeur dans les normes de laboratoires précisées avec les résultats. De manière générale, on considère que la baisse du nombre de plaquettes est significative lorsque leur nombre est inférieur à 100G/L. Les plaquettes entrent en jeu dans les phénomènes de coagulation ou hémostasie et sont nécessaires pour stopper les hémorragies en formant un agrégat au niveau de la paroi vasculaire. La thrombopénie peut donc être responsable d'un signe hémorragique au niveau cutané, tel que le purpura.

L'immunologie correspond au système immunitaire qui désigne l'ensemble des moyens utilisés par l'organisme pour lutter contre les agressions extérieures telles que les infections. Parfois, ces moyens de défense se dérèglent et se retournent contre l'organisme lui-même. On parle alors de maladie auto-immune (d'où le terme « immunologique » participant à la définition de la maladie). Au cours du PTI, les lymphocytes B vont produire des anticorps anti-plaquettaires. Ces derniers en se fixant à la surface des plaquettes vont entraîner leur destruction par les macrophages.

Un purpura thrombopénique immunologique (PTI) désigne donc :

- Une expression clinique hémorragique : le purpura par exemple, mais d'autres manifestations hémorragiques sont possibles
- En relation avec une baisse des plaquettes dans le sang : la thrombopénie (valeur plaquettes inférieure à 100G/L)
- Provoquée par un mécanisme immunologique ¹⁻³

Dans la majorité des cas, il s'agit d'un PTI primaire. Il est donc isolé et n'est associé à aucune autre maladie. A l'inverse, quand celui-ci s'intègre dans un tableau clinique comprenant d'autres pathologies, on parlera de PTI secondaire.

Cela représente moins de 20% des cas et l'on retrouve le plus souvent une association avec :

- des infections souvent d'origine virale à la phase aiguë telles que la varicelle ou la mononucléose infectieuse, ou en cas d'infection chronique par exemple l'hépatite C et le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH),
- d'autres pathologies auto-immunes telles que l'anémie hémolytique auto-immune (ou syndrome d'Evans), les thyroïdites auto-immunes ou le lupus.
- un déficit immunitaire primitif (principalement chez l'enfant)
- une atteinte de la moelle hématopoïétique de manière notamment dans le cadre de maladies onco-hématologiques chroniques (leucémie lymphoïdes chroniques chez l'adulte, lymphomes de bas grade, myélodysplasies) ou aiguës (lymphomes de haut grade).

a. Epidémiologie du purpura thrombopénique immunologique

La prévalence de la maladie (nombre de cas présents dans une population à un moment donné) est estimée à environ 1 à 3 personnes pour 10 000 habitants par an en France ⁴. Chez l'adulte, l'incidence annuelle (nombre de nouveaux cas par an) est estimée de 1 personne pour 62 500 habitants à 1 pour 25 600 habitants, ce qui la classe parmi les maladies rares ⁵.

b. Etiologie et facteurs favorisants

Les causes précises du dérèglement immunologique responsable du PTI ne sont pas connues actuellement, mais les mécanismes le sont en partie.

Le PTI survient le plus souvent de manière idiopathique, sans qu'aucune cause évidente n'ait été identifiée. On retrouve parfois une stimulation du système immunitaire dans les semaines précédant la révélation du PTI.

Plusieurs infections virales telles que la grippe, la varicelle, le cytomégalovirus (CMV), la rubéole ou la mononucléose infectieuse, peuvent se compliquer d'une thrombopénie transitoire.

Le PTI n'est pas une maladie héréditaire, bien qu'il puisse exister des facteurs génétiques prédisposant à des manifestations auto-immunes au sein d'une même famille.

c. Diagnostic du purpura thrombopénique immunologique

Le diagnostic de PTI repose sur un faisceau d'arguments cliniques et biologiques car il n'existe pas de test biologique ni sensible ni spécifique permettant de l'affirmer. Le diagnostic est posé après un examen clinique objectivant des signes hémorragiques, après la réalisation d'un bilan sanguin comprenant une numération formule sanguine (NFS) retrouvant une thrombopénie complétée d'un frottis au microscope. Si le praticien le juge nécessaire et selon les recommandations HAS ¹⁷, la réalisation d'un myélogramme permet d'éliminer un diagnostic différentiel de thrombopénie centrale ou périphérique. La présence d'anticorps anti-plaquettaires ne permet pas d'affirmer le PTI et n'influe pas sur la prise en charge thérapeutique. Dans certains centres spécialisés, une étude isotopique de la durée de vie des plaquettes peut être réalisée afin d'apprécier le lieu de destruction des plaquettes et leur durée de vie, dans l'hypothèse de la réalisation d'une splénectomie à visée thérapeutique.

d. Traitements

A la phase initiale du diagnostic de PTI et devant une baisse des plaquettes inquiétante et un risque de saignement accru, un traitement de première ligne par corticothérapie par voie orale ou intraveineuse est le plus souvent débuté selon les recommandations ⁶. Ils permettent l'obtention d'une réponse rapide dans les jours qui suivent leur introduction.

En cas de saignement sévère, de contre-indication, d'intolérance ou d'inefficacité des corticoïdes, un traitement par immunoglobulines polyvalentes intraveineuse (IGIV) peut être administré. Ceux-ci vont inactiver les récepteurs nécessaires à la reconnaissance puis à la destruction des plaquettes possédant des anticorps spécifiques. Le délai de réponse est semblable à celui des corticoïdes.

Si nous observons un échec ou une rechute des plaquettes après un traitement de première ligne, plusieurs traitements par voie orale peuvent être utilisés.

Le **dapsone** ⁸, dérivé sulfoné que nous utilisons pour traiter les infections à bacille de Hansen de la lèpre, est également prescrit hors AMM pour le PTI. Son mécanisme d'action au cours du PTI reste méconnu. Il serait immunomodulateur et ralentirait la destruction plaquettaire au sein de la rate. Son délai d'action est plus long d'environ deux à quatre semaines. Ses principaux effets indésirables sont l'allergie qui concerne 7% des patients, l'hémolyse et la formation de méthémoglobinémie responsable d'une coloration bleutée de la peau.

L'**eltrombopag**, agoniste du récepteur de la TPO (thrombopoïétine) fait partie intégrante des traitements de deuxième ligne qui ont prouvé leur efficacité dans de nombreuses études ⁹. Il va stimuler la production de plaquettes directement au niveau de la moelle osseuse et ainsi augmentent leur concentration sanguine. Le délai de réponse à l'eltrombopag est généralement d'une à deux semaines. Il est nécessaire de surveiller l'apparition d'une hépatite, de thrombose ¹⁰ ou de fibrose réticulinique complication rare et réversible à l'arrêt du traitement.

Le **romiplostim**, également agoniste du récepteur de la TPO ayant l'AMM dans le traitement du PTI depuis de nombreuses années ¹⁶ et injecté par voie sous-cutanée une fois par semaine, possède le même mécanisme que l'eltrombopag et un délai de réponse identique

L'**hydroxychloroquine** ¹¹, antirhumatismal d'action lente utilisé hors AMM dans le PTI, est un immunomodulateur qui permet la diminution de la destruction plaquettaire. Son délai de réponse est allongé avec en moyenne une attente de plus de 3 mois de traitement. Ses effets indésirables sont bien connus à savoir la rétinopathie, les troubles du rythme cardiaque ou encore l'hypoglycémie. Ce traitement peut être poursuivi durant la grossesse et allaitement.

Le **rituximab**, anticorps anti-CD20, utilisé par voie intraveineuse hors AMM mais bénéficiant en France d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU), participe aux modalités thérapeutiques de traitement deuxième ligne du PTI. L'antigène CD20 est une protéine transmembranaire présente à la surface des lymphocytes B normaux et malins. L'utilisation du rituximab permet de cibler ces lymphocytes B et de limiter la synthèse des autoanticorps à l'origine de la destruction plaquettaire^{12,13}. Le rituximab est également capable de moduler l'action des lymphocytes T et de restaurer des lymphocytes T régulateurs expliquant son efficacité au cours du PTI^{14,15}. Son délai de réponse est estimé entre deux à huit semaines. Devant son effet immunosuppresseur, il est nécessaire de réaliser les vaccinations contre le pneumocoque, l'haemophilus et les méningocoques avant le début du traitement. Il est contre-indiqué durant la grossesse. .

Le **danazol** ⁷ est moins utilisé actuellement et hors AMM. Ce dérivé synthétique isoxazole de l'éthistérone, est une substance antigonadotrope ayant une activité androgénique et anabolisante modérée et dénuée de propriétés estrogéniques et progestatives. Il se fixe sur les récepteurs à androgènes et stimule la production plaquettaire. Son utilisation nécessite une surveillance à la fois du bilan hépatique et de l'apparition d'évènements thromboemboliques. De plus il est contre-indiqué en cas de grossesse en raison de son effet virilisant sur le fœtus.

Enfin plusieurs **immunosuppresseurs** peuvent être utilisés en cas de PTI graves avec une résistance thérapeutique, permettant ainsi de réduire l'auto-immunité anti-plaquettaire. Nous pouvons citer l'azathioprine, le mycophénolate mofetil, la ciclosporine, le cyclophosphamide ou encore les alcaloïdes de la pervenche. Leur délai de réponse est variable et le plus souvent retardé. Ils nécessitent de plus une surveillance de la concentration plasmatique de manière rapprochée et la plupart sont contre-indiqués pendant la grossesse et l'allaitement.

D'autres thérapeutiques non disponibles pour le moment en France telle que le **fosfaminib** font l'objet d'études complémentaires et la recherche en matière de traitement pour le PTI est en constante évolution.

e. Evolution de la maladie

Pour 80% des enfants et 30 à 40% des adultes, au cours de la première année suivant le diagnostic le PTI peut guérir spontanément.

Il peut évoluer en forme chronique (plus de 12 mois d'évolution) chez 60 à 70% des adultes et 20% des enfants. Les possibilités de guérison spontanée s'avèrent alors très restreintes et les traitements deviennent plus invasifs, parfois jusqu'à la splénectomie. Lorsque le taux de plaquettes atteint un niveau suffisant pour réduire le risque hémorragique spontanément ou sous l'effet des thérapeutiques, nous parlons de « rémission partielle ». Dans certains cas, cette rémission n'est pas obtenue, bien que la sévérité clinique initiale ne persiste que rarement.

f. Définition de la qualité de vie

« La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes, » C'est en ces termes que l'Organisation Mondiale de la Santé a défini en 1994 la qualité de vie. Cette dernière revêt un « large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la

personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement. »

g. Intérêt de la mesure de la qualité de vie

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2017 émettent des objectifs d' « améliorer ou du moins maintenir une qualité de vie la meilleure possible »¹⁶ chez les patients souffrant de PTI mais atteindre cet objectif impose de savoir quelles sont les difficultés rencontrées par les patients et l'impact sur leur vie quotidienne.

Depuis une quinzaine d'années, plusieurs équipes se sont attachées à étudier la qualité de vie des patients atteints de PTI chroniques. L'équipe de *Mc Millan* montre en 2008 que les patients sentent leur vie menacée par la survenue d'hémorragies, que leur mode de vie est restreint ou encore l'image du corps altéré¹⁸. En 2011, l'étude de James Firth met quant à elle l'accent sur la survenue de troubles cognitifs indépendamment de la sévérité de la maladie¹⁹.

Par ailleurs, nous retrouvons largement dans la littérature l'utilisation du questionnaire SF-36²⁰ pour apprécier la qualité de vie des patients atteints de PTI. Celui-ci fait partie des questionnaires génériques qui ont été conçus pour être utilisés chez des groupes d'individus sans maladie particulière, avec des valeurs pouvant être applicables dans les populations saines. Il se pose alors la question du manque de spécificité des thèmes abordés selon les pathologies, qui sont cliniquement pertinents pour le patient et son médecin.

Après avoir effectuée une revue de la littérature pour identifier les domaines de la qualité de vie affectés par le PTI, *Susan D. Mathias* propose dans son étude²¹ une échelle de qualité de vie spécifique du PTI : l'ITP-PAQ^{22,23}, qui permet d'explorer de manière exhaustive les différents versants de la qualité de vie au cours de cette maladie chronique et que nous avons choisi d'utiliser pour notre étude.

Dans le cadre de la mise en place du premier programme d'éducation thérapeutique destiné aux patients atteints de PTI en France, il a donc été décidé de débiter cette étude en y associant médecins spécialistes et médecins généralistes. Cela correspond également à une demande de la part des associations de patients AMAPTI et O-CYTO, soucieuses d'aider les patients à appréhender la maladie dans leur quotidien.

Pour permettre d'optimiser les soins prodigués à ces patients, cette étude vise ainsi à dépister et, le cas échéant, quantifier les différences éventuelles entre l'évaluation par les médecins de l'impact sur la qualité de vie des patients, comparativement à l'évaluation faite par les patients eux-mêmes, ce qui n'a jamais été proposé sous cette forme dans la littérature jusqu'à présent.

II. MATERIELS ET METHODES

1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la qualité de vie de patients atteints de PTI primaire suivis en ville en France avec un questionnaire validé ITP - PAQ traduit en français. Les objectifs secondaires seront tout d'abord d'étudier la corrélation entre le score de qualité de vie obtenu par le patient avec celui évalué par son médecin traitant et son médecin spécialiste référent pour chaque patient, et d'apprécier les déterminants de de qualité de vie, qu'ils soient liés au patient, à la maladie et son traitement ou au système de soins.

2. Type d'étude

Notre étude est observationnelle quantitative transversale avec recueil de données par entretien direct ou téléphonique pour les patients, entretien téléphonique avec les médecins généralistes et entretien direct ou téléphonique avec les médecins spécialistes.

3. Modalités administratives

Cette étude est soumise à une déclaration auprès de la CNIL/RGPD de l'AP-HM et à l'avis du Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée. Cette étude s'est déroulée au sein du CHU Timone et du CHITS. Tous les patients présentant les critères d'inclusion et ne s'étant pas opposés à la récupération de leurs données ont été inclus (recueil de la non-opposition suffisante pour les études observationnelles de qualité de vie).

4. Sélection de patients

Nous avons sollicité des patients consécutifs pris en charge à partir de janvier 2020 au sein du centre de référence maladies rares cytopénies auto-immunes constitutif de La Timone et au sein du centre hospitalier intercommunal Toulon La Seyne.

a) Critères d'inclusion

- Age supérieur à 18 ans ;
- Patients suivis en consultation ou en hôpital de jour
- Atteints de PTI primaire chronique ou persistant
- Diagnostic établi il y a plus de 3 mois

b) Critères d'exclusion

- Patients sous protection juridique (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice)
- Opposition du patient

5. Calcul d'effectif

Au vu des effectifs attendus, du personnel disponible pour mener la recherche et de la pertinence d'études antérieures avec un effectif relativement faible, nous avons décidé de fixer le nombre minimum de patients à inclure dans l'étude à 30.

6. Déroulement de l'étude

Nous avons décidé d'inclure les patients suivis dans deux centres hospitaliers. Dans l'hypothèse où la population suivie en centre de référence des maladies rares (CHU Timone, Marseille) soit sujette à des biais d'inclusion, il a été décidé de mener cette étude transversalement dans le centre de référence des maladies rares et en centre hospitalier intercommunal (CHITS Toulon La Seyne-sur-Mer).

Les inclusions ont duré du mois de janvier à juillet 2021 auprès des patients suivis en ambulatoire par les services de médecine interne du CHU Timone et du CHITS. Les

patients étaient contactés par téléphone pour recueillir leur consentement puis répondre aux items du questionnaire ITP-PAQ FR. Les réponses étaient recueillies sans participation du médecin traitant ou spécialiste référent.

Le médecin traitant et le spécialiste référents étaient ensuite contactés, par téléphone ou en présentiel, pour renseigner les items du questionnaire ITP-PAQ FR simplifié. Les questionnaires spécialistes référents et médecin traitant pouvaient être complétés, ou non, au décours d'une consultation avec le patient. Les questionnaires une fois remplis étaient remis à l'investigateur de l'étude, archivés sous forme papier.

7. Recueil des données

Description des données

Nous avons recueillis auprès de chaque patient les données socio-démographiques suivantes : l'âge, l'année de naissance, le sexe, le statut marital, le niveau d'étude, le nombre de personnes vivant dans le foyer, la distance d'un centre de recours en urgence, la pratique ou ancienne pratique de sport à risque traumatique, le suivi en centre de référence de maladies rares, le délai depuis la dernière consultation avec le médecin généraliste traitant.

Nous avons recueillis auprès du médecin interniste spécialiste traitant les données cliniques suivantes : les antécédents de transfusion en Concentré de Globules Rouges (CGR) ou plaquettes, le nombre d'années écoulées depuis le diagnostic initial de PTI, le nombre d'hospitalisation dans les douze derniers mois, le nombre de consultation en urgence (téléphonique ou en présentiel) dans les douze derniers mois, les traitements antérieurs et en cours (aucun, corticoïdes et dérivés, immunoglobuline, immunosuppresseur, rituximab, analogue des récepteur à la thrombopoïétine, splénectomie).

8. Outils utilisés

a. Questionnaire ITP-PAQ FR

Après obtention de l'accord du laboratoire AMGEN, nous avons utilisé la version française du questionnaire ITP-PAQ qui a été validé chez l'adulte atteint de PTI. Le questionnaire est composé de 44 items répartis en quatre sous-domaines différents : santé physique (15 questions), santé psychique (10 questions), qualité de vie globale (13 questions) et problèmes de santé spécifiques aux femmes (6 questions).

Le questionnaire nécessite entre 15 et 35 minutes pour être complété. Les réponses sont notées sur des échelles de Likert gradée de 0 à 4 et 0 à 6 en fonction des items, 0 étant le moins bon et 6 le meilleur score. Le score de l'échelle est la moyenne de tous les éléments de l'échelle. Le score de l'échelle va de 0 à 100, les scores plus élevés indiquant arbitrairement une meilleure qualité de vie.

b. Questionnaire médecin et spécialiste traitant

Pour cette étude, nous avons sélectionné 17 items du questionnaire ITP-PAQ FR en accord avec l'investigateur principal, qui semblent pertinents pour le clinicien concernant la qualité de vie de son patient et explorant les quatre sous-domaines (santé physique, santé psychique, qualité de vie globale et santé de la femme). La réduction du nombre d'items et par extension de la durée de réponse au questionnaire, permettait ainsi d'obtenir un plus grand nombre de réponses des praticiens.

c. Analyse statistique des données

Data management

Afin d'assurer l'homogénéité, toutes les données ont été recueillies et saisies par un seul et même observateur sur un fichier anonymisé. Le répertoire non anonymisé tenu à jour le temps de l'enquête est conservé sur un support papier non informatisé.

Analyse statistique

En préalable des analyses sur les scores ITP-PAQ et les scores calculés sur les quatre dimensions, des tests de Cronbach ont été effectués sur les réponses aux blocs de questions relatifs à ces quatre dimensions afin d'évaluer leur cohérence qui s'exprime à travers le coefficient alpha. Une bonne cohérence se traduit par un coefficient alpha supérieur à 0,7.

L'analyse des facteurs pouvant impacter sur le score ITP-PAQ a été effectuée par des régressions linéaires simples, avec en complément des analyses de variances (ANOVA) pour les variables qualitatives ayant plus de trois modalités (exemple : classes thérapeutiques). Les résultats sont traduits en termes de différence estimée avec leurs intervalles de confiance de 95%.

Analyse statistique entre tests patients et tests médecins

Les associations entre le score ITP-PAQ patient et les évaluations des médecins traitants et spécialistes traitants ont été étudiées avec des tests paramétriques de corrélation de Pearson permettant d'estimer le coefficient « r ».

Analyse statistique entre tests patients en centre de référence et en hôpital intercommunal

Une analyse en sous-groupe « patients suivis en centre de référence » et « patients suivi en hôpital intercommunal » a été réalisée afin de limiter les potentiels biais de sélection.

Les analyses statistiques et graphiques ont été effectuées sur le logiciel R version 3.5.1.

III. RESULTATS

1. Descriptif de la population

Les questionnaires ITP-PAQ ont été complétés par 35 patients, 31 médecins spécialistes et 33 médecins généralistes de janvier à juillet 2021. Quatre médecins spécialistes avaient reçu en consultation le patient depuis plus d'un an, ce qui empêchait l'évaluation pertinente de leur qualité de vie. Deux patients n'avaient pas de médecin généraliste traitant.

Le **tableau 1** résume les caractéristiques de la population ainsi étudiée.

a. Données démographiques

Soixante pourcent des patients étaient des femmes, avec un âge médian de 60 ans et ayant dans deux tiers des cas, au moins deux personnes qui composent leur foyer. Soixante pourcent des patients étaient suivis en centre de référence des maladies rares au CHU Timone et 40% au CHITS.

Tableau 1: Caractéristiques de la population

Variable	Total (N=35)
Age, moyenne \pmec	57.34 \pm 20.51
Age, médiane (min;max) [1er-3e quartiles]	60 (19 ; 88) [42 - 75]
Année de naissance, moyenne \pmec	1963.11 \pm 20.51
Année de naissance, médiane (min;max) [1er-3e quartiles]	1960 (1933 ; 2002) [1945 - 1978]
Sexe, n/N (%)	
- F	21/35 (60.00%)
- M	14/35 (40.00%)
Statut marital, n/N (%)	
- célibataire	7/35 (20.00%)
- divorcé(e)	3/35 (8.57%)
- en couple	4/35 (11.43%)
- marié(e)	16/35 (45.71%)
- PACSé(e)	3/35 (8.57%)
- veuf(ve)	2/35 (5.71%)
Niveau d'études, n/N (%)	
- apprentissage	1/35 (2.86%)
- bac	7/35 (20.00%)
- bac+2	6/35 (17.14%)
- bac+3	3/35 (8.57%)
- bac+5	2/35 (5.71%)
- BEP	2/35 (5.71%)
- brevet	1/35 (2.86%)
- BTS	3/35 (8.57%)
- CAP	6/35 (17.14%)
- certificat d'études	3/35 (8.57%)
- doctorat	1/35 (2.86%)
Nombre de personnes vivant dans foyer, n/N (%)	
- 1	9/35 (25.71%)
- 2	17/35 (48.57%)
- >2	9/35 (25.71%)
Distance d'un centre hospitalier du domicile, n/N (%)	
- <30 minutes	28/35 (80.00%)
- >30 minutes	7/35 (20.00%)
Pratique de sport à risque ancienne ou actuelle, n/N (%)	6/35 (17.14%)
Suivi en centre de référence, n/N (%)	21/35 (60.00%)
Délai dernière consultation avec médecin traitant, n/N (%)	(N=34), 1 MD
- <1 mois	14/34 (41.18%)
- 1-5 mois	14/34 (41.18%)
- 6-11 mois	3/34 (8.82%)
- 12 mois et plus	3/34 (8.82%)
Délai dernière consultation avec médecin spécialiste, n/N (%)	
- <1 mois	5/35 (14.29%)
- 1-5 mois	17/35 (48.57%)

- 6-11 mois	4/35 (11.43%)
- 12 à 36 mois	9/35 (25.71%)
ATCD transfusion en CGR ou plaquettes, n/N (%)	12/35 (34.29%)
Nombres d'années depuis diagnostic, n/N (%)	
- 1-2 ans	4/35 (11.43%)
- 3-5 ans	8/35 (22.86%)
- 5-10 ans	12/35 (34.29%)
- >10 ans	11/35 (31.43%)
Nombre d'hospitalisations <12 mois, n/N (%)	
- 0	25/35 (71.43%)
- 1	6/35 (17.14%)
- 2	4/35 (11.43%)
Nombre de consultations en urgence <12 mois, n/N (%)	
- 0	21/35 (60.00%)
- 1	8/35 (22.86%)
- 2	4/35 (11.43%)
- 3	1/35 (2.86%)
- 5	1/35 (2.86%)
Traitement en cours AUCUN, n/N (%)	9/35 (25.71%)
Traitement en cours CORTICOIDES, n/N (%)	7/35 (20.00%)
Traitement en cours RITUXIMAB, n/N (%)	0/35 (0.00%)
Traitement en cours IMMUNOSUPPRESSEUR, n/N (%)	1/35 (2.86%)
Traitement en cours ANALOGUE RECEPTEUR TPO n/N (%)	13/35 (37.14%)
Traitement en cours SPLENECTOMIE, n/N (%)	9/35 (25.71%)
Traitement antérieur CORTICOIDES, n/N (%)	33/35 (94.29%)
Traitement antérieur RITUXIMAB, n/N (%)	12/35 (34.29%)
Traitement antérieur ANALOGUE RECEPTEUR TPO, n/N (%)	10/35 (28.57%)

b. Données cliniques

Sur l'ensemble des patients inclus dans cette étude, 11% sont suivis depuis 1 à 2 ans, 23% depuis 3-5 ans, 34% depuis 5 à 10 ans et 32% depuis plus de 10 ans. Concernant les traitements, 25% des patients de l'étude n'ont pas de traitement, 20% sont traités par corticoïdes et 37% par des agonistes du récepteur de la TPO. Au cours de la dernière année, près d'un tiers des patients (28,5%) ont été hospitalisés au moins une fois en raison de leur maladie et environ 40% d'entre eux ont sollicité une consultation en urgence, téléphonique ou en présentiel, auprès de leur médecin spécialiste et/ou généraliste.

2. Score de qualité de vie ITP-PAQ et score des sous-domaines

Afin d'étudier les résultats des questionnaires patients et médecins, nous avons au préalable réalisé des tests de Cronbach afin de vérifier la validité interne des réponses aux items des différents sous-domaines : santé physique, santé psychique, santé spécifique aux femmes et qualité de vie globale. Le coefficient alpha supérieur à 0.7 permet d'affirmer la fiabilité des résultats et ainsi la bonne cohérence des réponses au questionnaire. (**Tableau 2**)

Tableau 2: Résultats des tests de Cronbach

ITEMS	Coefficient alpha
Santé physique	0,84 (N=35)
Santé psychique	0,88 (N=35)
Santé spécifique aux femmes	0,74 (N=11)
Qualité de vie globale	0,87 (N=35)

Le score ITP-PAQ varie entre 0 (score le plus bas) à 157 pour les hommes et 181 pour les femmes (score le plus haut). (**Tableau 3**) Les réponses aux 44 items pour les femmes et 38 items pour les hommes sont cotées selon une échelle de Lickert. Celle-ci varie entre 0 (« tout le temps » pour les symptômes, les effets indésirables des traitements, le stress, la sensation d'être triste, « fortement d'accord » ou « extrêmement » pour les impacts du PTI sur la qualité de vie) et 4 ou 6 (« jamais », « pas du tout » concernant l'impact du PTI et/ou des traitements ou « fortement en désaccord » sur le retentissement de la maladie dans la vie quotidienne).

Tableau 3: Scores ITP-PAQ patients

Scores	Minimum-Maximum	Moyenne (écart type)	Médiane (25 ^{ième} -75 ^{ième} percentile)
Santé physique	16 - 63	48 ±12.08*	52 [40.5 - 58]
Santé psychique	11 - 40	32.54 ±8.22*	36 [29.5 - 38.5]
Santé de la femme	4 - 24	15.42 ±6.67, 23 MD	16.5 [9.75 - 19.25], 23 MD
Qualité de vie globale	11 - 53	37.26 ±11.34	36 [28.5 - 47.5]
ITP-PAQ total	57 - 175	123.77 ±29.47	127 [109.5 - 142.5]

Dans cette étude, nous remarquons que les patients interrogés souffrant de PTI présentent un score de qualité de vie haut en moyenne, tant sur le plan global (moyenne 37.26 sur 53 score maximal), que sur le plan physique (moyenne 48 sur 64 score maximal) et psychologique (moyenne 35.54 sur 40 score maximal). Quand nous nous intéressons aux résultats du sous-domaine « santé de la femme », nous observons à contrario une nette diminution de la qualité de vie (moyenne 15.42 sur 24 score maximal).

L'analyse des réponses à chaque item du questionnaire de qualité de vie ITP-PAQ dans les quatre sous-domaines a été modélisée dans les figures ci-dessous.

a. Impact du PTI sur la santé physique

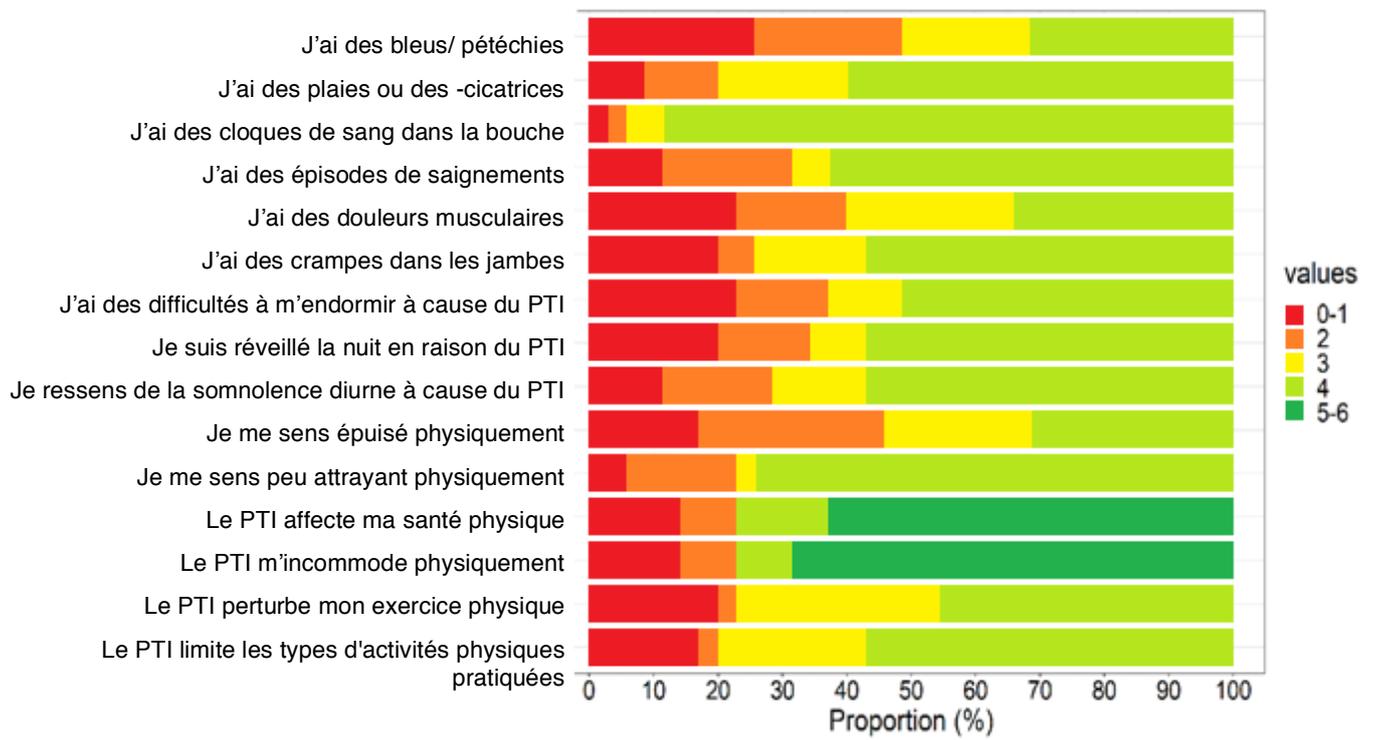


Figure 1: Proportions des patients (%) rapportant un impact sur leur santé physique.

Durant les quatre dernières semaines précédant le questionnaire, les patients atteints de PTI ont évalué l'impact de la maladie sur leur santé physique. Les symptômes les plus fréquents (de « tout le temps » à « parfois ») sont les bleus ou pétéchies (70%), l'épuisement physique (47%), les douleurs musculaires (40%) et les difficultés d'endormissement (36%). Cinquante-trois pourcent des patients estiment que la maladie perturbe leur exercice physique et 42% que le PTI limite les types d'activités physiques pratiquées.

b. Impact du PTI sur la santé psychique

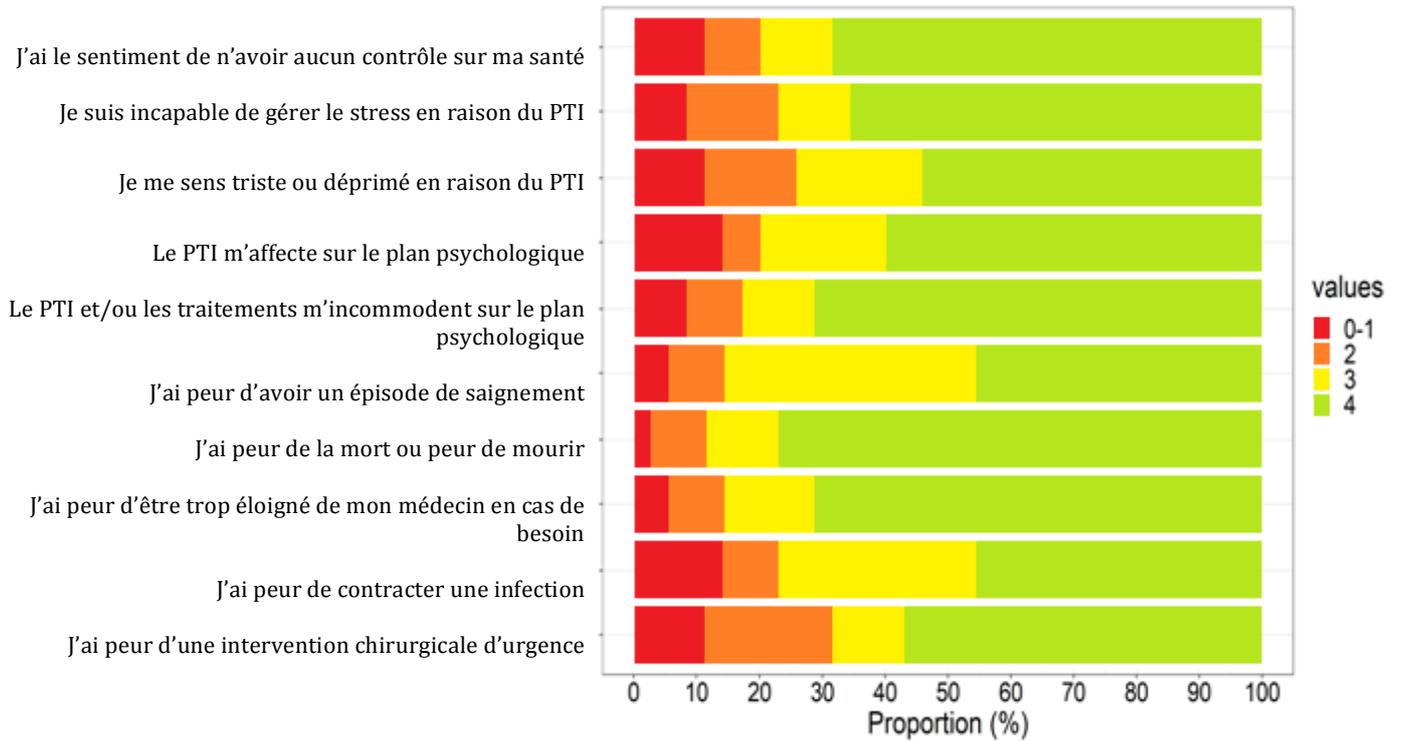


Figure 2: Proportion des patients (%) rapportant un impact sur leur santé psychique.

Concernant l'impact psychologique du PTI, nous observons que 55% ont peur d'avoir un épisode de saignement ou de contracter une infection. Près de la moitié des patients se sentent tristes ou déprimés en raison de la maladie (45%), 32% incapables de gérer le stress en lien avec celle-ci. Quotidiennement, 12% des patients se sentent affectés par le PTI et 24% ont peur de mourir. Enfin, près d'un tiers des patients (29%) ont peur d'être trop éloigné de leur médecin au cas où ils auraient besoin de recevoir des soins médicaux.

c. Impact du PTI sur la santé de la femme

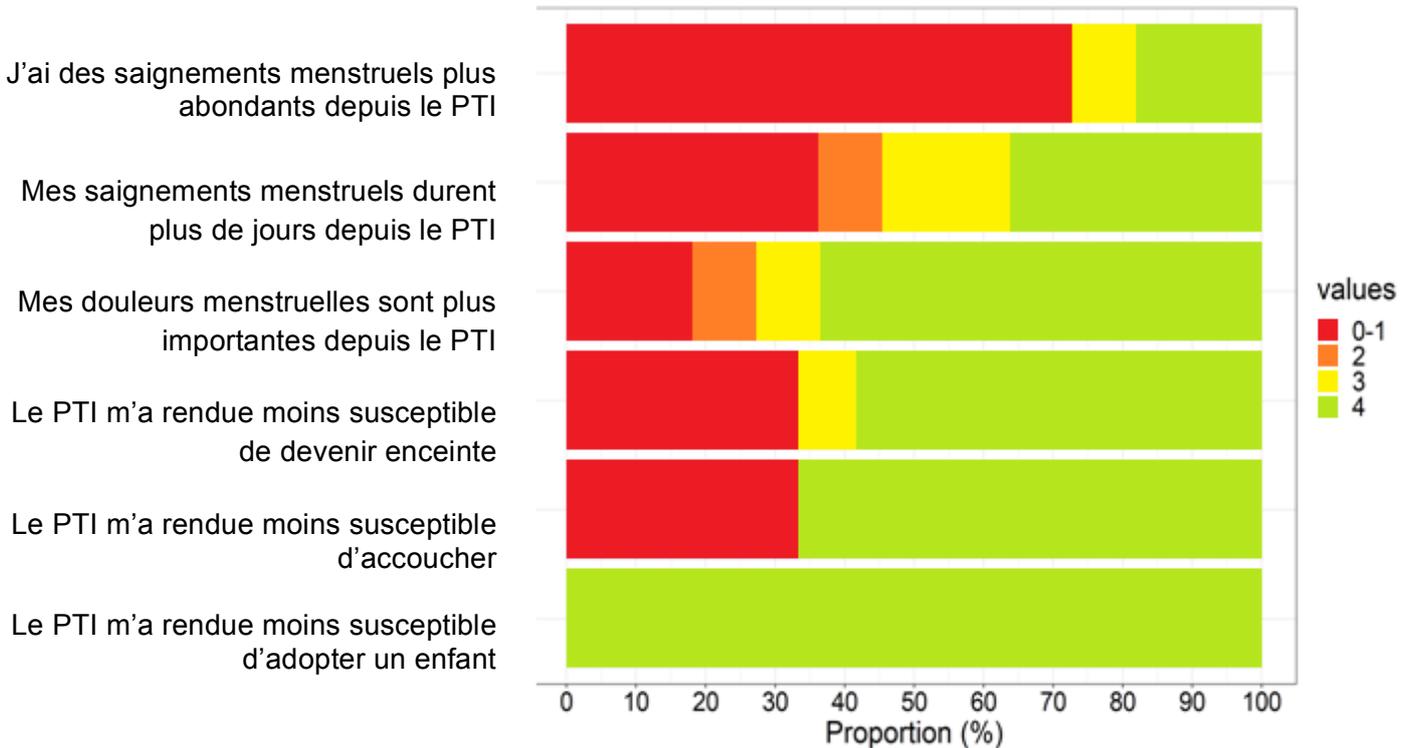


Figure 3: Proportion de patients (%) rapportant un effet sur le plan gynécologique.

Sur le plan gynécologique, l'impact du PTI apparaît nettement plus important avec 72% des patientes qui estiment avoir des saignements extrêmement abondants depuis l'apparition de la maladie. Chez 36% des patientes, ces saignements plus longs sont accompagnés de douleurs plus intenses. Enfin, un tiers des patientes (33%) estiment que le PTI les a rendues extrêmement moins susceptibles de devenir enceintes ou d'accoucher. (**Figure 3**)

d. Impact du PTI sur la qualité de vie globale

En nous attachant ensuite aux items relatifs à la qualité de vie globale, nous observons qu'environ 20% des patients estiment que celle-ci est affectée par le PTI. Lorsque les questions deviennent plus spécifiques, l'impact du PTI augmente de manière importante. En effet, près de la moitié des patients (47%) affirment que le PTI les empêche de faire des choses dans la vie qu'ils aimeraient faire et que 46% d'entre eux ont apporté des changements importants à leur mode de vie. Vingt-neuf pourcent des patients se sentent fréquemment incapables de mener une vie sociale normale, un tiers d'entre eux (33%) évoque le fait que la maladie limite leur capacité à participer à des activités sociales, notamment pour 48% des patients par crainte de contracter une infection. **(Figure 4)**

Pour la majorité des patients (76%), le PTI n'a pas d'impact sur les activités de leur conjoint, partenaire ou famille. **(Figure 4)**

e. Impact du PTI sur l'activité professionnelle

Pour plus de 80% des patients, le PTI n'a pas eu d'impact dans leur choix de carrière, ni dans la capacité d'obtenir une promotion dans le cadre de leur emploi (92%). Il n'a également pas perturbé négativement leur relation avec les collègues de travail (81%). **(Figure 4)**

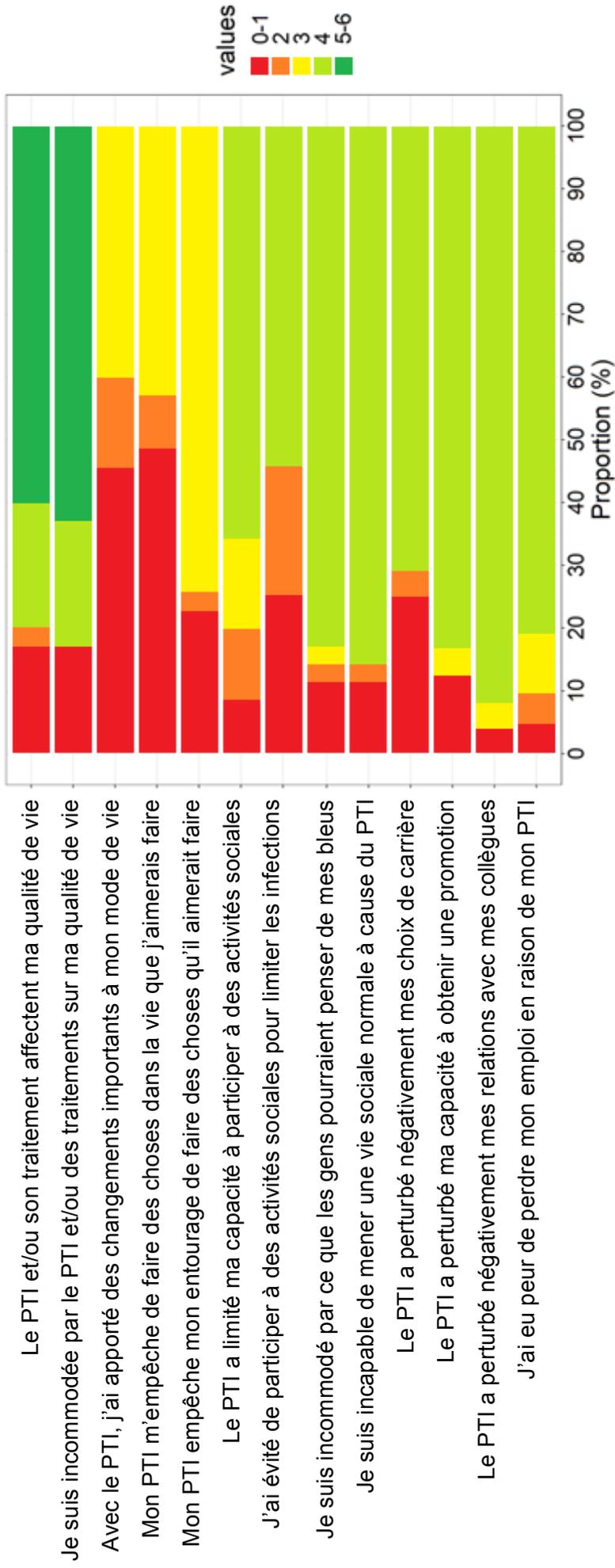


Figure 4 : Proportion de patients (%) rapportant un effet sur la qualité de vie globale.

3. Analyse univariée du score ITP-PAQ

Afin de déterminer si certains facteurs pouvaient être discriminants dans la qualité de vie des patients, nous avons réalisé une analyse univariée par régression linéaire simple, complétée par un test ANOVA lorsque la variable possède plus de trois modalités.

Les résultats sont représentés dans les quatre tableaux suivants (Tableau 4, 5, 6) permettant une analyse selon les critères démographiques, thérapeutiques et cliniques de la population étudiée.

a. Critères démographiques

Dans notre population étudiée, nous observons une qualité de vie diminuée chez les femmes de -10.10 points de manière non significative ($p=0.328$) (**Tableau 4**). Il n'a pas été observé de différences statistiquement significatives selon le statut marital et le niveau d'étude des patients. Nous pouvons souligner la tendance à l'augmentation du score de qualité de vie, lorsque le foyer du patient comporte deux ou plus de deux personnes (respectivement + 12.41 avec $p=0.395$ et + 18.44 points avec $p=0.195$) (**Tableau 4**).

Sur le plan géographique, la proximité du domicile à moins de trente minutes d'un centre hospitalier n'influe pas sur la qualité de vie des patients (+ 0.82 points avec $p=0.949$). De même, les patients suivis en centre de référence universitaire des maladies rares ne présentent pas de différence de qualité de vie significative (+ 5.21 points avec $p=0.615$) (**Tableau 4**).

Tableau 4 : Analyse univariée des scores ITP-PAQ sur critères démographiques

Variable	Valeur de référence	Valeur comparée	Différence estimée [IC 95%]	p-value	ANOVA p-value
Age	Variable continue		-0.13 [-0.62 - 0.36]	0.607	0.603
Sexe	F	M	-10.10 [-30.03 - 9.84]	0.328	
Statut marital	célibataire	divorcé(e)	2.19 [-38.24 - 42.62]	0.916	0.321
		en couple	7.36 [-29.37 - 44.08]	0.697	
		marié(e)	14.98 [-11.57 - 41.53]	0.278	
		PACSé(e)	38.19 [-2.24 - 78.62]	0.074	
		veuf(ve)	8.36 [-38.62 - 55.34]	0.730	
Niveau d'études	apprentissage	bac	-17.43 [-84.16 - 49.30]	0.613	0.884
		bac+2	0.00 [-67.42 - 67.42]	1.000	
		bac+3	-0.67 [-72.74 - 71.41]	0.986	
		bac+5	4.50 [-71.94 - 80.94]	0.909	
		BEP	16.50 [-59.94 - 92.94]	0.676	
		brevet	-25.00 [-113.27 - 63.27]	0.584	
		BTS	21.33 [-50.74 - 93.41]	0.567	
		CAP	7.33 [-60.08 - 74.75]	0.833	
		certificat d'études	5.67 [-66.41 - 77.74]	0.879	
		doctorat	9.00 [-79.27 - 97.27]	0.843	
Nombre de personnes vivant dans foyer	1	2	12.41 [-11.45 - 36.27]	0.316	0.395
		>2	18.44 [-8.84 - 45.73]	0.195	
Distance d'un centre	<30 minutes	>30 minutes	0.82 [-23.95 - 25.59]	0.949	
Sport à risque	Non	Oui	10.53 [-15.51 - 36.58]	0.434	
Suivi en centre de référence	Non	Oui	5.21 [-14.93 - 25.36]	0.615	

b. Critères thérapeutiques

Nous avons comparé dans notre étude les scores de qualité de vie des patients atteints de PTI en fonction de leurs traitements actuels et passés.

Concernant les traitements actuels, nous remarquons que les patients n'ayant aucun traitement actuellement et ceux traités par splénectomie semblent avoir des meilleurs scores de qualité de vie, de manière non significative avec respectivement une augmentation de +12.12 points ($p=0.286$) et + 8.50 points ($p=0.498$) (**Tableau 5**). Le traitement par corticothérapie à l'inverse enregistre la baisse de qualité de vie la plus importante avec la perte de -17.93 points ($p=0.143$) (**Tableau 5**).

Tableau 5 : Analyse univariée des scores ITP-PAQ selon thérapeutique actuelle

Traitement actuel	Valeur de référence	Valeur comparée	Différence estimée (IC 95%)	p-value	ANOVA p-value
Aucun	Non	Oui	12.12 [-10.17 - 34.42]	0.294	0.286
Corticoïdes	Non	Oui	-17.93 [-41.93 - 6.08]	0.153	0.143
Immunosuppresseur	Non	Oui	-6.97 [-66.40 - 52.46]	0.820	0.818
Splénectomie	Non	Oui	8.50 [-16.10 - 33.10]	0.503	0.498
Analogue récepteur thrombopoïétine	Non	Oui	-10.16 [-30.37 - 10.05]	0.332	0.324

Lorsque nous nous attachons au score ITP-PAQ selon les thérapeutiques antérieures, nous n'observons pas de différences statistiquement significatives mais une tendance à la diminution de la qualité de vie principalement sous immunosuppresseur (- 16.98 points avec $p=0.440$), sous corticothérapie (-16.68 points avec $p=0.082$) et sous rituximab (-12.59 points avec $p=0.227$) comparativement aux analogues des récepteurs de la thrombopoïétine (-9.20 points avec $p=0.406$) (**Tableau 6**).

Tableau 6 : Analyse univariée des scores ITP-PAQ selon thérapeutiques antérieures

Traitement antérieur	Valeur de référence	Valeur comparée	Différence estimée [IC 95%]	p-value	ANOVA p-value
Corticoïdes	Non	Oui	-16.68 [-58.99 - 25.63]	0.445	0.440
Immunosuppresseur	Non	Oui	-16.98 [-36.15 - 2.18]	0.092	0.082
Analogue récepteur thrombopoïétine	Non	Oui	-9.20 [-30.91 - 12.51]	0.412	0.406
Rituximab	Non	Oui	-12.59 [-33.02 - 7.84]	0.236	0.227

c. Critères cliniques

Nous avons comparé les scores ITP-PAQ selon les critères cliniques du patient notamment les antécédents de transfusion de CGR et/ou plaquettes, le nombre d'années depuis le diagnostic initial de PTI, le délai écoulé depuis la dernière consultation avec le médecin généraliste traitant et le médecin spécialiste traitant, le nombre de consultations en urgence dans les douze derniers mois auprès d'un des deux praticiens (en présentiel, téléconsultation ou échange de mails) ainsi que le nombre d'hospitalisations dans les douze derniers mois.

Les scores de qualité de vie des patients atteints de PTI ne sont pas impactés de manière statistiquement significative par l'antécédent de transfusion (+ 4.91 points avec $p=0.647$ vs non transfusé) ou le nombre d'années écoulées depuis le diagnostic initial (+0.75 points si diagnostic établi il y a 3 à 5 ans avec $p=0.911$, -7.33 points si diagnostic établi il y a 5 à 10 ans avec $p=0.681$ et -7.59 points si diagnostic établi il y a plus de 10 ans avec $p=0.674$) (**Tableau 7**).

En revanche, nous retrouvons une différence marquée dans le score ITP-PAQ statistiquement significative lorsque le délai depuis la dernière consultation avec le médecin traitant est de 6 à 11 mois (-45.62 points avec $p=0.013$) et dans une moindre mesure lorsque celui-ci est de 1 à 5 mois (-4.14 points avec $p=0.016$) (**Tableau 7**).

Tableau 7 : Analyse univariée des scores ITP-PAQ selon critères cliniques

Variable	Valeur de référence	Valeur comparée	Différence estimée [IC 95%]	p-value	ANOVA p-value
Délai dernière consultation médecin généraliste	<1 mois	1-5 mois	-4.14 [-24.18 - 15.89]	0.688	0.016
		6-11 mois	-45.62 [-79.34 - -11.89]	0.013	
		12 mois et plus	22.38 [-11.34 - 56.11]	0.203	
Délai dernière consultation médecin spécialiste	<1 mois	1-5 mois	-28.40 [-55.89 - -0.91]	0.052	0.049
		6-11 mois	-21.90 [-58.14 - 14.34]	0.245	
		12 à 36 mois	-1.29 [-31.42 - 28.85]	0.934	
ATCD transfusionnel	Non	Oui	4.91 [-15.90 - 25.72]	0.647	
Nombre d'années depuis diagnostic initial	1-2 ans	3-5 ans	0.75 [-35.97 - 37.47]	0.968	0.911
		5-10 ans	-7.33 [-41.96 - 27.29]	0.681	
		>10 ans	-7.59 [-42.61 - 27.42]	0.674	
Nombre d'hospitalisations <12 mois	0	1	-21.53 [-45.08 - 2.02]	0.083	0.006
		2	-41.45 [-69.35 - -13.55]	0.006	
Nombre de consultations en urgence <12 mois	0	1	-18.82 [-39.33 - 1.70]	0.082	0.002
		2	-46.44 [-73.37 - -19.51]	0.002	
		3	-29.19 [-79.72 - 21.34]	0.267	
		5	35.81 [-14.72 - 86.34]	0.175	

De même, les scores de qualité de vie des patients diminuent de manière statistiquement significative lorsque la dernière consultation auprès du spécialiste traitant est comprise entre 1 et 5 mois (-28.40 points avec $p=0.049$), témoignant de l'activité de la maladie (**Tableau 7**).

En outre, le critère d'hospitalisation dans les douze derniers mois impacte de manière significative la qualité de vie des patients à partir d'une seule hospitalisation avec une baisse de -21.53 points ($p=0.006$) et s'intensifie à partir de deux hospitalisations avec une baisse de -41.45 points ($p=0.006$) (**Tableau 7**).

Enfin, nous observons que les patients atteints de PTI, qui sollicitent leur médecin en urgence entre une à deux fois dans la dernière année, ont un score de qualité de vie impacté avec une perte de -46.44 points ($p=0.002$). Cette tendance s'inverse de manière non significative, lorsque les patients sollicitent cinq fois par an leur médecin avec une augmentation du score de qualité de vie de +35.81 points ($p=0.175$) (**Tableau 7**).

4, Evaluation des médecins généralistes traitants

Nous avons apparié pour chaque patient la réponse de son médecin traitant selon les données fournies par le patient. Un test paramétrique de corrélation de Pearson a été réalisé afin de calculer la variable « rho ». Nous considérons qu'une valeur $\rho > 0.7$ indique une bonne corrélation entre les réponses des patients et de leurs médecins. Plus sa valeur se rapproche de la valeur 1, plus la corrélation entre les réponses données est forte.

Nous avons modélisé les résultats par des droites de régression. (**Figure 5**) La corrélation linéaire est considérée comme bonne lorsque la droite est ascendante et les points se rapprochent de la droite.

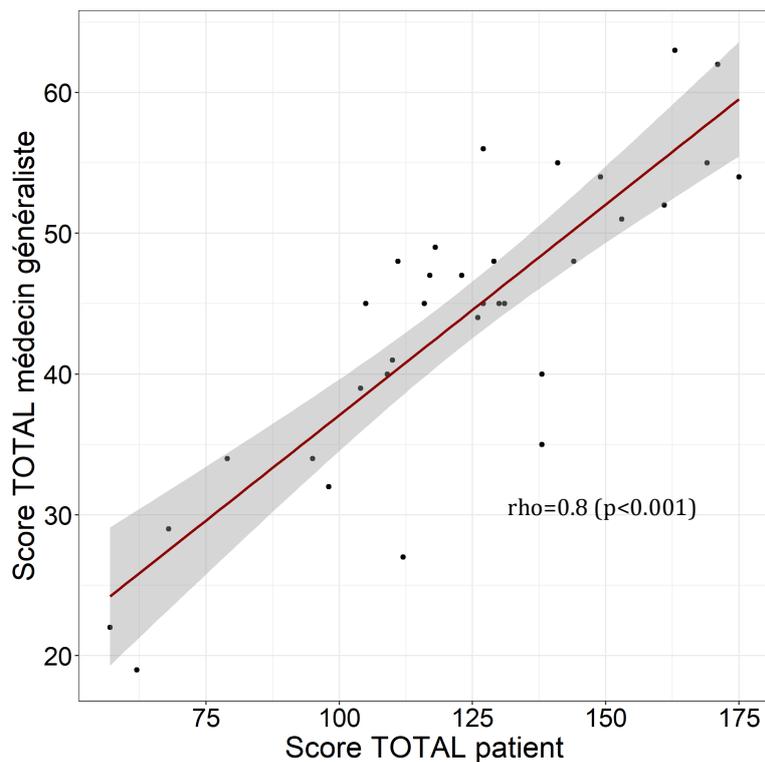


Figure 5 : Corrélation entre score ITP-PAQ patient et évaluation par le médecin traitant

Nous remarquons que la droite est ascendante avec $\rho=0.80$ ($p<0.001$) ce qui montre que l'évaluation des médecins généralistes traitants est bien positivement corrélée au score ITP-PAQ de leurs patients (**Figure 5**).

Nous avons ensuite analysé chaque dimension explorée par le questionnaire ITP-PAQ en fonction de la question correspondante du questionnaire adressé aux médecins traitants. Un test de corrélation de Pearson a été répété pour chaque sous-domaine.

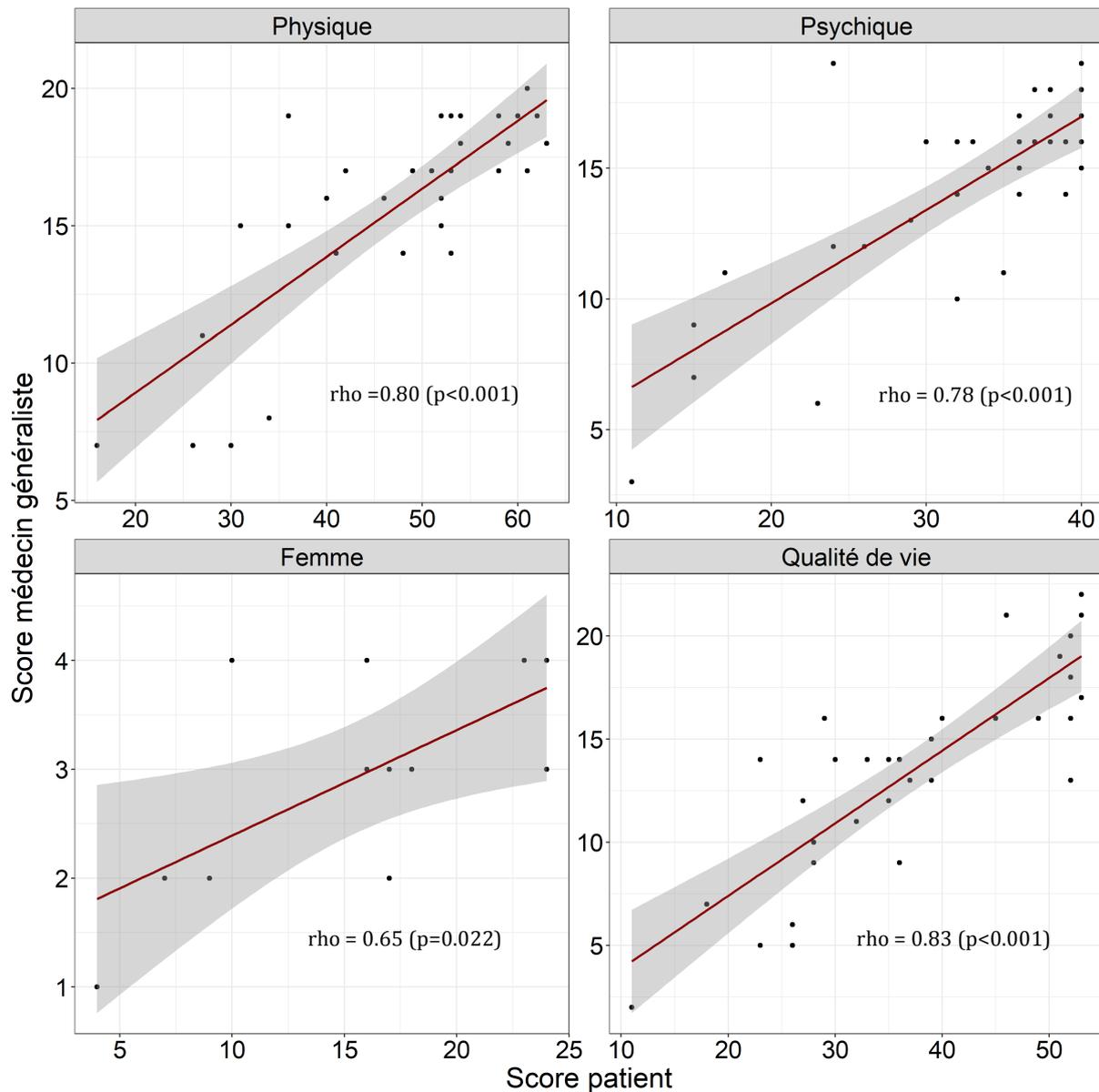


Figure 6 : Corrélation entre scores ITP-PAQ patient et médecin généraliste par sous-domaine

Ces résultats montrent que le médecin généraliste traitant évalue bien les quatre dimensions de la qualité de vie de leur patient, car les valeurs rho sont positives. Nous remarquons des valeurs de rho plus élevées pour la dimension de la santé physique (rho=0.80, p<0.001), de la qualité de vie globale (rho=0.83, p<0.001) et de la santé psychique (rho=0.78, p<0.001), montrant que ces sous-domaines sont mieux évalués par le médecin généraliste que l'impact sur la santé de la femme (Figure 6).

5. Evaluation du médecin spécialiste traitant

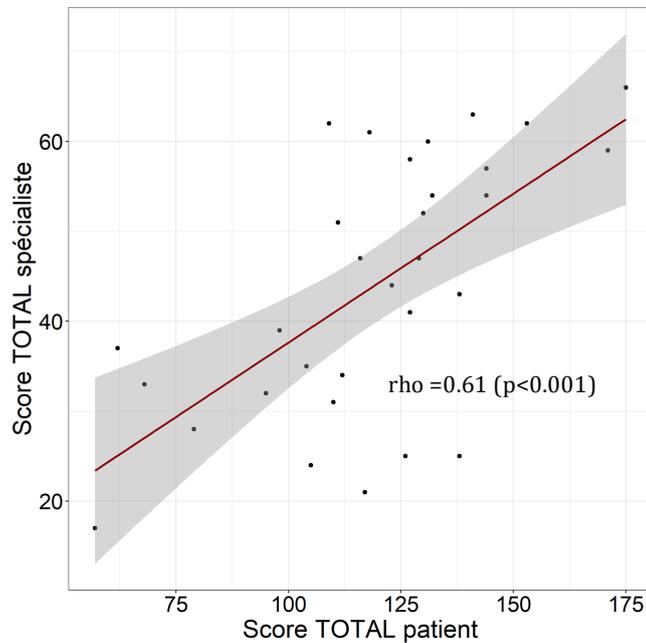


Figure 7: Corrélation entre score ITP-PAQ patient et évaluation par le médecin spécialiste traitant

Nous remarquons une droite ascendante avec un $\rho=0.61$ ($p<0.001$), ce qui montre que l'évaluation du médecin spécialiste traitant est positivement corrélée au score ITP-PAQ de leur patient (**Figure 7**).

Nous avons analysé la corrélation pour chaque sous-domaine du score ITP-PAQ du patient avec la question correspondante du questionnaire adressé au médecin spécialiste traitant, en utilisant un test paramétrique de Pearson.

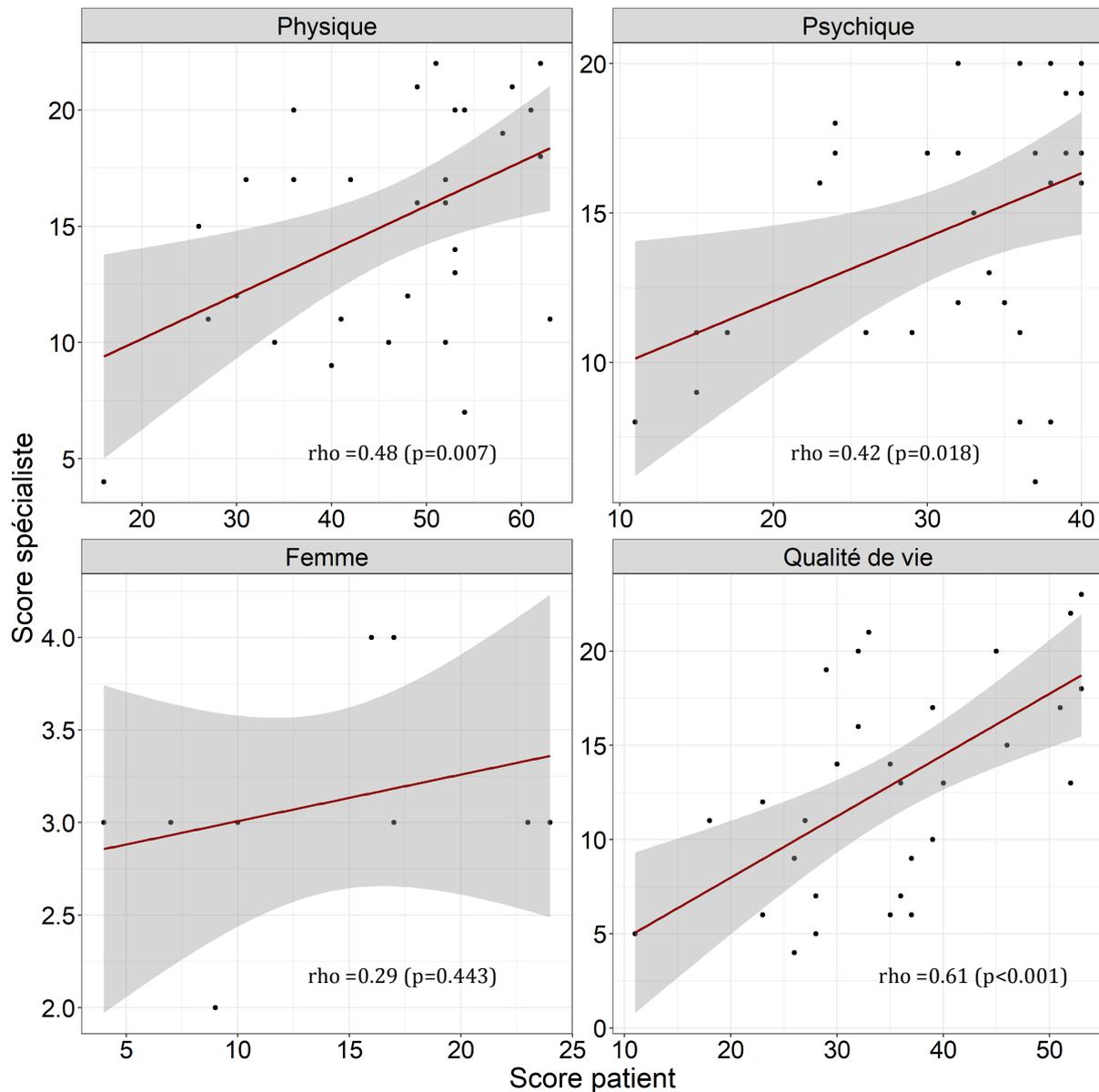


Figure 8: Corrélation entre score ITP-PAQ patient de chaque sous-domaine et évaluation par le spécialiste traitant.

Ces résultats montrent que les médecins spécialistes évaluent bien le sous-domaine qualité de vie globale de leurs patients ($\rho=0.61$, $p<0.001$). En revanche la corrélation d'évaluation de la santé physique apparaît moyenne ($\rho=0.48$, $p=0.007$), celle évaluant la santé psychique très faible ($\rho=0.42$, $p=0.018$) et celle de la santé de la femme indique que les scores entre patientes et médecins spécialistes ne vont pas dans le même sens ($\rho=0.29$, $p=0.443$) (**Figure 8**).

6. Corrélation entre médecins généralistes et médecins spécialistes

Les réponses des médecins généralistes et spécialistes traitants ont été corrélées et modélisées par une droite de régression.

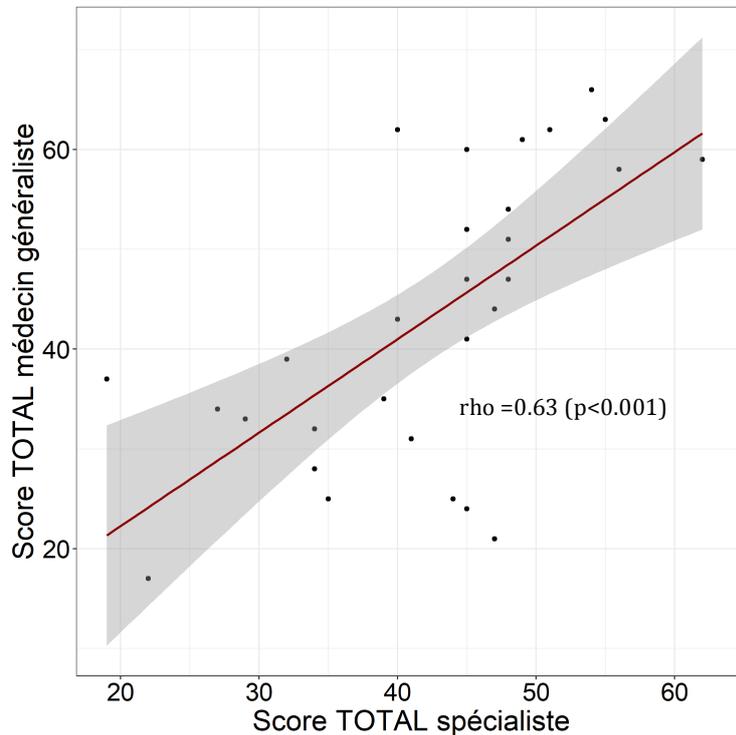


Figure 9: Corrélation score ITP-PAQ entre médecins généralistes et spécialistes

Le test paramétrique de corrélation de Pearson entre le score total ITP-PAQ des médecins généralistes et les médecins spécialistes permet d'obtenir un $\rho=0.63$ ($p<0.001$). Cette valeur permet de montrer que de manière globale l'évaluation des médecins spécialistes et des médecins généralistes sont corrélées positivement entre elles (**Figure 9**).

Nous avons ensuite étudié les corrélations des réponses entre médecins généralistes et spécialistes dans les quatre sous-domaines santé physique, santé psychique, santé de la femme et qualité de vie globale.

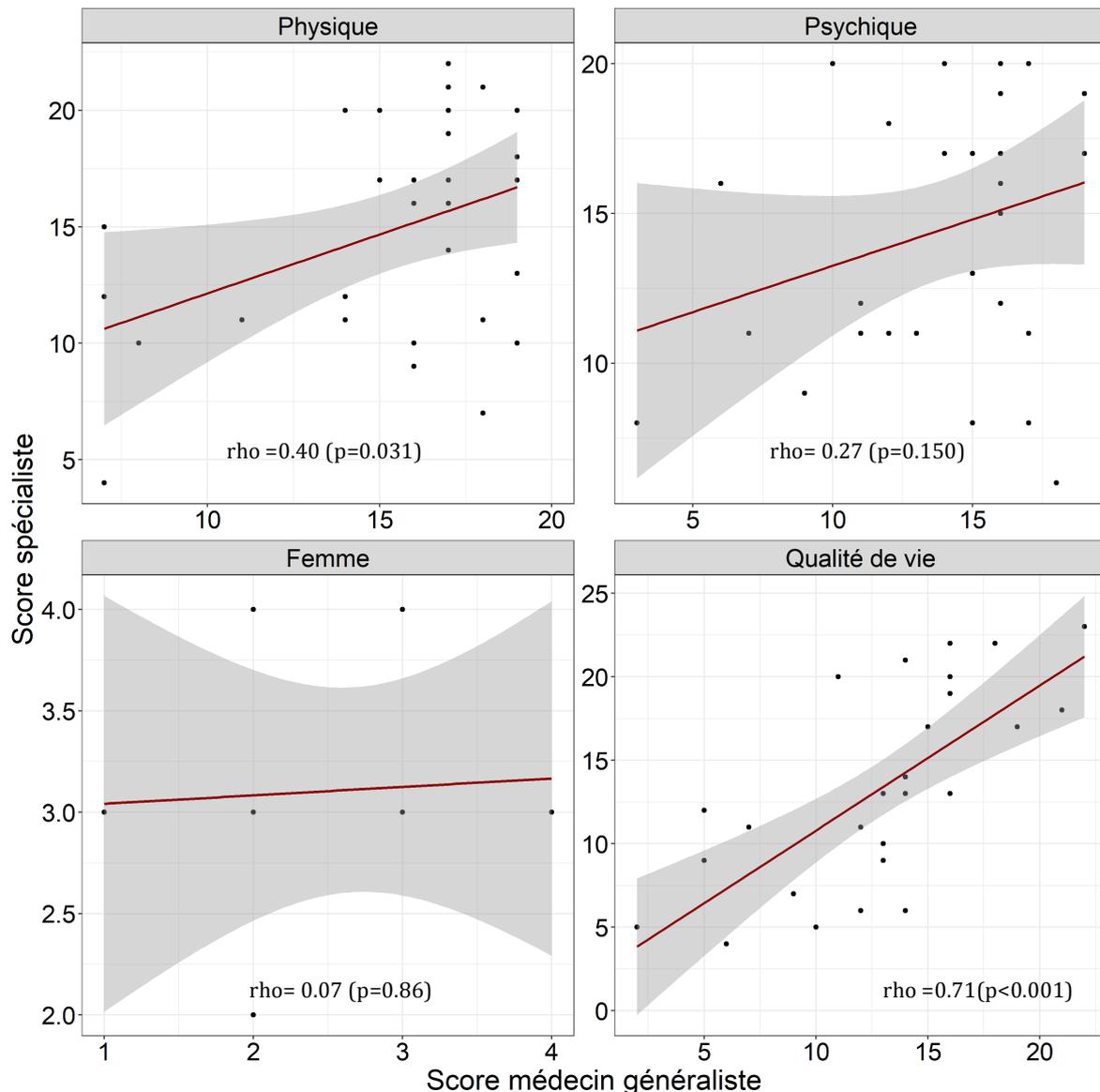


Figure 10 : Corrélation score ITP-PAQ entre médecins généralistes et médecins spécialistes par sous-domaine.

Ces analyses permettent de montrer qu'il y a une bonne corrélation des évaluations entre médecins spécialistes et médecins généralistes sur la qualité de vie globale de leurs patients ($\rho=0,71$, $p<0001$). En revanche, la corrélation est moyenne concernant la santé physique des patients ($\rho=0,40$, $p=0,031$) et absente concernant la santé psychique ($\rho=0,27$, $p=0,150$) et la santé de la femme ($\rho=0,07$, $p=0,86$). Les médecins généralistes évaluent plus précisément les sous-domaines santé physique (ρ 0.80 contre 0.48), santé psychique (ρ 0.78 contre 0.42) et santé de la femme (ρ 0.65 contre 0.29) comparativement aux médecins spécialistes (**Figure 10**).

IV. DISCUSSION

1. Descriptif de la population

Les caractéristiques de notre population diffèrent dans certaines caractéristiques des précédentes études liées à la QDV des patients atteints de PTI chronique, ce qui en fait son originalité.

En effet, il ressort de notre étude que l'âge médian des patients était de 60 ans (47 ans pour l'étude I-WISH²⁴ et 45 ans pour l'étude de *Susan D Mathias*²³) dont 60% de femmes (65% pour l'étude I-WISH²³ et 77% pour *Susan D Mathias*²³). Comparativement à l'étude de *Guillaume Moulis*⁵, notre population est représentative des populations de PTI décrites en France en terme d'âge et de sexe. N'ayant pas inclus d'enfants dans notre étude, ces résultats ne sont extrapolables que chez l'adulte.

En revanche, le diagnostic de PTI a été établi il y a moins de cinq ans pour 34% des patients de notre étude contre 5% pour l'étude I-WISH²⁵ et il y a plus de dix ans respectivement pour 65% des patients de notre étude contre 95% des patients de l'étude I-WISH²⁵ et 57% pour l'étude de *Susan D Mathias*.

De plus, il existe un biais d'inclusion découlant du fait que notre population est le plus souvent multi-traitée correspondant aux patients sévèrement atteints par la maladie. Les autres patients sont naturellement perdus de vue et n'ont plus de suivi régulier avec leur soignant. Néanmoins cette constatation ne diminue pas l'intérêt de notre étude, qui vise à éclairer la relation entre patient et soignant.

Le suivi en centre de référence est semblable avec 60% des patients au sein de notre étude contre 56% pour l'étude I-WISH²⁵

2. Score ITP-PAQ

Les patients de notre étude présentent un score moyen de QDV haut et ont souvent tendance à répondre qu'ils vont bien lors des consultations, quand on leur pose une question générique, ce qui est illustré également dans d'autres études ²⁵. Lorsque l'on s'attarde sur les différents sous-domaines abordés dans le questionnaire ITP-PAQ, nous notons un retentissement important pour certains items.

L'apparition de pétéchies (70% des patients) et l'épuisement physique (47% des patients) sont retrouvés dans les mêmes proportions que celles décrites précédemment dans la littérature ^{18,25}.

Près de la moitié de l'effectif de notre étude exprime qu'il a été contraint à des changements importants dans son quotidien depuis l'apparition de la maladie, ce qui peut paraître surprenant quand la plupart n'ont pas eu à être transfusé ou hospitalisé dans la dernière année, et risque donc d'être sous-estimé.

Sur le plan psychologique, notre étude met en lumière un impact majeur du PTI notamment sur les symptômes dépressifs (45% des patients) et la peur de contracter une infection (55% des patients). Ce dernier résultat est à modérer puisque la période d'inclusion correspond à celle de l'épidémie de COVID 19. Comme une précédente étude l'a suggérée ²⁵, nous attirons l'attention des praticiens sur la peur de la mort qu'expriment les patients (24%). Celle-ci paraît disproportionnée compte-tenu des taux de mortalité relativement bas décrits dans la littérature ²⁶. Cette peur pourrait être liée aux explications données par les praticiens à la phase initiale de la maladie, notamment sur le risque de saignement mortel lorsque le taux de plaquettes est bas. Elle peut être ensuite entretenue par les fluctuations de nombre de plaquettes, l'inquiétude de l'entourage ou les informations trouvées sur internet.

Les dernières études internationales ²⁴ avaient noté un impact négatif du PTI sur l'activité professionnelle des patients, avec notamment 25% de refus de promotion, ce qui n'a pas été retrouvé dans notre étude (8%). Cela pourrait s'expliquer par une protection juridique et sanitaire plus importante en France qu'à l'étranger.

3. Facteurs influents

a. Age

Dans notre étude, les patients inclus ont un âge médian supérieur aux dernières études de la littérature^{21, 24, 25}. Ce résultat peut tendre à minorer l'impact de maladie, éventuellement plus significatif lorsque les patients sont toujours actifs versus retraités. Une autre hypothèse expliquant le score de qualité de vie moyen, évoquée dans plusieurs études^{20, 24, 25}, serait le fait que les patients atteints de PTI chronique depuis de nombreuses années s'habitueraient à leur état de santé et aux contraintes inhérentes à la maladie ou ses traitements. De plus, chez les patients plus âgés, on peut supposer qu'ils aient des difficultés à réaliser si l'impact sur la QDV est lié au PTI ou à d'autres pathologies intercurrentes.

b. Traitement

Dans notre étude, nous ne trouvons aucune différence statistiquement significative entre la QDV des patients selon les différentes classes thérapeutiques. Cependant, nous remarquons une baisse de ces scores sous corticothérapie, qui corrobore la nécessité de réduire la durée de ce traitement selon les guidelines internationales⁶.

Bien que la peur de contracter une infection soit ressentie pour 55% des patients, leurs scores de qualité de vie sous immunosuppresseurs ne montre pas de différence statistiquement significative comparativement aux autres classes thérapeutiques (**Tableau 5**). Nous n'avons pas pu évaluer cet impact pour le rituximab car aucun des patients de notre étude durant l'inclusion était traité par anticorps anti CD-20.

De même, les contraintes quotidiennes inhérentes au traitement par agoniste de la TPO ne sont pas mises en avant de manière statistiquement significative sur le score de qualité de vie globale des patients, malgré une tendance à la perte de -10.16 points de qualité de vie (**Tableau 5**).

Enfin, nous retrouvons un score de qualité de vie discrètement plus haut de manière non significative pour les patients ayant nécessité une splénectomie, bien que cette chirurgie puisse entraîner des séquelles fonctionnelles définitives et pourrait entamer durablement l'image de soi.

c. Délai de consultation

Notre recherche étudie pour la première fois la QDV des patients en fonction de la fréquence de consultation avec leur médecin généraliste traitant et spécialiste traitant. Lorsque ce délai est de 6 à 11 mois pour le médecin généraliste, nous observons une diminution franche statistiquement significative de la qualité de vie du malade. Nous ne pouvons estimer si ce résultat s'explique par un état dépressif du patient l'amenant à retarder son suivi, la préférence des patients à consulter leur spécialiste uniquement pour le PTI ou pour certains à une mauvaise qualité de relation médecin-patient, et nécessite la réalisation d'études complémentaires.

Enfin, nous remarquons une amélioration non significative du score de QDV ITP-PAQ lorsque les patients sollicitent au moins 5 fois leur médecin spécialiste ou généraliste traitant dans la dernière année. Cela suggère que la disponibilité des praticiens permet une réassurance des patients et encourage à la poursuite de ces échanges réguliers.

4. Evaluation par les professionnels de santé

Notre étude s'intéresse pour la première fois à l'évaluation de la QDV des patients par leur médecin spécialiste et généraliste traitant. Les résultats montrent que le médecin généraliste traitant évalue bien la QDV de son patient et ses quatre sous-dimensions physique, psychique, santé de la femme et qualité de vie globale. Les médecins spécialistes, quant à eux, ont leurs réponses relatives à la qualité de vie globale bien corrélées avec celles de leurs patients. Cependant, la qualité de la

corrélation d'évaluation de la santé physique apparaît moyenne, celle évaluant la santé psychique très faible et celle de la santé de la femme indique que les scores entre patientes et médecins spécialistes ne vont pas dans le même sens.

D'un côté nous pouvons émettre l'hypothèse que les consultations avec le médecin spécialiste s'axent sur des problèmes uniquement médicaux et les résultats d'examens complémentaires. D'un autre côté, les consultations avec le médecin spécialiste étant plus espacées, il paraît parfois difficile d'apprécier pleinement l'état de santé global de son patient au quotidien. De même le patient n'est peut-être pas suffisamment sensibilisé au caractère prépondérant de sa QDV dans le choix thérapeutique et peut avoir plus de facilité à se livrer sur son état psychologique à son médecin généraliste.

5. Intérêts et limites de l'étude

Cette étude vise à évaluer l'impact du PTI chronique sur la QDV des patients et ainsi de connaître les déterminants de cet impact de manière à pouvoir cibler au mieux les interventions thérapeutiques à venir telles que l'éducation thérapeutique ; sensibiliser sur le handicap invisible rencontré dans cette maladie auprès des professionnels de santé; évaluer les divergences entre l'appréciation de la qualité de vie subjective du patient et l'appréciation subjective médicale pour aider à améliorer la communication médecin-malade à l'avenir et de mettre en place des stratégies d'évaluation adaptées pour les mesures visant à agir sur la qualité de vie.

Notre étude a été conduite uniquement dans deux centres et a rassemblé un effectif faible de 35 patients, ce qui induit un biais de sélection quant à la représentativité à une échelle nationale. Les médecins spécialistes étaient au nombre de 4, ce qui peut impacter sur la pertinence de l'évaluation.

En outre, le questionnaire soumis aux médecins généralistes et spécialistes ITP-PAQ simplifié ne comportait que 17 items de qualité de vie sur 44 proposés au patient. Cela induit un biais dans l'analyse de la corrélation des réponses et des

études futures prenant en compte l'intégralité des items de l'ITP-PAQ semblent nécessaires.

Bien que la fluctuation du taux de plaquettes soit une préoccupation pour près de la moitié des patients d'études préliminaires²⁵, nous n'avons pas inclus ce critère dans notre analyse qui s'attache à la qualité de vie principalement dans le dernier mois et au regard de l'étude récente de Grace RF *et al.*²⁷ qui a montré que les scores de fatigue des enfants et adolescents atteints de PTI n'étaient pas corrélés avec le taux de plaquettes. D'autres études sont nécessaires pour valider cette hypothèse en incluant ces variations biologiques.

Malgré les biais potentiels, notre étude incluant l'évaluation de la QDV des patients atteints de PTI par leur médecin généraliste et leur médecin spécialiste traitant souligne l'importance de cette relation triangulaire et de la nécessité d'une bonne communication interdisciplinaire dans le but d'améliorer la prise en charge globale des patients.

Avec l'accord du patient, cette étude pourra être associée à d'autres travaux observationnels de méthodologie équivalente s'intéressant aux capacités de coping (BRIEF COPE), aux stress perçus (PERCEIVED STRESS SCALE), au fonctionnement social, à l'estime de soi (SELF-ESTEEM SCALE), à la fatigue (FACIT-F 13) et à la santé générale (GHQ-12).

V. CONCLUSION

Le PTI est une maladie qui évolue le plus fréquemment de manière chronique, quoique rarement fatale, impacte considérablement la vie quotidienne des patients. Il a été largement décrit des symptômes tels que la fatigue ou les pétéchies.

Bien que les médecins spécialistes internistes soient expérimentés dans le traitement de cette maladie et prennent en considération les répercussions sur le plan physique et psychique, il apparaît que leur évaluation peut être moyennement corrélée avec celle de leur patient notamment dans des domaines peu étudiés dans la littérature tels que les syndromes dépressifs, la peur de la mort, l'impact sur les activités sociales ou encore la santé de la femme.

De plus, cette étude permet aux médecins généralistes, moins expérimentés face au PTI et ses impacts quotidiens, de prendre conscience de la nécessité d'un suivi régulier biannuel avec le patient et de leur rôle prépondérant dans l'écoute et l'évaluation du versant psychique des malades. Grâce à une collaboration efficiente ville-hôpital, nous pourrions à l'avenir favoriser la prise en charge centrée patient et accroître la qualité de vie des malades.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cines DB, Blanchette VS : Immune thrombocytopenic purpura. The New England journal of medicine 2002, 346(13) : 995-1008.
2. Mc Millan R, Nugent D : The effect of antiplatelet autoantibodies on megakaryocytopoiesis. Int J Hematol 2005, 81(2) :94-99.
3. Olsson B, Andersson PO, Jernas M, Jacobsson S, Carlsson B, Carlson LM, Wadenvik H : T-cell-mediated cytotoxicity toward platelets in chronic idiopathic thrombocytopenic purpura. Nat Med 2003,9(9) :1123-1124.
4. S. Audia, B. Lorcerie, B.Godeau, B.Bonnotte : Pathophysiology of immunethrombocytopenia. La revue de médecine interne 2011, 32 (6) : 350-357.
5. Guillaume Moulis, Aurore Palmaro et al. Epidemiology of incident immune thrombocytopenia: a nationwide population-based study in France. Blood 2014 Nov 20;124(22):3308-15.
6. Neunert C, Terrel DR, Arnold DM, et al. American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. Blood Adv. 2019; 3 :3829-3866.
7. Jacques Zimmer : Danazol as a second-line treatment for immune thrombocytopenic purpura. Eur J Haematol. 2019 Jan; 102(1) :97-98.
8. Ashwin P Patel, Amit S Patil : Dapsone for immune thrombocytopenic purpura in children and adults. Platelets. 2015 ; 26(2) :164-7.
9. James B Bussel, Gregory Cheng, Mansoor N Saleh, Bethan Psalla, Lidia Kovaleva, Balkis Meddeb, Janusz Kloczko, Habib Hassani, Bhabita Mayer, Nicole L Stone, Michael Arning, Drew Provan, Julian M Jenkins: Eltrombopag for the treatment of chronic idiopathic thrombocytopenic purpura. New England Journal of Medicine. 2007 Nov 29 ; 357(22) :2237-47.
10. Waleed Ghanima, Nichola Cooper, Francesco Rodeghiero, Bertrand Godeau, James B Bussel. Thrombopoietin receptor agonists: ten years later. Haematologica. 2019 Jun; 104(6):1112-1123.
11. George JN. How I treat patients with thrombotic thrombocytopenic purpura: 2010. Blood. 2010; 116:4060–4069.
12. McMillan R, Durette C. Blood. Long-term outcomes in adults with chronic ITP after splenectomy failure. 2004 Aug 15;104(4):956-60.

13. HAS. Purpura thrombopénique immunologique de l'enfant et de l'adulte, Protocole national de diagnostic et de soins, 2009.
14. The American Society of Hematology 2011 evidence-based practice guideline for immune thrombocytopenia Neunert et al. *Blood* 2011; 117:4190-4207.
15. Stasi R, Pagano A, Stipa E, Amadori S. Blood Rituximab chimeric anti-CD20 monoclonal antibody treatment for adults with chronic idiopathic thrombocytopenic purpura. *Blood*. 2001 Aug 15; 98(4):952-7
16. David J Kuter, James B Bussel, Roger M Lyons et al. Efficacy of romiplostim in patients with chronic immune thrombocytopenic purpura: a double-blind randomised controlled trial. *Lancet* 2008 Feb 2; 371(9610):395-403.
17. HAS. Purpura thrombopénique immunologique de l'enfant et de l'adulte. Protocole national de soins, mai 2017.
18. Robert McMillan, James B. Bussel, James N. George, DeepaLalla, and Janet L. Nichol. Self-reported health-related quality of life in adults with chronic immune thrombocytopenic purpura. *American Journal of Hematology* 2008; 83:150-154.
19. James Frith, Shirley Watson, Paula H. B. Bolton Maggs, Julia L. Newton. Cognitive symptoms are common in immune thrombocytopenia and associate with autonomic symptom burden. *Eur J Haematol*. 2012 Mar; 88(3): 224-8.
20. Fabio Efficace, franco Mandelli, Paola Fazi et al. Health-related quality of life and burden of fatigue in patients with primary immune thrombocytopenia by phase of disease. *Am.J.Hematol*. 2016;91:995-1001.
21. Susan D Mathias, James B Bussel, James N George et al. A disease-specific measure of health-related quality of life for use in adults with immune thrombocytopenic purpura: Its development and validation. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007, 5-11.
22. Susan D Mathias, Sue K. Gao et al. Evaluating clinically meaningful change on the ITP-PAQ: preliminary estimates of minimal important differences. *Current medical research and opinion* 2009; 25(2): 375-383.
23. Susan D. Mathias, James B. Bussel, James N. George, Robert McMillan, Gary J. Okano, and Janet U Nichol. Disease-Specific Measure of Health-Related Quality of Life in Adults with Chronic Immune Thrombocytopenic Purpura: Psychometric Testing in an Open-Label Clinical Trial. *Clinical Therapeutics* 2007; 29(5): 950-962.

24. Nichola Cooper, Alexandra Kruse, Caroline Kruse et al. Immune thrombocytopenia (ITP) World Impact Survey (I-WiSh) : impact of ITP on health-related quality of life. *American Journal of Hematology*. 2021 ; 96 :199-207.
25. Nichola Cooper, Alexandra Kruse, Caroline Kruse et al. Immune thrombocytopenia (ITP) World Impact Survey (iWiSh) : Patient and physician perceptions of diagnosis, signs and symptoms, and treatment. *Am J Hematol*. 2021 ; 96 :188-198.
26. George JN: Management of patients with refractory immune thrombocytopenic purpura. *J Thromb Haemost* 2006,4(8):1664-1672.
27. Grace RF, Klaassen RJ, Shimano KA, et al. Fatigue in children and adolescents with immune thrombocytopenia. *Br J haematol*. 2020 ; 191 :98-106.

VII. ANNEXE 1: Questionnaire patient

ITP-PAQ PATIENTS

Ce questionnaire vise à connaître votre opinion au sujet de l'incidence du purpura thrombopénique idiopathique (PTI) sur votre santé. Veuillez cocher une seule case pour chacune des questions suivantes.

	tout le temps	la plupart du temps	parfois	rarement	jamais
	▼	▼	▼	▼	▼
1. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu des bleus ou des pétéchies (rupture de vaisseaux sanguins)?	<input type="checkbox"/>				
2. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu des plaies ou des cicatrices en raison de prises de sang, d'injections, ou d'aiguilles intraveineuses?	<input type="checkbox"/>				
3. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu des cloques de sang dans la bouche?	<input type="checkbox"/>				
4. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu des épisodes de saignement (saignements de nez, saignements aux gencives, etc.)?	<input type="checkbox"/>				
5. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu des douleurs musculaires ?	<input type="checkbox"/>				
6. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu des crampes dans les jambes ?	<input type="checkbox"/>				

tout le temps	la plupart du temps	parfois	rarement	jamais
---------------	---------------------	---------	----------	--------



7. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu de la **difficulté à vous endormir** à l'heure du coucher en raison du PTI ou de ses traitements?

.....

8. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous **réveillé(e) la nuit** en raison du PTI ou de ses traitements?

.....

9. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous ressenti **de la somnolence pendant la journée** en raison du PTI ou de ses traitements?

.....

10. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous **sent(i) épuisé(e) physiquement** en raison du PTI ou de ses traitements?

.....

tout le temps	la plupart du temps	parfois	rarement	jamais
▼	▼	▼	▼	▼

11. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous **senti(e) peu attrayant(e) physiquement** en raison de bleus, de cicatrices, de plaies ou des effets des médicaments contre le PTI?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12. Dans l'ensemble, au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure le PTI et son ou ses traitements ont-ils affecté votre **santé physique**?

extrêmement	beaucoup	assez	plus qu'un peu	un peu	un petit peu	pas du tout
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>						

13. Dans l'ensemble, au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous été incommodé(e) par l'effet du PTI et de son ou ses traitements sur votre **santé physique**?

extrêmement	beaucoup	assez	plus qu'un peu	un peu	un petit peu	pas du tout
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>						

extrêmement	assez	plus qu'un peu	un petit peu	pas du tout
▼	▼	▼	▼	▼

14. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos symptômes de PTI ou les effets de ses traitements ont-ils perturbé votre **capacité à faire de l'exercice**?

.....

15. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure le fait d'être atteint(e) de PTI a-t-il limité les types **d'activités physiques ou sportives** auxquels vous avez participé?

.....

tout le temps	la plupart du temps	parfois	rarement	jamais
▼	▼	▼	▼	▼

16. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu le sentiment de n'avoir **aucun contrôle sur votre santé** en raison de votre PTI ou de ses traitements?

.....

17. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu le sentiment d'être **incapable de gérer le stress** en raison de votre PTI ou de ses traitements?

.....

18. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) **triste ou déprimé(e)** en raison de votre PTI ou de ses traitements?

.....

extrêmement	assez	plus qu'un peu	un petit peu	pas du tout
▼	▼	▼	▼	▼

19. Dans l'ensemble, au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure le PTI ou ses traitements vous ont-ils affecté(e) **sur le plan psychologique** (état mental, émotions)?...

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

20. Dans l'ensemble, au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous été incommodé(e) par l'effet que le PTI ou ses traitements ont eu sur vous **sur le plan psychologique** (état mental, émotions)?.....

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

extrêmement peur	très peur	assez peur	un petit peu peur	pas du tout peur
▼	▼	▼	▼	▼

21. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous eu peur **d'avoir un épisode de saignement** (saignements de nez, saignements des gencives, etc.)?...

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

22. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous eu peur **de la mort ou de mourir?**..

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

extrêmement peur ▼	très peur ▼	assez peur ▼	un petit peu peur ▼	pas du tout peur ▼
--------------------------	----------------	-----------------	---------------------------	--------------------------

23. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous eu peur **d'être trop éloigné(e) de votre médecin** au cas où vous auriez eu besoin de recevoir des soins médicaux?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

24. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous eu peur de **contracter une infection**?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

25. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous eu peur de devoir subir une **intervention chirurgicale d'urgence** (en raison de la crainte d'avoir des saignements pendant l'intervention chirurgicale)?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

26. Dans l'ensemble, au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure le PTI et son ou ses traitements ont-ils affecté votre **qualité de vie**?

extrêmement ▼ <input type="checkbox"/>	beaucoup ▼ <input type="checkbox"/>	assez ▼ <input type="checkbox"/>	plus qu'un peu ▼ <input type="checkbox"/>	un peu ▼ <input type="checkbox"/>	un petit peu ▼ <input type="checkbox"/>	pas du tout ▼ <input type="checkbox"/>
----------------------------------------------	-------------------------------------------	----------------------------------------	----------------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------------	----------------------------------------------

27. Dans l'ensemble, au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous été incommodé(e) par l'effet du PTI et de son ou ses traitements sur votre **qualité de vie**?

extrêmement	beaucoup	assez	plus qu'un peu	un peu	un petit peu	pas du tout
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>						

28. Parce que je suis atteint(e) de PTI, j'ai apporté des changements importants à mon mode de vie

fortement d'accord	plutôt d'accord	plutôt en désaccord	fortement en désaccord
▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Mon PTI m'empêche de faire des choses dans la vie que j'aimerais faire.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

30. Mon PTI empêche mon/ma conjoint(e), mon/ma partenaire ou les membres de ma famille de faire des choses dans la vie qu'ils aimeraient faire

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

tout le temps	la plupart du temps	parfois	rarement	jamais
▼	▼	▼	▼	▼

31. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence le fait d'être atteint(e) de PTI a-t-il limité votre capacité à participer à des **activités sociales**?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

32. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous évité de participer à des activités sociales pour limiter votre **exposition aux infections**?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

extrêmement	assez	plus qu'un peu	un petit peu	pas du tout
▼	▼	▼	▼	▼

33. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous été incommodé(e) parce que les gens pourraient penser de vos **bleus et cicatrices**?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

34. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous été incapable de mener une **vie sociale normale** en raison de votre PTI?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Problèmes de santé touchant les femmes (si vous êtes un homme, passez à la question 41)

Les questions qui suivent portent sur vos menstruations et vos antécédents de reproduction, comme l'adoption et la grossesse.

En pensant à vos dernières menstruations, dans quelle mesure avez-vous été incommodée par les situations suivantes :

	extrêmement ▼	assez ▼	plus qu'un peu ▼	un petit peu ▼	pas du tout ▼
35. Saignements plus abondants qu'avant d'être atteinte de PTI?	<input type="checkbox"/>				
36. Saignements durant plus de jours qu'avant d'être atteinte de PTI?	<input type="checkbox"/>				
37. Douleur plus importante qu'avant d'être atteinte de PTI?	<input type="checkbox"/>				

Dans quelle mesure le fait d'être atteinte de PTI vous a-t-il rendue moins susceptible :

	extrêmement ▼	assez ▼	plus qu'un peu ▼	un petit peu ▼	pas du tout ▼
38. De devenir enceinte?	<input type="checkbox"/>				
39. D'accoucher?	<input type="checkbox"/>				
40. D'adopter?	<input type="checkbox"/>				

		plus qu'un peu	un petit peu	pas du tout	sans objet
extrêmement	assez				
▼	▼	▼	▼	▼	▼

41. Depuis que vous avez reçu votre diagnostic, dans quelle mesure le PTI a-t-il perturbé négativement votre ou vos **choix de carrière**?...

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

42. Depuis que vous avez reçu votre diagnostic, dans quelle mesure le PTI a-t-il perturbé négativement votre **capacité à obtenir une promotion dans le cadre de votre emploi**?.....

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

43. Depuis que vous avez reçu votre diagnostic, dans quelle mesure le PTI a-t-il perturbé négativement vos **relations avec vos collègues**?..

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

extrêmement		assez	un petit	pas du	
peur	très peur	peur	peu peur	tout peur	sans objet
▼	▼	▼	▼	▼	▼

44. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous eu peur de **perdre votre emploi en raison de votre PTI**?

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Annexe 2 : Questionnaire simplifié médecin

ITP-PAQ SIMPLIFIE MEDECIN

tout le temps	la plupart du temps	parfois	rarement	jamais
▼	▼	▼	▼	▼

1. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence votre patient a eu des **épisodes de saignement** (saignements de nez, saignements aux gencives, etc.)?

.....

2. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence votre patient a eu des **douleurs musculaires**?

.....

3. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence votre patient s'est **sent(i)e épuisé(e) physiquement** en raison du PTI ou de ses traitements?

.....

4. Dans l'ensemble, au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure le PTI et de son ou ses traitements ont-ils affectés la **santé physique** de votre patient?

extrêmement	beaucoup	assez	plus qu'un peu	un peu	un petit peu	pas du tout
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>						

5. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure les symptômes de PTI ou les effets des traitements ont-ils perturbé la **capacité** de votre patient à faire de l'exercice?

extrêmement	assez	plus qu'un peu	un petit peu	pas du tout
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>				

6. Dans l'ensemble, au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure le PTI ou ses traitements ont-ils affecté(e) votre patient **sur le plan psychologique** (état mental, émotions)?...

extrêmement	assez	plus qu'un peu	un petit peu	pas du tout
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>				

7. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre patient a eu peur **de la mort ou de mourir**?

extrêmement peur	très peur	assez peur	un petit peu peur	pas du tout peur
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>				

8. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre patient a eu peur **d'être trop éloigné(e) de son médecin** au cas où il aurait eu besoin de recevoir des soins médicaux?

9. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre patient a eu peur de **contracter une infection**?

10. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre patient a eu peur de devoir subir une **intervention chirurgicale d'urgence** (en raison de la crainte d'avoir des saignements pendant l'intervention chirurgicale)?

11. Dans l'ensemble, au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure le PTI et son ou ses traitements ont-ils affecté la **qualité de vie** de votre patient?

extrêmement	beaucoup	assez	plus qu'un peu	un peu	un petit peu	pas du tout
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>						

fortement d'accord	plutôt d'accord	plutôt en désaccord	fortement en désaccord
▼	▼	▼	▼

12. Parce que votre patient est atteint(e) de PTI, il/elle a apporté des changements importants à son mode de vie

13. Le PTI de votre patient l'empêche de faire des choses dans la vie qu'il/elle aimerait faire

14. Le PTI de votre patient empêche son/sa conjoint(e), son/sa partenaire ou les membres de sa famille de faire des choses dans la vie qu'ils aimeraient faire

15. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre patient a été incapable de mener une **vie sociale normale** en raison de son PTI?

extrêmement	assez	plus qu'un peu	un petit peu	pas du tout
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>				

Dans quelle mesure le fait d'être atteint de PTI a-t-il rendu votre patiente moins susceptible :

16. D'accoucher?

extrêmement	assez	plus qu'un peu	un petit peu	pas du tout
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>				

17. Depuis que votre patient a reçu son diagnostic, dans quelle mesure le PTI a-t-il perturbé négativement son ou ses **choix de carrière**?

extrêmement	assez	plus qu'un peu	un petit peu	pas du tout	sans objet
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>					

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.



