



## **Journée de partage des expériences : QualiRhumato**

### **Synthèse de l'atelier : Interactions rhumatologues traitants-hospitaliers**

Animé par :

- **Pr René-Marc Flipo**, Rhumatologue au CHRU de Lille
- **Dr Guy Baudens**, Rhumatologue libéral à valenciennes

À l'instar des autres ateliers, l'absence de référentiel a fait apparaître dans les discussions une très forte hétérogénéité des pratiques au niveau des relations entre le rhumatologue libéral et le rhumatologue hospitalier. Plusieurs questions ont été abordées, en voici les principales.

#### **▪ Qu'attendez-vous à ce stade de votre correspondant médecin généraliste ?**

Le médecin généraliste peut être potentiellement impliqué dans :

- les précisions sur l'histoire des contre-indications éventuelles (cardiologique, pneumologique, ...)
- la précision de l'état vaccinal
- le dépistage de la primo-infection tuberculeuse
- la prescription d'un certain nombre de données biologiques

Il peut aussi être un acteur de l'information, de l'éducation du patient et participer au recueil du consentement éclairé.

À ce jour, le médecin généraliste est peu ou n'est pas impliqué à ces différents stades, ce qui conduit à deux interrogations. La première est celle de sa disponibilité dans une thématique rare et aussi spécialisée que la nôtre, la deuxième porte sur son niveau de compétence dans un domaine où il ne voit que très peu de patients.

#### **▪ À quel rhumatologue « hospitalier » adressez-vous votre patient pour une initiation de traitement ?**

- À cette question, plusieurs cas de figure émergent :
- Dans un premier cas, le rhumatologue libéral, disposant d'une vacation hospitalière, « se l'envoie à lui-même ». Toutefois, la décision est en général discutée dans le service par l'intermédiaire de staff spécifique.
- Dans certaine région, il n'existe qu'un seul rhumatologue hospitalier, qui prend donc seul la décision.
- Dans les autres cas, le patient est adressé à un rhumatologue hospitalier, reconnu en tant qu'expert dans la prise en charge de la PR, ou à un membre d'une équipe reconnue.
- Enfin, un scénario souvent utilisé aujourd'hui est une validation par un staff de plusieurs praticiens composé, soit d'hospitaliers purs, soit d'hospitaliers et de libéraux.

À ce jour, il existe une très grande diversité de validation de l'indication d'une biothérapie, préjudiciable à la crédibilité de notre spécialité, vis-à-vis des autorités de tutelle.

Une solution serait de s'orienter vers une validation d'une indication de biothérapie effectuée par une concertation entre un rhumatologue libéral et au moins un rhumatologue hospitalier.



- **Quelles informations attendez-vous de votre correspondant libéral ?**

Pour être à même d'exercer son rôle d'expert, il faut que le praticien hospitalier dispose des éléments constituant les critères d'éligibilité à la mise en place d'une biothérapie (l'activité, la progression structurale, les traitements en cours) et/ou du bilan pré-thérapeutique (la corticodépendance, la progression structurale, l'IDR, la radio de thorax, les antécédents ...).

Dans certains cas, il serait peut-être souhaitable de n'avoir que les critères d'éligibilité, notamment dans l'hypothèse où la biothérapie ne serait pas retenue. Il existe effectivement une difficulté de vécu du patient, qui, venant avec un bilan très complet, se voit refuser la biothérapie. Cette situation fréquente dans les spondylarthropathies pourrait être évitée en ne demandant que les critères d'éligibilité.

Dans le cas de la polyarthrite rhumatoïde, il y a très souvent un accord entre la proposition faite par le rhumatologue référent et la validation du rhumatologue hospitalier. Les conditions optimales seraient donc de tout avoir au moment de décider.

- **Comment formulez-vous votre demande de recours à une biothérapie ?**

Le courrier reste l'élément le plus souvent utilisé, avec ou sans outil formalisé et standardisé.

- **Quel rythme de suivi et par qui ?**

L'initiation d'une biothérapie est toujours hospitalière.

Pour certaines biothérapies, les visites de renouvellement se font à l'hôpital tandis que celles de suivi sont réalisées par les rhumatologues libéraux.

Pour la visite évaluant l'efficacité du traitement au 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> mois, les pratiques varient en fonction des types de biothérapie, des procédures locales en vigueur, mais aussi de l'expérience qu'en a le binôme « rhumatologue référent-rhumatologue hospitalier ». Peu à peu. Avec la pratique, cette visite se déplace de l'hôpital vers la ville ; cette visite se fait de plus en plus par les rhumatologues libéraux.

Pour les visites de suivi, la place des rhumatologues libéraux est prépondérante. A noter que le registre national prospectif AIR n'impose pas de suivi à l'hôpital exclusif.

- **Le moment de changement d'une biothérapie**

Le changement de stratégie de biothérapie paraît s'effectuer d'une façon beaucoup plus souple, et donc moins structurée, que l'instauration de la première biothérapie. Ce changement peut être réalisé vraisemblablement sur une simple consultation d'un hospitalier connaissant les biothérapies. Il apparaît que cette situation est assez paradoxale, comme si la principale difficulté était le passage à une biothérapie, mais pas le switch. Pourtant, l'évaluation du risque de tuberculose, surtout net lors de la première consultation, ne paraît pas devoir justifier à lui seul une telle complexité.

