

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 2008

THESE N°... 3142 / 1

ETUDE ANALYTIQUE ET RETROSPECTIVE DES MOTIFS D'ADMISSION AUX
URGENCES DU CHRU DE LIMOGES DES PATIENTS ATTEINTS D'HEMOPATHIES.

THESE



POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 13 Octobre 2008

PAR

Monsieur Nicolas Christian David SIGNOL

Né le 27 Juillet 1979, à Brive la Gaillarde

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Madame le Professeur Dominique BORDESSOULE	Présidente
Monsieur le Professeur Arnaud JACCARD	Juge
Monsieur le Professeur Claude PIVA	Juge
Monsieur le Professeur Pierre COLOMBEAU	Juge
Madame le Docteur Christine VALLEJO	Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE: Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESEURS : Monsieur le Professeur LASKAR Marc

Monsieur le Professeur VALLEIX Denis

Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS :

(C.S.= Chef de Service)

ACHARD Jean-Michel	Physiologie
ADENIS Jean-Paul (C.S.)	Ophtalmologie
ALAIN Sophie	Bactériologie-Virologie
ALDIGIER Jean-Claude (C.S.)	Néphrologie
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S.)	Médecine Interne
ARNAUD Jean-Paul (C.S.)	Chirurgie orthopédique et Traumatologie
AUBARD Yves (C.S.)	Gynécologie-Obstétrique
BEDANE Christophe (C.S.)	Dermatologie-Vénérologie
BERTIN Philippe (C.S.)	Thérapeutique
BESSEDE Jean-Pierre (C.S.)	Oto-Rhino-Laryngologie

BONNAUD François (C.S.)	Pneumologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie-Vénérologie
BORDESSOULE Dominique (C.S.)	Hématologie ; Transfusion
CHARISSOUX Jean-Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
CLAVERE Pierre (C.S.)	Radiothérapie
CLEMENT Jean-Pierre (C.S.)	Psychiatrie d' Adultes
COGNE Michel (C.S.)	Immunologie
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CORNU Elisabeth	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
COURATIER Philippe	Neurologie
DANTOINE Thierry	Gériatrie et Biologie du vieillissement
DARDE Marie-Laure (C.S.)	Parasitologie et Mycologie
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S.)	Pédiatrie
DENIS François (C.S.)	Bactériologie-Virologie
DESCOTTES Bernard (C.S.)	Chirurgie Digestive
DESSPORT Jean-Claude	Nutrition
DUDOGNON Pierre SUR 31.08.2009	Médecine Physique et Réadaptation
DUMAS Jean-Philippe (C.S.)	Urologie
DUMONT Daniel (C.S.)	Médecine et Santé du travail
FEISS Pierre (C.S.)	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
FEUILLARD Jean (C.S.)	Hématologie
GAINANT Alain (C.S.)	Chirurgie Digestive
GAROUX Roger (C.S.)	Pédopsychiatrie

GASTINNE Hervé (C.S.)	Réanimation Médicale
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	Immunologie
LABROUSSE François (C.S.)	Anatomie et Cytologie Pathologiques
LACROIX Philippe	Médecine Vasculaire
LASKAR Marc (C.S.)	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	Pédiatrie
MABIT Christian	Anatomie
MARQUET Pierre	Pharmacologie Fondamentale
MATHONNET Muriel	Chirurgie Digestive
MAUBON Alain	Radiologie et Imagerie Médicale
MELLONI Boris	Pneumologie
MERLE Louis (C.S.)	Pharmacologie Clinique
MONTEIL Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire
MOREAU Jean-Jacques (C.S.)	Neurochirurgie
MOULIES Dominique (C.S.)	Chirurgie Infantile
NATHAN-DENISOT Nathalie	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
PARAF François	Anatomie et Cytologie Pathologiques
PILLEGAND Bernard SUR 31.08.2008	Gastro-entérologie, Hépatologie
PIVA Claude SUR 31.08.2008	Médecine Légale et Droit de la Santé
PLOY Marie-Cécile	Bactériologie-Virologie
PREUX Pierre-Marie (C.S.)	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
RIGAUD Michel (C.S.) SUR 31.8.2010	Biochimie et Biologie Moléculaire

SALLE Jean-Yves	Médecine Physique et Réadaptation
SAUTEREAU Denis (C.S.)	Gastro-entérologie, Hépatologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-rhino-laryngologie
STURTZ Franck	Biochimie et Biologie Moléculaire
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	Endocrinologie-Diabète-Maladies endocriniennes
TREVES Richard	Rhumatologie
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S.)	Cancérologie
VALLAT Jean-Michel (C.S.)	Neurologie
VALLEIX Denis	Anatomie-Chirurgie générale
VANDROUX Jean-Claude (C.S.)	Biophysique et Médecine Nucléaire
VERGNENEGRE Alain (C.S.)	Epidémiologie-Economie de la Santé-Prévention
VIDAL Elisabeth (C.S.)	Médecine Interne
VIGNON Philippe	Réanimation Médicale
VIROT Patrice (C.S.)	Cardiologie
WEINBRECK Pierre (C.S.)	Maladies Infectieuses
YARDIN Catherine (C.S.)	Cytologie et Histologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	Parasitologie-Mycologie
ANTONINI Marie-Thérèse	Physiologie
BOUTEILLE Bernard	Parasitologie-Mycologie
CHABLE Hélène	Biochimie et Biologie Cellulaire
DAVIET Jean-Christophe	Médecine Physique et Réadaptation
DRUET-CABANAC Michel	Médecine et Santé du travail
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Anatomie-Chirurgie digestive
ESCLAIRE Françoise	Biologie Cellulaire
JULIA Annie	Hématologie
LE GUYADER Alexandre	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
MOUNIER Marcelle	Bactériologie-Virologie-Hygiène hospitalière
PETIT Barbara	Anatomie et Cytologie Pathologiques
PICARD Nicolas	Pharmacologie Fondamentale
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
RONDELAUD Daniel	Cytologie et Histologie
TERRO Faraj	Biologie Cellulaire
VERGNE-SALLE Pascale	Thérapeutique
VINCENT François	Pneumologie

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie	Anglais
----------------	---------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel Médecine générale

BUISSON Jean-Gabriel Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS

DUMOITIER Nathalie Médecine générale

PREVOST Martine Médecine générale

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Dominique BORDESSOULE

Professeur des Universités d'Hématologie et Transfusion

Médecin des Hôpitaux

Chef de Service

Merci pour votre confiance et pour votre soutien tout au long de ce travail qui j'espère portera ses fruits...

A Monsieur le Professeur Pierre COLOMBEAU

Professeur des Universités d'Urologie

Chirurgien des Hôpitaux

Vous m'avez accompagné et soutenu dans les moments difficiles de ma vie d'étudiant et pour cela, je vous resterai éternellement reconnaissant...

A Monsieur le Professeur Claude PIVA

Professeur des Universités de Médecine légale

Ancien Doyen de la Faculté de médecine de Limoges

J'ai eu l'honneur d'être l'un de vos derniers internes. Mille mercis d'avoir accepté de faire partie du jury de ma thèse.

A Monsieur le Professeur Arnaud JACCARD

Professeur des Universités d'Hématologie et Transfusion

Médecin des Hôpitaux

Pour avoir accepté de juger ce travail, et pour votre présence aujourd'hui, je vous suis sincèrement reconnaissant.

A Madame le Docteur Christine VALLEJO

Médecin des Hôpitaux

Chef de service

Merci de m'avoir aidé dans l'élaboration de ce travail. Ce fut un plaisir d'avoir pu apprendre à vos côtés.

Aux personnes qui nous ont aidés dans la réalisation de ce travail :

Au Docteur Benoit MARIN et à l'Unité Fonctionnelle de Recherche Clinique et Bio statistique du Professeur Pierre Marie PREUX, Faculté de médecine de Limoges :

Merci pour leur compétence et leur participation à l'élaboration de cette thèse.

A Monsieur Olivier CHICAUD, informaticien de l'Unité de Recherche Clinique d'Hématologie du CHU de Limoges,

Mille mercis pour ton aide, ta grande compétence et ta disponibilité.

A Monsieur Thierry TARNAUD, informaticien du service des Urgences du CHU de Limoges,

Merci pour votre aide et votre compétence.

A Franck PAÏTA, qui a débuté ce travail.

A Geoffrey CLEDASSOU, pour sa contribution.

A Monsieur le Professeur VERGNENEGRE,

En vous remerciant d'avoir autorisé votre service à nous fournir les renseignements nécessaires à la réalisation de ce travail.

A ceux qui ont marqué mon parcours d'étudiant :

Au docteur Alain RICHARD, mon mentor, un exemple pour tout ceux qui aiment et défendent la médecine générale.

Au docteur Christine RAINELLI et aux internes de psychiatrie,

Merci de m'avoir soutenu lors de mes premiers pas d'interne. Cette expérience en psychiatrie restera gravée en moi...

Au personnel du service des urgences du CHU LIMOGES,

Au personnel du service de Médecine de Suite d'Aigu de l'hôpital Jean REBEYROL,

Au personnel du service de cardiologie de l'hôpital de SAINT JUNIEN,

En souvenir des moments difficiles...et surtout des bons moments. Merci pour votre gentillesse et votre compétence.

Au docteur Anne FARGEOT et à toute l'équipe du service de Pédiatrie du CH BRIVE,

Mille mercis pour votre gentillesse et pour m'avoir tant appris.

Au docteur Hélène GALAN et au docteur Thierry JOFFRE, pour leur gentillesse et leur humanité.

Aux patients, quels qu'ils soient.

Aux miens:

A mes parents, pour leur amour et leur soutien sans faille tout au long du chemin... Cette thèse est pour eux.

A Manon, ma petite étoile

A mes sœurs aînées

A ma famille

A Sophie, ma moitié, mon âme sœur, merci d'être entrée dans ma vie...

A Cheng, le frère que je n'ai pas eu.

A Bernard, qui nous a quittés bien trop tôt...

A tous mes « potes » : Julien , Blaz, Vincent, Annabelle, Joe, Muriel, Carole, Pierrot, Etienne, Laetitia, Hugues, Steven, François, Juton, Xavier, Jean-Baptiste, Chouchou, Yannis, Cathy, Yann, Ludivine, Gérard, Manu, Bobor, Cheng Korn, Antoine , Hassan, Coach, Fred, Morgan...et à ceux que je risque d'oublier...

SOMMAIRE

1	<u>INTRODUCTION.....</u>	<u>22</u>
2	<u>ETAT DES LIEUX.....</u>	<u>23</u>
2.1	LES SERVICES DES URGENCES : ETAT DES LIEUX EN FRANCE.....	23
2.1.1	PASSAGES AUX URGENCES: AUGMENTATION CROISSANTE DE CONSULTATIONS NON PROGRAMMEES.....	23
2.1.2	RAPPORT ENTRE LE TAUX D'HOSPITALISATIONS PAR LES URGENCES ET LA TAILLE DES ETABLISSEMENTS D'ACCUEIL.....	25
2.1.3	DISPARITES INTERREGIONALES.....	25
2.2	MOTIFS DE RECOURS ET ORIENTATION AUX URGENCES HOSPITALIERES.....	27
2.2.1	REALISATION DE L'ENQUETE ET RESULTATS STATISTIQUES.....	27
2.2.1.1	Patients non hospitalisés après leur passage aux urgences.....	27
2.2.1.2	Motifs de consultations.....	28
2.2.1.3	Recours à un avis médical avant passage aux urgences.....	29
2.2.1.4	Choix des urgences hospitalières.....	30
2.2.1.4.1	Raisons invoquées par les patients.....	30
2.2.1.4.2	Spécificités liées à l'âge du patient.....	30
2.2.1.5	Méconnaissance des possibilités de prise en charge en ambulatoire.....	31
2.2.2	LES DIFFERENTS PROFILS DES USAGERS.....	32
2.2.2.1	Groupe 1 : Les usagers qui n'ont pas donné leur avis (19%) [7].....	32
2.2.2.2	Groupe 2 : Les usagers envoyés aux urgences par leur médecin traitant (16%) [7].....	32
2.2.2.3	Groupe 3 : Les victimes d'accident qui décident seules, ou avec leur entourage, d'aller aux urgences (38%) [7].....	33
2.2.2.4	Groupe 4 : Les patients présentant des problèmes somatiques non traumatologiques, décidant seuls ou avec leurs proches de venir aux urgences (16 %) [7].....	33
2.2.2.5	Groupe 5 : Les adultes venant aux urgences sur avis d'un médecin qui ne les suit pas régulièrement, souvent pour un problème non traumatologique (7%) [7].....	34
2.2.2.6	Groupe 6 : Les jeunes et adultes de moins de 50 ans présentant des problèmes peu fréquents souvent liés à des violences (4%) [7].....	34
2.2.3	LES CRITERES DE SATISFACTION DES PATIENTS.....	35
2.2.3.1	Le délai de prise en charge aux urgences.....	35

2.2.3.2	La communication avec les soignants.	36
2.3	LES URGENCES EN HEMATOLOGIE.	36
2.3.1	LES URGENCES HEMATOLOGIQUES.	37
2.3.1.1	Fièvre chez le patient neutropénique.	37
2.3.1.1.1	Prévention.....	37
2.3.1.1.2	Diagnostic.....	38
2.3.1.1.3	Traitement.	39
2.3.1.1.4	Cathéters intraveineux.	40
2.3.1.1.5	Facteurs de croissance hématopoïétiques.	41
2.3.1.1.6	Cas des patients splénectomisés.....	41
2.3.1.2	Thrombopénie.....	41
2.3.1.3	Microangiopathie thrombotique.	43
2.3.1.4	Coagulation intra vasculaire disséminée.	44
2.3.1.4.1	CIVD chronique.....	44
2.3.1.4.2	CIVD aigüe.....	45
2.3.2	LES URGENCES METABOLIQUES.	46
2.3.2.1	Hypercalcémie.	46
2.3.2.1.1	Diagnostic.....	47
2.3.2.1.2	Traitement.	48
2.3.2.2	Syndrome de lyse tumorale.....	48
2.3.3	LES URGENCES NEUROLOGIQUES.	50
2.3.3.1	Syndrome de compression médullaire.....	50
2.3.3.2	Méningites carcinomateuses.....	52
2.3.4	LES URGENCES CARDIOVASCULAIRES.	53
2.3.4.1	Syndrome Cave Supérieur.	53
2.3.4.2	Epanchement péricardique et tamponnade cardiaque.	54
2.3.4.3	Leucostase	55
2.3.5	URGENCES LIEES A LA IATROGENECITE DES CHIMIOTHERAPIES:	56
2.3.5.1	Syndrome douloureux abdominal.....	56
2.3.5.2	Diabète insulino-dépendant.	56
2.3.5.3	Cystite hémorragique et insuffisance rénale.....	56
2.4	LES SPECIFICITES DES URGENCES SELON LA TRANCHE D'AGE	57
2.4.1	SPECIFICITE DES URGENCES ONCO-GERIATRIQUES.....	57
2.4.1.1	Hypercalcémie	57
2.4.1.2	Douleurs du sujet âgés	58

2.4.1.3	Fractures du sujet âgé	58
2.4.2	SPECIFICITE DES URGENCES ONCO-PEDIATRIQUES.....	59
3	<u>ETUDE REALISEE DANS LE SERVICE DES URGENCES DU C.H.R.U DE LIMOGES.....</u>	61
3.1	DEFINITION DES OBJECTIFS.....	61
3.2	METHODE ET MATERIEL.....	61
3.2.1	SELECTION DE LA POPULATION.....	61
3.2.2	RECUEIL DES DONNEES.....	62
3.2.2.1	Dossier de soins et composition du questionnaire.....	62
3.2.2.1.1	Recueil des éléments médicaux.....	62
3.2.2.1.2	Recueil des éléments paramédicaux.....	64
3.2.3	CONSTRUCTION DE L'OUTIL.....	65
3.2.4	ANALYSE DES DONNEES.....	65
3.2.5	IDENTIFICATION DES DONNEES.....	66
3.3	REALISATION.....	72
3.4	ANALYSE DES RESULTATS.....	72
3.4.1	ANALYSE MONO VARIEE.....	72
3.4.1.1	Patients.....	72
3.4.1.1.1	Age.....	72
3.4.1.1.2	Sexe ratio.....	73
3.4.1.1.3	Origine géographique.....	74
3.4.1.2	Pathologie.....	76
3.4.1.2.1	Statut hémopathie connue versus non connue.....	76
3.4.1.2.2	Variété des hémopathies.....	76
3.4.1.2.3	Date de prise en charge.....	78
3.4.1.2.4	Le statut de la maladie.....	79
3.4.1.2.5	Statut en cours de chimiothérapie ou non.....	80
3.4.1.3	L'Hospitalisation par les urgences.....	80
3.4.1.3.1	Le jour d'hospitalisation.....	80
3.4.1.3.2	Heures d'arrivée jour /nuit.....	82
3.4.1.3.3	Responsabilités de l'admission aux urgences.....	82
3.4.1.3.4	Répartition des patients en fonction du médecin qui les adresse aux urgences.....	82
3.4.1.3.5	Existence d'un courrier médical préalable.....	84
3.4.1.4	Le motif d'hospitalisation par les urgences.....	84

3.4.1.4.1	Répartition générale des motifs d'hospitalisation par les urgences.	84
3.4.1.4.2	Complications infectieuses.	86
3.4.1.4.3	Evaluation de la gravité.	86
3.4.1.4.4	Les anomalies de la NFS.....	87
3.4.1.4.5	Les comorbidités associées à l'hémopathie.....	90
3.4.1.4.6	Le devenir post-urgences.....	91
3.4.2	ANALYSE COMPARATIVE.....	93
3.4.2.1	Analyse comparative établie en fonction de l'âge des patients.	93
3.4.2.2	Analyse comparative sur l'ensemble de la population des patients.....	94
3.4.2.3	Analyse comparative: patients connus du service d'hématologie clinique.....	96
3.4.2.4	Analyse comparative sur la population de patients débutant une hémopathie.	98
3.4.2.5	Adéquation entre motif d'admission et le diagnostic de sortie des urgences.	100
3.4.2.6	Comparaisons entre le nombre d'hémopathies découvertes après admission aux urgences avec le nombre de nouveaux cas d'hémopathies prises en charge sur un an par le service d'hématologie clinique.	101
3.4.3	ANALYSE MULTIVARIEE.	104
3.4.3.1	Hospitalisation directe vers l'hématologie clinique après passage aux urgences.	104
3.4.3.1.1	Phases de la maladie.	104
3.4.3.1.2	Patients âgés de 65 ans et plus.	105
3.4.3.2	Passages répétés aux urgences.....	105
3.4.3.3	Admission de jour.....	105
4	<u>DISCUSSION.....</u>	<u>107</u>
5	<u>CONCLUSION.....</u>	<u>119</u>

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE

RESUME

TERMINOLOGIE

CIVD : coagulation intravasculaire disséminée

DREES : Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

GEMSA : Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil

SFUM : Société Française d'Urgence Médicale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

GM-CSF: granulocyte-macrophage colony-stimulating factor

ASCO: American Society of Clinical Oncology

G-CSF: granulocyte colony-stimulating factor

HLA : Human Leukocyte Antigen

MT : Microangiopathie thrombotique

TTP : purpura thrombotique thrombocytopénique

HUS : syndrome hémolytique et urémique

SVC : syndrome de la veine Cave Supérieure

SFOP : Société d'Hématologie et d'Immunologie Pédiatrique

SHIP : Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique

SFGM : Société Française de Greffe de Moelle

GFECLE : Groupe Français d'Etudes des Cancers et des Leucémies de l'Enfant

C.H.R.U : Centre Régional Hospitalier Universitaire

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

E.F.S : Etablissement Français de transfusion du Sang

NFS : Numération Formule Sanguine

GHM : Groupe Homogène de Malades

G/l : Giga par litre

g/dl : gramme par décilitre

1 INTRODUCTION.

D'un point de vue historique, la notion d'urgence n'est apparue qu'au XVIII^e siècle avec la laïcisation de la notion d'assistance. C'est ensuite l'urbanisation et l'augmentation du nombre de blessés accidentels qui a poussé les pouvoirs publics à organiser la permanence des soins et faire appel à l'hôpital pour la prise en charge des soins d'urgence. Puis, à partir de 1945 avec la création de la sécurité sociale, le patient en devenant assuré social a pu avoir accès plus largement aux soins. La demande de soins en urgence n'a cessé d'augmenter. et du fait d'un glissement sociétal, le recours à la médecine a évolué vers une consommation des soins. Pour répondre à cette nouvelle demande, les services d'urgences se sont agrandis, sont devenus plus performants et mieux équipés avec un personnel mieux formé. Malgré cette adaptation, la demande continue de croître, et l'inadéquation persiste et s'aggrave entre l'offre de soins des services d'urgence et le recours en soins de la population.

Les services d'urgences accueillent des populations de malades très différentes, tant sur le plan socioculturel et démographique, que sur le plan de la sévérité des pathologies présentées. Les hémopathies malignes sont des pathologies graves et complexes et les patients qui en sont atteints sont fragilisés par les complications inhérentes à leur maladie et à leur traitement.

Notre travail s'est intéressé aux motifs de recours aux urgences des patients souffrant d'hémopathies malignes en région Limousin pour répondre à de nombreuses questions non résolues dans la littérature: Quel est le profil de ces patients ayant recours aux urgences ? Quels sont les principaux motifs d'admission aux urgences de ces patients d'hématologie? Existe-t-il des facteurs conduisant à des admissions répétées aux urgences ? Les patients âgés bénéficient-ils du même parcours de soins que les patients plus jeunes? Quels moyens peuvent être envisagés pour limiter les recours aux services d'urgences ?

Ce sont les questions auxquelles nous avons cherché à répondre dans cette étude, par une analyse rétrospective des motifs d'admissions aux urgences du CHRU de Limoges au cours des 2 années consécutives (2005 et 2006) des patients atteints d'hémopathies malignes.

2 ETAT DES LIEUX.

2.1 LES SERVICES DES URGENCES : ETAT DES LIEUX EN FRANCE.

2.1.1 Passages aux urgences: augmentation croissante de consultations non programmées.

Créées dans les années soixante, les urgences hospitalières ont vu croître de manière constante leur fréquentation. Cette augmentation s'observe internationalement dans tous les pays possédant des structures d'urgences [1].

Les services hospitaliers français se sont d'abord concentrés sur les moyens quantitatifs humains et matériels nécessaires à l'organisation des urgences. Actuellement, l'attention se porte spécifiquement sur les caractéristiques des patients s'adressant aux urgences et sur leurs motivations (Annexe 1).

La Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (**DREES**) a réalisé une enquête nationale concernant les passages aux urgences en France de 1990 à 1998 [1]. Cet organisme dépendant du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité a retenu pour cette étude deux indicateurs statistiques :

- le nombre de passage aux urgences hospitalières,
- les visites à domicile en médecine de ville.

Ces deux données ont été choisies car elles permettent un recueil statistique à l'échelle nationale et sur plusieurs années. Elles mettent en évidence les disparités interrégionales concernant le recours à des professionnels de l'urgence et sa justification.

- De 1990 à 1998, en France métropolitaine, le nombre de passages aux urgences hospitalières publiques est passé de 7.203.000 à 10.331.000, ce qui représente une augmentation de 43% en huit ans, soit 4,6% par an [1] (Annexe 2). Le nombre de patients pris en charge aux urgences pour 1000 habitants a augmenté de 127 pour l'année 1990 à 176 en 1998 [1].

Les passages dans les structures privées d'urgence ne sont quant à eux pas pris en compte dans les chiffres énoncés ci-dessus car on ne dispose pas de données sur ce secteur pour l'année 1990 (Annexe 3). Toutefois au cours de l'année 1998 sont

répertoriés, en plus des 10.331.000 passages dans les services d'urgences hospitaliers publics:

- 684.000 patients passés dans des établissements privés participant au service public hospitalier et,
- 258.000 dans les cliniques privées non participantes,

Soit au total, 11.273.000 passages aux urgences, tous secteurs confondus, en 1998 [1].

On observe également que, malgré l'augmentation du nombre de passages dans les services publics d'urgences, le nombre d'hospitalisations directes après passage aux urgences n'augmente que d'1% par an [1]. En 1998, 21.5% des passages aux urgences ont entraîné une hospitalisation de soins de courte durée [1]. Ce phénomène s'explique par un accès facile aux structures d'urgences pour des pathologies ne nécessitant pas forcément des soins immédiats.

Le rôle des urgences est ainsi en pleine mutation : développement d'un mode spécifique de recours aux soins hospitaliers, soutien médical rapide des populations à faible niveau socio-économique, accès aisé et rassurant aux soins médicaux urgents non justifiés (« urgences ressenties »). Parallèlement, l'augmentation des appels reçus par le SAMU est corrélée à ce nouveau mode de consommation médicale [2].

Une partie de l'augmentation des passages aux urgences est expliquée par la diminution du nombre de visites à domicile en médecine libérale (8,4% de visites en moins entre 1990 et 1998).

Entre 1990 et 1993, le nombre de visites des omnipraticiens a continué d'augmenter [1]. Puis à partir de 1994, suite aux campagnes de modération réalisées par la CNAMTS, le nombre des visites à domicile a diminué (Annexe 4).

Cependant, ces deux éléments ne suffisent pas à justifier l'accroissement de passages aux urgences car toutes les visites à domicile ne sont pas liées à des urgences. Les visites s'adressent essentiellement aux personnes âgées (maintien à domicile) ou aux personnes ayant des affections longues durées nécessitant des consultations médicales régulières.

Dans la demande de soins non programmés, les visites effectuées la nuit et le week-end doivent aussi être prises en compte. Ces visites sont comparables à des urgences car elles concernent essentiellement les patients de moins de 40 ans et les enfants (Annexe 4). Cette population, de part son jeune âge, présente en effet moins d'affections chroniques et de difficultés à se déplacer vers une structure médicale.

Là encore, les visites faites la nuit ou le dimanche ne sont qu'un indicateur partiel car l'essentiel de l'activité des structures d'urgences se fait la journée [3].

2.1.2 Rapport entre le taux d'hospitalisations par les urgences et la taille des établissements d'accueil.

Un rapport de la Commission Nationale de Restructuration des Urgences [4], réalisé en 1998, montre l'existence d'un rapport entre la taille des établissements sanitaires et le nombre d'hospitalisation en court séjour à partir des urgences.

Dans les petits établissements (moins de 10.000 entrées par an en médecine-chirurgie obstétrique), une hospitalisation sur deux se fait par l'intermédiaire des urgences [1].

Dans les grands établissements (plus de 60.000 entrées directes par an en médecine-chirurgie et obstétrique), une hospitalisation sur cinq se fait par les urgences [1].

A terme, les passages aux urgences vont être classés en fonction de la classification **GEMSA**. Cette classification a été établie par la Société Française d'Urgence Médicale (**SFUM**). Elle distingue six classes de passage aux urgences en fonction des modes d'entrée et de sortie des patients.

Le taux d'hospitalisation après un passage aux urgences est de 14% dans les plus grands centres hospitaliers français que sont Paris, Lyon, Bordeaux et Marseille. Ce taux est de 20% pour l'ensemble des centres hospitaliers régionaux français. Ces centres hospitaliers de grande capacité constituent une offre de soins dense et la population urbaine l'utilise comme source régulière de soins (Annexe 1).

On observe donc que la proportion d'entrées par les urgences diminue au fur et à mesure que la taille de l'établissement augmente. Par conséquent, les urgences constituent un pivot avant l'hospitalisation dans les petits établissements.

2.1.3 Disparités interrégionales.

En 1990, la fréquentation des urgences hospitalières varie du simple au double selon les régions. Dans le secteur hospitalier public, la fréquentation des urgences était la plus importante en Haute-Normandie : 181 passages pour 1000 habitants [1]. La fréquentation la plus faible était en Languedoc-Roussillon : 86 passages pour 1000 habitants.

En 1998, l'écart de fréquentation entre les régions s'est réduit mais on observe une augmentation de fréquentation des urgences dans l'ensemble des régions françaises. La Haute-Normandie, toujours en tête, comptait 212 passages pour 1000 habitants, soit 17% d'augmentation en 8 ans [1]. En Languedoc-Roussillon, toujours le plus faible en terme de passage, on comptait 133 passages pour 1000 habitants, soit plus de 50% d'augmentation (Annexe 5).

La fréquentation des services des urgences a donc augmenté dans l'ensemble du pays. Cette augmentation est plus marquée dans les régions connaissant initialement les taux de fréquentation les plus faibles.

Dans plusieurs régions, les chiffres des passages aux urgences sont sous-estimés car le secteur privé participant au service public a une place importante. Si on tient compte de cette activité hors secteur public, la Corse et l'Île-de-France connaissent les passages aux urgences les plus importants: 226 et 218 pour 1000 habitants alors que le Languedoc-Roussillon reste à 141 pour 1000 habitants.

En médecine libérale, le recours aux visites de nuit et le week-end, c'est-à-dire les visites avec majoration, varie aussi selon les régions. En réalisant le cumul du nombre de visites avec majoration et du nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (rapporté à 1000 habitants), l'écart interrégional constaté précédemment diminue (Annexe 6).

Le nombre de recours ainsi défini varie de 183 en Pays de la Loire à 258 en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Cet indicateur du nombre de situations d'urgences de moindre gravité ne peut être considéré comme suffisant et exhaustif car la majorité des recours aux urgences ont lieu aux jours et aux heures ouvrables. De plus, le médecin traitant demeure à l'origine de transfert aux urgences.

Le rapport moyen entre le nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation et le nombre de visite avec majoration est de 1,5 pour l'ensemble de la France. Les passages aux urgences prédominent dans 4 régions: la Haute-Normandie, l'Île de France, Rhône-Alpes, Champagne-Ardenne (2 passages pour une visite). A l'opposé, ce rapport est inférieur au rapport moyen national dans sept régions : Bretagne, Poitou-Charentes, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, Limousin et Languedoc-Roussillon.

En conclusion, les disparités régionales demeurent importantes même si elles tendent à s'amoinrir. Ces différences concernent autant les structures d'urgences que l'utilisation qu'en font les patients. Elles sont expliquées par des facteurs sociodémographiques mais aussi

locaux, géographiques et culturels. L'ensemble du pays est concerné par l'augmentation de la fréquentation des structures d'urgence.

2.2 MOTIFS DE RECOURS ET ORIENTATION AUX URGENCES HOSPITALIERES.

La Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (**DREES**) a effectué en janvier 2002 une enquête auprès d'un échantillon de 10.000 patients ayant eu recours à un service d'urgence hospitalier, s'intéressant à leurs pathologies et leurs motivations [5] [7]. En complément des informations recueillies auprès des équipes d'urgences, une enquête téléphonique a été réalisée auprès de 3000 patients non hospitalisés. Le but de ces entretiens était de mieux connaître les motifs et les trajectoires empruntées par ces patients. Ils étaient également questionnés sur la qualité de leur prise en charge et sur les autres recours à l'urgence qu'ils connaissaient (Annexe 7).

2.2.1 REALISATION DE L'ENQUETE ET RESULTATS STATISTIQUES.

2.2.1.1 Patients non hospitalisés après leur passage aux urgences.

La population de patients qui consulte aux urgences pour des pathologies ne nécessitant pas d'hospitalisation est essentiellement masculine et plus jeune que l'ensemble de la patientèle des urgences [5]. Elle comprend 29% de moins de 15 ans et seulement 8% de plus de 70 ans en raison d'une forte croissance du taux d'hospitalisation avec l'âge.

Les actifs (personnes ayant un emploi et les chômeurs) représentent 58% de cette population, contrairement aux retraités qui ne sont que 12%. Parmi les actifs, un tiers des patients sont des ouvriers (contre seulement 27% dans l'ensemble de la population) [5]. Les personnels de service sont plus nombreux dans cette population que sur l'ensemble de la population des urgences (8% contre 6%). Les ouvriers et employés sont également plus nombreux parmi les chômeurs ou lorsque l'on interroge les retraités sur les professions qu'ils ont exercées (Annexe 8). Cependant, la forte présence des jeunes et de parents de jeunes enfants fait que ces usagers ont un niveau d'études plus élevé que celui de l'ensemble de la population: 35% ont au moins le bac contre 31% [6]. Le niveau de diplôme est en effet plus élevé dans les jeunes générations [7].

2.2.1.2 Motifs de consultations.

La majorité des patients (59%) consulte pour un motif unique, 27% pour 2 motifs et 14% pour 3 motifs ou plus. Les motifs les plus fréquents sont un accident (59%) et la douleur (43%) (Annexe 9 et 10). La douleur est la cause la plus souvent citée avec un autre motif. Dans 55% des cas, douleur et accident sont associés comme motifs de venue aux urgences, en excluant tout autre motif de consultation [7]. Par ordre de fréquence, la troisième cause citée est la sensation de gêne (15% des patients). Dans un cas sur deux, elle s'accompagne d'une douleur. Cinq autres motifs sont évoqués par au moins 5% des patients :

- Malaise (9%),
- Saignements (8%),
- Vomissements (5%),
- Angoisse (5%),
- Fièvre (9%).

Les motifs cités varient aussi avec l'âge des patients. Ces différences sont marquées chez les jeunes enfants et les personnes âgées [7].

- Chez le nourrisson : fièvre (47%), vomissements et diarrhées (35%) prédominent. Au moins une de ces deux causes se retrouve chez 68% d'entre eux,
- Chez les enfants de moins de 6 ans : ceux sont la douleur (39%) et les accidents (42%) qui prédominent,
- Chez 89% des enfants de 6 à 15 ans : douleur et accidents sont les motifs les plus fréquents,
- La sensation de gêne est fréquente chez les nourrissons et les personnes âgées (28% chez les moins de 1 an et 18% pour les nourrissons, 21% pour les plus de 80 ans).

On observe aussi des différences entre hommes et femmes [7]:

- Accidents et saignements sont plus fréquents chez les hommes (respectivement 63% et 10% pour les hommes, 54% et 6% pour les femmes).

- Malaises et angoisses sont évoqués chez 12% et 7% des femmes, contre 7% et 3% des hommes.
- La traumatologie concerne plus les hommes, les enfants et les adolescents.

Chez les personnes âgées, les femmes représentent 60% des plus de 70 ans [5].

2.2.1.3 Recours à un avis médical avant passage aux urgences.

Les patients interrogés déclarent à 87% avoir un médecin traitant habituel. Seulement un quart d'entre eux ont essayé de le joindre préalablement de jour et 15% de nuit [7]. Les causes évoquées sont:

- Le fait de n'avoir pas pensé à appeler le médecin traitant (33%),
- L'urgence se présentait en dehors des heures de rendez vous (20%).

Les patients sont 16% à avoir été envoyés aux urgences par leur médecin traitant et 10% sont adressés par un autre médecin généraliste, spécialiste ou médecin du SAMU. Un quart des patients déclarent être venus aux urgences après avis médical (Annexe 11). Les équipes soignantes déclarent quant à elles un pourcentage inférieur de patients adressés par un médecin (21%) [7]. Cette différence s'explique par le fait que certains patients n'ont eu qu'un contact téléphonique avec le médecin sans lettre d'accompagnement. Les professionnels paramédicaux et les pompiers sont aussi à l'origine d'une orientation vers les services d'urgences (8%).

Mais les patients demeurent 62% à être venus de leur propre initiative. Les parents de nourrissons de moins de un an sont 58% à venir aux urgences sans avis médical. Les 16-25 ans consultant majoritairement après un accident ne sont que 9% à avoir contactés leur médecin traitant [7]. Par contre, les personnes âgées sont 50% à avoir préalablement contacté un médecin, seulement un tiers des ces patients sont venus directement aux urgences, que ce soit de leur propre chef ou suite aux conseils de leur entourage. Ce nombre important de patients venant directement aux urgences peut s'expliquer par la rapidité de leurs décisions. Les patients qui n'ont pas été dirigés par un médecin sont 64% à venir en moins d'une demi-journée après le début de leurs symptômes [7].

2.2.1.4 Choix des urgences hospitalières.

2.2.1.4.1 Raisons invoquées par les patients.

Les patients venus directement aux urgences ont été interrogés sur les raisons qui leur ont fait choisir les urgences (Annexe 11). Les patients envoyés par le médecin traitant (16%) et ceux déclarant être venus de manière imposée (19%) n'ont pas été interrogés. Les justifications les plus fréquemment citées sont [7]:

- La proximité des urgences (47%),
- Le sentiment d'urgence avec nécessité d'effectuer des examens médicaux (44%),
- La présence d'un plateau technique médical spécialisé (43%),
- La rapidité de la prise en charge (38%),
- La gravité de la pathologie et une éventuelle hospitalisation (32%).

Huit autres raisons de recours aux urgences ont été relevées dans cette enquête, développées ci-dessous.

Les patients évoquent également (de 10 à 16% des patients interrogés) [7] l'absence de:

- Leur médecin traitant habituel,
- Amélioration des traitements en cours,
- Avance de frais.

Les explications les moins fréquentes sont (de 5 à 8% des patients interrogés) [7] :

- La récurrence d'un problème,
- Le souhait d'accéder à un autre service de l'hôpital,
- Le besoin d'une attestation médicale,
- Le besoin d'un avis médical.

Au moins 4 de ces raisons sont évoquées par 67% des patients questionnés (Annexe 11).

2.2.1.4.2 Spécificités liées à l'âge du patient.

On observe des disparités dans les résultats en fonction de l'âge des patients interrogés.

A) Personnes âgées.

Les personnes âgées, non envoyées par un médecin, viennent majoritairement amenés par leur famille et pour la proximité de l'hôpital (33%) [7]. Quand elles viennent de leur propre initiative, c'est fréquemment pour accéder à un service hospitalier par le biais des urgences. Cette pratique pouvant constituer un mode d'accès spécifique de cette tranche de patients à l'hospitalisation.

B) Parents de nourrissons.

Les parents de nourrissons évoquent quant à eux le plus souvent [7]:

- Un sentiment de gravité ou un besoin d'être hospitalisé (42%),
- Un traitement antérieur sans amélioration (23%),
- L'absence de leur médecin traitant (23%).

Ces résultats mettent en évidence le besoin des parents d'accéder à une consultation pédiatrique spécialisée et le besoin d'être rassuré. Une minorité de ces consultations justifie un passage aux urgences et une hospitalisation [5].

Chez les enfants de plus de six ans et les jeunes adultes, c'est le besoin d'examens médicaux qui est le plus souvent cité (50%), pouvant s'expliquer par la fréquence des accidents dans cette tranche d'âge [7].

2.2.1.5 Méconnaissance des possibilités de prise en charge en ambulatoire.

Cette enquête met en avant une familiarité des patients avec les services d'urgences [7]. Près de trois quarts des usagers étaient déjà venus aux urgences pour eux-mêmes ou pour un proche. Le fait de déjà connaître le service des urgences amène plus facilement les patients à y revenir en cas de besoin. Mais à cette connaissance des services d'urgences s'ajoute une méconnaissance des structures des soins disponibles en ville :

- 75% des patients ignorent que l'on peut obtenir une radiographie sans ordonnance,
- 20% des patients ignorent qu'il existe un médecin de garde dans la commune,

- 25% des patients ignorent s'il existe un centre de soins à proximité,
- 9% des patients disent ne pas savoir comment connaître le nom du médecin de garde.

La méconnaissance des structures de soins ambulatoires est encore plus marquée chez les personnes âgées. Par exemple chez les patients âgés de plus de 70 ans :

- 24 % ignorent qu'il y a un médecin de garde,
- 35 % ignorent s'il y a un centre de santé à proximité.

2.2.2 Les différents profils des usagers.

Les résultats de cette enquête ont permis de classer les usagers des services d'urgences en six groupes (Annexe 12), en fonction de:

- Leur problème de santé originel,
- Les personnes les ayant conseillées,
- Les justifications fournies quant à leur venue aux urgences.

2.2.2.1 Groupe 1 : Les usagers qui n'ont pas donné leur avis (19%) [7]

Ces patients ont le plus souvent été emmenés aux urgences par les pompiers, le **SAMU** ou **SOS médecin**.

- Les plus de 70 ans sont les plus nombreux (13% de ces usagers),
- Dans 63% des cas, le problème a eu lieu hors du domicile : 26% dans un lieu public, 18% au travail,
- Le motif le plus fréquent : *malaise*,
- La décision d'envoi aux urgences a été rapide,
- 29% de l'ensemble de ces patients n'ont pas pensé à appeler leur médecin traitant.

2.2.2.2 Groupe 2 : Les usagers envoyés aux urgences par leur médecin traitant (16%) [7]

Les nourrissons et les plus de 70 ans sont deux fois plus nombreux dans ce groupe. Les patients de 16 à 25 ans sont eux deux fois moins nombreux.

- Ils consultent le plus souvent pour des problèmes somatiques non traumatologique (54%),
- Dans 64% des cas, le problème a eu lieu au domicile,
- Motif le plus fréquent : *sentiment de gêne* (21%),
- Au préalable, 72% ont eu des actes diagnostiques,
- Les femmes représentent 63% de ce groupe.

2.2.2.3 **Groupe 3** : Les victimes d'accident qui décident seules, ou avec leur entourage, d'aller aux urgences (38%) [7]

- Motif : *accident*,
- Le plus souvent sur leur lieu de travail (28%),
- La quasi-totalité d'entre eux décident, seul ou avec leur proche, de venir aux urgences (92%),
- La majorité d'entre eux se présente aux urgences entre 7 heures et 19 heures (73 %),
- Dans 40 % des cas, les patients n'ont pas pensé à appeler leur médecin traitant,
- Principale caractéristique : moins d'1 % d'entre eux sont venus suite à un avis médical.

2.2.2.4 **Groupe 4** : Les patients présentant des problèmes somatiques non traumatologiques, décidant seuls ou avec leurs proches de venir aux urgences (16 %) [7]

- Motifs : *sensation de gêne* (35%), *fièvre* (30%), *malaise* (23%), *vomissements* (14%), *angoisse* (13%),
- Le plus souvent le problème a débuté au domicile (71 % des patients),
- Seuls 22% des patients ont reçu des actes thérapeutiques,
- Ces patients attendent plus de temps avant de se rendre aux urgences : plus de 2 jours pour 16% d'entre eux,
- Ils viennent pour traiter un problème déjà rencontré dans 43 % des cas,

- Plus d'un quart d'entre eux sont des enfants de moins de 6 ans,
- Les femmes représentent 53% de ces patients,
- Ces patients consultent beaucoup pendant les heures de nuit (41%).

2.2.2.5 **Groupe 5** : Les adultes venant aux urgences sur avis d'un médecin qui ne les suit pas régulièrement, souvent pour un problème non traumatologique (7%) [7]

- Caractéristique principale : recours à un avis médical avant d'aller aux urgences.
- Motifs : *douleur* (50%), *sensation de gêne* (22%).
- Problème le plus souvent survenu à domicile (57%).
- La majorité de ces patients a été orientée préalablement par un médecin qui n'est pas leur médecin habituel (85%).
- La moitié de ces patients expriment un sentiment de gravité et le besoin d'être hospitalisé.
- Les patients ayant tenté de joindre leur médecin sont 20% et 8% n'ont pas voulu attendre de voir leur médecin.
- Les plus de 25 ans représentent 85 % de ces patients.
- Seuls 31% d'entre eux se rendent aux urgences dans l'heure qui suit le début de leurs problèmes.

2.2.2.6 **Groupe 6** : Les jeunes et adultes de moins de 50 ans présentant des problèmes peu fréquents souvent liés à des violences (4%) [7]

- Groupe de patients essentiellement masculin (61%),
- Adultes de moins de 50 ans (44%) et jeunes de 16 à 25 ans (29%) prédominent dans cet échantillon,
- La majorité d'entre eux ont recours aux urgences après agression ou violence (61%).
- Motifs : *besoin d'une attestation médicale* (42%), *pas d'avance de frais de santé* (38%),
- Début des problèmes souvent dans la rue (24%),

- Recours aux urgences dans l'heure qui suit le problème dans plus de la moitié des cas (pour 42% d'entre eux au cours de la nuit),
- Orientation vers les urgences souvent secondaire à un avis non médical (pompiers, police).

2.2.3 LES CRITERES DE SATISFACTION DES PATIENTS.

2.2.3.1 Le délai de prise en charge aux urgences.

Près de la moitié (45%) des patients ont trouvé leur délai d'attente aux urgences excessivement long. Ils sont 55% à déclarer être restés moins de deux heures et 20% à être restés moins d'une heure avant d'être pris en charge (Annexe 13 et 14). Les patients ayant séjourné plus de 6 heures dans les urgences ne sont que 6% [7]:

- Les 6-15 ans ne représentent que 2% de cette population,
- Les plus de 70 ans représentent 15% de ces patients. Ceci s'explique par la nécessité d'effectuer une surveillance suffisante avant un éventuel retour à domicile.

L'étude s'est intéressée également au délai d'attente avant le premier contact avec un soignant, puis avec un médecin :

- 47% des patients disent avoir attendu moins de 5 minutes avant un contact avec un soignant et 71% ont attendu moins de 10 minutes.
- 38% des patients avoir attendu un médecin pendant un quart d'heure, 38% ont attendu entre un quart d'heure et une demi-heure, 9% plus de 2 heures

Ces deux délais d'attente sont étroitement liés. Les patients ayant obtenu un premier contact rapide sont aussi ceux qui ont vu le médecin rapidement. Ces différents délais s'expliquent par l'organisation et la surcharge de travail dans le service fréquenté. Le temps moyen d'attente augmente ainsi avec la taille de l'établissement hospitalier (Annexe 15). Le délai d'attente en vue de trouver un lit pour hospitaliser un patient est également plus long dans les grands établissements [5].

2.2.3.2 La communication avec les soignants.

La communication avec les équipes soignantes est également un élément déterminant de la qualité de la prise en charge des patients [7]. Les patients sont autant attachés au temps d'écoute dont ils bénéficient qu'aux conseils médicaux qu'ils reçoivent. Selon eux, ils sont:

- 73% à avoir pu expliquer leur problème et recevoir des explications du médecin.
- 18% ont pu s'expliquer, sans avoir reçu d'explication du médecin.
- 3% disent ne pas avoir pu s'expliquer, mais avoir reçu des explications du médecin.
- Pour 5% d'entre eux, aucune explication n'a pu être donnée.

Les difficultés de communication rencontrées concernent essentiellement les personnes de plus de 70 ans (35%) et les patients les moins diplômés (25%) [6].

En conclusion, les facteurs influençant de manière satisfaisante la qualité de la prise en charge pour les patients sont :

- 1- Les conditions d'accueil et de communication aux urgences.
- 2- Un premier contact rapide avec un soignant et un délai d'attente court pour voir le médecin (Annexe 16 et 17).
- 3- Un passage aux urgences de moins de deux heures.
- 4- La possibilité d'expliquer son problème et de recevoir une information médicale claire en retour.

2.3 LES URGENCES EN HEMATOLOGIE.

Les hémopathies malignes et leurs traitements sont responsables de multiples complications. Certaines complications sont spécifiques à un type de néoplasie ou à une chimiothérapie donnée. D'autres sont communes à la majorité des cancers. La toxicité et les complications de l'aplasie médullaire sont souvent graves et peuvent mettre en jeu, dans un délai bref, le pronostic vital [111].

2.3.1 Les urgences hématologiques.

2.3.1.1 Fièvre chez le patient neutropénique.

Les patients atteints de d'hémopathies peuvent être atteints de manière transitoire ou prolongée de périodes de neutropénie induites par la maladie ou le traitement [111]. La neutropénie est définie par un taux de polynucléaires neutrophiles sanguins inférieur à 1,5 G/l. Les patients neutropéniques sont exposés à un risque d'infection important et à des infections sévères. Ce risque infectieux est d'autant plus important que la neutropénie est profonde et prolongée. Une infection peut engager le pronostic vital du patient lorsque le taux de polynucléaires neutrophiles est inférieur à 0,5 G/l. D'autres facteurs augmentent le risque infectieux chez les patients atteints plus généralement de cancer:

- Un déficit de la fonction phagocytaire secondaire à la chimiothérapie,
- L'affaiblissement des barrières immunitaires que constituent la peau et les muqueuses, réalisant des mucines douloureuses secondaires à certaines chimiothérapies,
- La fréquence élevée d'actes invasifs et la mise en place de cathéters.

2.3.1.1.1 Prévention.

La majorité des chimiothérapies anti tumorales à dosage optimal sont responsables de neutropénie. Le risque d'infection secondaire à une neutropénie peut être réduit par l'application de méthodes simples :

- Soit par prévention des infections d'origine endogène par décontamination intestinale et maintien d'une hygiène correcte du patient,
- Soit par prévention des infections d'origine exogène par un lavage précautionneux et systématique des mains pour les soignants et les aidants, par l'éviction de fleurs ou de plantes dans la chambre du patient, et par un régime alimentaire préservé d'agents microbiens,
- Soit en réduisant la durée des cytopénies par la prescription de facteurs de croissance hématopoïétiques.

Le recours à une antibiothérapie prophylactique doit être réservée à des indications très précises car elle est onéreuse et augmente le risque de survenue de résistances bactériennes aux antibiotiques [51] [54].

2.3.1.1.2 Diagnostic.

Chez le patient neutropénique, une infection doit être recherchée après un pic de température unique supérieur à 38,3°C ou après plusieurs pics supérieurs à 38°C [55]. Cependant, les symptômes de l'infection ainsi que des signes de localisation peuvent être absents à l'examen clinique initial du patient. Les manifestations d'une infection peuvent être amoindries par l'absence d'une réponse inflammatoire adéquate ce qui justifie la réalisation d'un examen clinique exhaustif quotidien du patient.

L'examen clinique doit être focalisé sur les principaux sites d'infection rencontrés :

- sphère or-pharyngée,
- appareil auditif,
- peau,
- poumons,
- abdomen,
- région péri-anale,
- Sites d'implantations des cathéters.

Il faut préciser que les pneumopathies bactériennes, virales, ou aspergillaires rapidement évolutives sont les manifestations les plus sévères [145].

L'examen clinique est complété par la réalisation d'hémocultures et d'examen bactériologique des urines. Les hémocultures sont réalisées sur le sang périphérique et sur du sang prélevé dans les cathéters intraveineux disposés chez le patient. Des prélèvements bactériologiques de liquide céphalorachidien, de liquide péritonéal, d'épanchement pleural, de peau ou de crachats sont également réalisés s'il existe des signes de localisation correspondant à l'examen clinique. Une radiographie thoracique est systématiquement réalisée. Elle peut être

normale chez le patient neutropénique atteint d'une pneumopathie car le développement d'un infiltrat pulmonaire nécessite l'action de polynucléaires neutrophiles.

Malgré la réalisation de ces examens, la documentation microbiologique de l'infection n'est obtenue que chez 30 à 40% des patients fébriles neutropéniques. Les germes les plus fréquemment isolés sont les bactéries gram-positives, particulièrement chez les patients porteurs de cathéters intraveineux au long cours. Les bactéries les plus fréquentes sont *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus species*, et *Staphylococcus aureus*. Les bactéries gram-négatives les plus rencontrées sont *Escherichia coli*, *Klebsellia species* et *Pseudomonas aeruginosa* [55]. Les patients neutropéniques sont également plus exposés aux infections fongiques causées par *Candida*, *Aspergillus* et *Zygomycetes species*.

2.3.1.1.3 Traitement.

Une antibiothérapie chez le patient neutropénique présentant des signes d'infection doit être initiée rapidement et à dose efficace, adaptée aux fonctions rénales et hépatiques du patient. Si le micro-organisme responsable de l'infection est identifié, l'antibiothérapie doit être ajustée pour couvrir largement ce germe, idéalement avec deux antibiotiques différents. Les patients neutropéniques atteints par une infection identifiée doivent recevoir une antibiothérapie pendant une durée aussi longue que celle pour un patient non neutropénique atteint d'une infection similaire.

En l'absence d'une source identifiable d'infection, les antibiotiques doivent être poursuivis jusqu'à ce que le taux de neutrophiles du patient redevienne supérieur à 0,5 G/l et que l'apyrexie du patient dure plus de 48 heures [55]. Les antibiotiques utilisés dans ce cas sont selon les équipes, selon la porte d'entrée clinique, selon l'existence ou non de signes de gravité : Amoxicilline-Acide clavulanique, une céphalosporine de troisième génération, Piperacilline/ Tazobactam seuls ou associés à une quinolone de type Ciprofloxacine ou aminosides type Amiklin.

Cette sélection doit également tenir compte des résistances aux antibiotiques rencontrées dans cette population de patient. Plusieurs associations d'antibiotiques administrés per os ou en intraveineux sont efficaces [55]-[60]. Alternativement, une monothérapie avec un agent à

large spectre, de type carbapenem ou céphalosporine à spectre large, peut être utilisée [60]. L'addition de Vancomycine à une antibiothérapie préalable est employée chez les patients porteurs d'un cathéter intraveineux au long cours et chez ceux exposés à des *staphylocoques aureus* méthicilline-résistants. Des études randomisées montrent que les patients à faible risque d'infection peuvent être traités avec une antibiothérapie orale de type Amoxicilline-Acide Clavulanique plus Ciprofloxacine [62] [63]. Des études suggèrent aussi que des patients à faible risque infectieux sélectionnés prudemment peuvent être traités en ambulatoire par antibiothérapie orale ou parentérale [48] [50].

Une infection secondaire, une résistance aux antibiotiques, ou une antibiothérapie inadaptée au germe nécessite une modification de l'antibiothérapie. Pour minimiser la toxicité des traitements, les taux sériques des aminosides et de la Vancomycine doivent être contrôlés régulièrement et les doses ajustées si nécessaires. La néphrotoxicité des aminosides est majorée chez les patients âgés et les patients traités par Cisplatine ou Amphotéricine B.

Une infection fongique doit être suspectée dans deux situations :

- fièvre persistante malgré l'instauration d'une antibiothérapie à large spectre pendant cinq à sept jours,
- fièvre secondaire après réponse initiale aux antibiotiques.

Un traitement empirique antifongique par Amphotéricine B est indiqué dans ce cas [64] [65].

2.3.1.1.4 Cathéters intraveineux.

Les patients porteurs d'un cathéter intraveineux ayant une fièvre avec ou neutropénie posent un problème particulier. L'infection du cathéter peut se situer sur la partie externe du site, dans le tube ou la lumière du cathéter. Plusieurs micro-organismes peuvent être responsables de l'infection sur cathéter, le plus commun étant *Staphylocoque epidermidis* [111]. Les infections situées sur la partie externe du site ou dans la lumière du cathéter sont traitées par l'administration d'antibiotiques au travers de la lumière du cathéter, sans ablation du cathéter. Par contre, une infection fongique ou une infection de la partie sous cutanée du cathéter nécessite son ablation.

2.3.1.1.5 Facteurs de croissance hématopoïétiques.

Les facteurs de croissances utilisés en thérapeutique sont les G-CSF (granulocyte colony-stimulating factor) sous forme immédiate ou retard. Ils stimulent la croissance et la maturation des progéniteurs médullaires des granulocytes et des macrophages. Un traitement par G-CSF préventif d'une neutropénie réduit la durée de la neutropénie et la fréquence des épisodes infectieux chez les patients recevant une chimiothérapie myélosuppressive. Leur prix élevé limite leur indication en prophylaxie aux patients recevant une chimiothérapie myélosuppressive intensive et aux patients ayant des antécédents de neutropénie fébrile [55]. Des essais randomisés prospectifs ont cependant montré les limites de ces thérapeutiques sur la fièvre et la neutropénie. Ces traitements diminuent la durée de la neutropénie et de l'hospitalisation mais n'agissent pas sur la fièvre et la mortalité.

2.3.1.1.6 Cas des patients splénectomisés.

La rate est un organe important pour la production d'anticorps et la destruction des bactéries. Les patients splénectomisés ou ayant une asplénie fonctionnelle secondaire à la radiothérapie ont un risque accru d'infection par les bactéries encapsulées: *Streptocoque pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis*, *Streptocoque du groupe A* et *Capnocytophaga canimorsus* (exclusivement après morsures de chien) [56]. Les infections causées par ces germes sont rapidement responsables de sepsis. Ainsi, ces patients doivent avoir en leur possession des antibiotiques actifs sur les bactéries encapsulées. Les patients doivent commencer leur traitement antibiotique dès qu'ils présentent un syndrome fébrile et nécessitent une attention médicale particulière. La prévention des infections par les vaccins contre le pneumocoque et l'*Haemophilus* n'ont pas fait la preuve d'une complète efficacité. Il est donc nécessaire d'adjoindre un traitement pendant 2 ans par oracilline per os. En cas de fièvre, l'absence d'amélioration clinique rapide (48 heures de traitement antibiotique) du patient devra conduire à son hospitalisation.

2.3.1.2 Thrombopénie.

La survenue au cours d'une hémopathie, d'une thrombopénie résulte soit d'une atteinte centrale par défaut de synthèse secondaire à l'infiltration de la moelle osseuse par des cellules malignes ou à la toxicité des traitements de type chimiothérapie ou radiothérapie [111], soit d'origine périphérique liée à la destruction périphérique en cas d'hypersplénisme, de coagulation intravasculaire disséminée, d'auto-immunité ou d'hémophagocytose. L'origine de la thrombopénie est déterminée en réalisant un myélogramme [144]. Chez les patients recevant des chimiothérapies les traitements altérant la fonction plaquettaire comme l'aspirine sont déconseillés.

La thrombopénie expose au risque d'hémorragies lorsque le taux de plaquettes sanguines est inférieur à 50 G/l [144]. Ce risque est important lorsque leur taux diminue rapidement. Le risque de saignement augmente quand le taux de plaquettes sanguines diminue en dessous de 100 G/l. Le risque de saignement spontané est majeur quand ce taux est inférieur à 10 G/l [35]. Les signes cliniques, parfois absents, sont :

- Purpura cutanéomuqueux,
- Epistaxis,
- Ménorragies,
- Hémorragies gingivales,
- Hémorragies viscérales.

L'American Society of Clinical Oncology (**ASCO**) a développé des recommandations sur l'utilisation prophylactique de transfusion de plaquettes [35]. Les recommandations de l'**ASCO** indiquent que des transfusions prophylactiques de plaquettes au cours des thrombopénies secondaires à la chimiothérapie, sont à réaliser si le taux de plaquettes est inférieur à 10 G/l. Ces transfusions concernent les patients ayant :

- Une leucémie,
- Une tumeur solide,
- Une transplantation de cellules hématopoïétiques.

Si le taux sanguin de plaquettes est supérieur à 10 G/l, des transfusions de plaquettes sont réalisées en cas :

- Hémorragies,
- Fièvre élevée,

- Coagulopathie,
- Anticipation de thérapeutiques invasives.

Les risques d'allo-immunisation sont réduits par l'utilisation de produits sanguins déleucocytés par filtration. Pour prévenir une allo-immunisation, les transfusions prophylactiques de plaquettes sont proscrites lorsque la destruction des cellules sanguines est périphérique. Le traitement d'une thrombopénie avec saignement secondaire comprend la transfusion de globules rouges et de plaquettes associée au contrôle local du saignement. Les patients immunisés lors de transfusions de plaquettes doivent recevoir des plaquettes d'un donneur unique **HLA** compatible, si possible ou d'un mélange de plaquettes. Une coagulation intravasculaire disséminée sous jacente doit être diagnostiquée et traitée rapidement. Chez les patients en chimiothérapie et à haut risque de thrombopénie, de nouvelles molécules sont actuellement en cours d'évaluation en terme d'efficacité et de toxicité, mais ne sont pas utilisées en pratique clinique courante et le support transfusionnel plaquettaire reste important [36] [37].

2.3.1.3 Microangiopathie thrombotique.

La Microangiopathie thrombotique (MT) est un syndrome rare incluant une anémie hémolytique mécanique intravasculaire avec présence de schizocytes sur le frottis sanguin, une thrombopénie, une insuffisance rénale et une atteinte neurologique thrombotique avec fièvre. Ce syndrome peut se présenter comme un purpura thrombotique thrombocytopénique engageant le pronostic vital (TTP) avec des signes neurologiques prédominant ou un syndrome hémolytique et urémique (HUS) avec un tableau rénal majeur [38] [40]. La MT se rencontre dans différentes situations incluant le terrain dysimmun, les cancers et les chimiothérapies. La sévérité de cette pathologie est variable, allant de l'anémie minime avec quelques schizocytes jusqu'à un tableau d'anémie profonde avec hémolyse rapide associée à un grand nombre de schizocytes. Le HUS peut se rencontrer chez des patients n'ayant pas de signes de maladie active évidents. Ce syndrome est souvent observé après une chimiothérapie par Mitomycine (4% des patients traités par Mitomycine) [40]. Il est décrit également après des chimiothérapies utilisant [38]:

- Bléomycine,

- Cisplatine,
- Dacarbazine,
- Fluorouracile,
- Lomustine,
- Vinca alcaloïdes,
- Gencitabine,
- ou après intensification thérapeutique avec support de cellules souches autologues.

La mortalité consécutive à une MT est élevée et il n'existe pas de thérapie réellement efficace pour traiter cette complication. Le traitement repose sur des plasmaphérèses répétées avec remplacement par des transfusions de plasma frais congelé [38] [41] [43]. Lorsque cette complication est récurrente des traitements par Cyclophosphamide, Cyclosporine, Prednisone et plus récemment du Rituximab peuvent être utilisés [45] [47].

2.3.1.4 Coagulation intra vasculaire disséminée.

La coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) résulte de l'activation systémique du processus de coagulation par des facteurs tissulaires et de la déficience des systèmes physiologiques d'anticoagulation [25] [26]. Ces phénomènes conduisent à la consommation de plaquettes et de facteur de coagulation causant des saignements et parallèlement à la formation de dépôts de fibrine responsables de microthromboses intravasculaire. Outre les néoplasies, les étiologies des CIVD sont les infections, les complications obstétricales et les traumatismes [27]. Le système de fibrinolyse n'est activé que secondairement. Les patients souffrant de cancers ont souvent des anomalies de la coagulation asymptomatiques. Les patients atteints d'adénocarcinome ou de leucémie promyélocytaire sont particulièrement à risque. La CIVD peut être aigue ou chronique et de sévérité variable. Les manifestations thromboemboliques sont fréquentes au cours de cette pathologie.

2.3.1.4.1 CIVD chronique.

La CIVD chronique touche la majorité des patients atteints par des pathologies cancéreuses disséminées. Le corps humain a la capacité de mettre en place des systèmes physiologiques de compensation. Le dosage des facteurs de la coagulation montre un effondrement du facteur V et du fibrinogène ainsi que la présence de D-dimères.

Une partie de ces patients présente [27]:

- des thromboses veineuses profondes,
- un syndrome de Trousseau,
- une endocardite thrombotique non bactérienne,
- une embolie sans saignement.

Les patients faisant des thromboses sans saignement associé doivent être traités par anticoagulants au long cours de type Héparine de bas poids moléculaire ou non fractionnées.

2.3.1.4.2 CIVD aigüe.

Lors d'une CIVD aigüe, les patients présentent des signes cliniques évidents de coagulopathie, un taux de plaquettes sanguines diminué et une activation des facteurs de la coagulation. Les temps de thrombine et prothrombine plasmatique sont allongés et les taux des produits de dégradation de la fibrine sont élevés. Le taux sanguin de fibrinogène est variable en fonction de sa consommation. Les signes cliniques de CIVD aigüe associent paradoxalement des manifestations hémorragiques bruyantes telles des :

- saignements de plaies chirurgicales ou au niveau des cathéters intra veineux, des saignements cutanés (ecchymose, pétéchies et purpura,) ou muqueux
- épistaxis et saignements buccaux, souvent associés à des hémorragies gastro-intestinales,
- à des complications thrombotiques de type infarctus cérébral et ou cardiaque.

Chez le patient cancéreux, les hémorragies associées à une CIVD peuvent être fulminantes, responsables d'un état de choc avec défaillance multi-viscérale suivi du décès du patient.

Le traitement de la CIVD aigue inclut le traitement de l'infection ou de la néoplasie causale, lorsque cela est possible. Les CIVD se produisant au cours des leucémies promyélocytaïres

peuvent être résolues en utilisant de l'*Acide tout-trans-rétinoïque* en urgence [25] [28] [30]. La transfusion de plaquettes et de facteurs de coagulation complètent le traitement. La transfusion de globules rouges se fera en cas de perte sanguine importante. L'effet de forte dose d'antithrombine III a été étudié dans des essais randomisés chez des patients atteints de CIVD sur sepsis. Ils n'ont pas montré de réduction significative de la mortalité [29] [31] [32]. L'utilisation de l'héparine au cours des CIVD aiguës est sujette à controverse [26] [30] [31]. Elle induit un risque accru de saignement. Elle doit être prescrite à la dose minimale permettant le maintien d'un taux sanguin de plaquettes supérieur à 50 G/l et de fibrinogène supérieur à 150 mg/dl. En cas de fibrinolyse primaire (diagnostiquée devant l'absence de thrombopénie), le traitement sera la transfusion de plasma frais congelé.

2.3.2 Les urgences métaboliques.

2.3.2.1 Hypercalcémie.

L'hypercalcémie touche 10 à 20% des patients atteints de cancer. Elle peut être au départ asymptomatique mais c'est une complication grave qui engage le pronostic vital du patient. Elle survient au cours des néoplasies avancées de type hémopathies et cancers solides avec ou sans métastases [71]. Les hémopathies les plus fréquemment associées à l'hypercalcémie sont le myélome et le lymphome à cellules T. Sur le plan physiopathologique, le métabolisme du calcium est régulé en fonction de [71]:

- L'absorption intestinale du calcium,
- La formation et la résorption du tissu osseux,
- L'excrétion rénale du calcium.

Chez l'adulte sain la formation et la résorption osseuse s'équilibre. De même, l'élimination rénale du calcium est déterminée par son absorption intestinale.

L'absorption intestinale du calcium est à la fois active et passive. L'absorption active est soumise à un phénomène de saturation et régulée par la 1,25-dihydroxyvitamine D3 (1,25-(OH) 2 D3). D'autres hormones, comme la parathormone (PTH) et les glucocorticoïdes participent indirectement à sa régulation en modulant la production rénale de la 1,25-

dihydroxyvitamine D3. Les tissus osseux trabéculaires et corticaux sont également soumis à un processus actif de régulation: les ostéoclastes stimulent la résorption de l'os alors que les ostéoblastes s'interposent pour accélérer la synthèse osseuse. La résorption osseuse est stimulée par la PTH et inhibée par la calcitonine. Dans des conditions normales, la balance temporo-spatiale entre la formation et la résorption de l'os limite la participation osseuse aux mécanismes de régulation de la calcémie. Chez le patient atteint de cancer, il existe un déséquilibre dans la balance temporo-spatiale de la synthèse osseuse. Il en résulte que la résorption osseuse est beaucoup plus rapide que sa synthèse. L'absorption intestinale de calcium diminue, le volume extracellulaire se contracte et l'excrétion urinaire de calcium chute entraînant l'hypercalcémie.

Le décalage entre résorption et formation osseuse est provoqué par des facteurs humoraux synthétisés par les cellules malignes intervenant par le biais de systèmes hormonaux complexes.

2.3.2.1.1 Diagnostic.

Les patients atteints d'hypercalcémie maligne présentent des symptômes non spécifiques comme:

- Polyuro-polydipsie,
- Anorexie,
- Asthénie,
- Constipation,
- Douleur abdominale,
- Nausées,
- Vomissements,
- Troubles cognitifs.

Les complications tardives de l'hypercalcémie incluent le coma et les troubles du rythme cardiaque. Les douleurs osseuses peuvent être absentes. Le diagnostic est confirmé par la mesure de la calcémie corrigée ou du calcium ionisé, qui sont élevés dans ce cas. Le diagnostic différentiel principal de l'hypercalcémie néoplasique est l'hyperparathyroïdie

primitive. L'hyperparathyroïdie primitive entraîne une augmentation modérée de la calcémie (de 11 à 12mg/dl) et une diminution de la phosphatémie (de 2 à 3mg/dl). L'hypercalcémie paranéoplasique se caractérise par une forte augmentation de la calcémie (de 14 à 15mg/dl) et une phosphatémie normale. L'immunoradiométrie permet alors de faire le diagnostic en mesurant la PTH intacte qui est élevée en cas d'hyperparathyroïdie, et à l'inverse, effondrée en cas d'hypercalcémie néoplasique.

2.3.2.1.2 Traitement.

Lorsque l'hypercalcémie est la première manifestation clinique d'un myélome ou d'un lymphome T, le traitement de l'hypercalcémie est justifié, en y associant un apport d'électrolyte, l'inhibition de la résorption osseuse et le traitement de l'hémopathie sous-jacente [76].

La déshydratation présente chez tous les patients atteints d'hypercalcémie maligne symptomatique doit être rapidement traitée par une perfusion d'une solution saline qui corrigera le déficit extra cellulaire et permettra l'élévation du débit de filtration glomérulaire et l'accélération de l'excrétion rénale du calcium. L'alcalose métabolique avec hypokaliémie et hypophosphatémie souvent observée chez ces patients doivent être rapidement corrigées. Les diurétiques peuvent être utilisés après correction de la déshydratation associés aux biphosphonates qui ont une grande affinité pour les surfaces osseuses remaniées par les cellules malignes. Ils bloquent la fixation des ostéoclastes à la matrice osseuse et leur différenciation [72]. Le Zoledronate (4mg délivré en quinze minutes par voie intra veineuse) est le biphosphonate de référence dans le traitement de l'hypercalcémie maligne. Avec ce traitement, on obtient un taux de réponse complète de 88% à 10 jours [77]. Les effets secondaires des biphosphonates sont une fièvre transitoire, réaction cutanée locale au point de perfusion, hypomagnésémie, hypophosphatémie, altération de la fonction rénale, syndrome pseudo grippal et ostéonécrose de la mâchoire après des soins dentaires.

2.3.2.2 Syndrome de lyse tumorale.

Les patients atteints d'une prolifération maligne à évolution rapide peuvent être touchés par un syndrome de lyse tumorale [111]. Ce syndrome peut survenir spontanément ou être induit et intensifié par la chimiothérapie. Il correspond à la libération d'éléments intracellulaires

comme les électrolytes et les acides nucléiques. Ce syndrome se produit 6 à 72 heures après le début d'une thérapie et se caractérise par :

- Une hyperkaliémie,
- Une hyperuricémie,
- Une hyperphosphatémie avec hypocalcémie secondaire.

Il touche souvent les patients atteints de lymphomes ou de leucémies particulièrement dans les formes immunologiques T et B de type Burkitt-like, tumorales et hyperleucocytaires [111]. Il est favorisé par:

- Une insuffisance rénale préexistante,
- Un taux d'acide urique sanguin préexistant élevé,
- Un taux de lactate déshydrogénase (LDH) préexistant élevé, témoignant d'une masse tumorale élevée.

Le syndrome de lyse tumorale se caractérise par une hyperkaliémie associée à un taux élevé d'acide urique et de phosphate, et à une insuffisance rénale. L'hyperphosphatémie engendre une hypocalcémie secondaire liée à la précipitation du phosphate de calcium dans les tissus mous et les reins. Cette hypocalcémie engendre une altération des fonctions supérieures et une irritabilité neuromusculaire avec des crises de spasmes. L'hyperkaliémie peut être responsable de troubles du rythme cardiaque potentiellement fatal [111].

L'anticipation et la prise en charge contrôlée du syndrome de lyse tumorale sont les clés de sa prévention [111]. Les patients à risque doivent être hospitalisés et réhydratés en urgence afin de relancer une diurèse permettant une élimination rénale correcte des métabolites accumulés. Le contrôle biologique des niveaux d'électrolytes sanguins doivent être effectués régulièrement. Cependant, la baisse du taux d'acide urique sanguin nécessite plusieurs jours de traitement. L'alcalinisation des urines par des perfusions de bicarbonate de sodium permet une augmentation de la solubilité de l'acide urique, et une diminution du risque de néphropathie induite par l'acide urique. Un traitement par urate oxydase recombinante (rasburicase) permet la conversion rapide d'acide urique en allantoïne qui est plus soluble que l'acide urique rapidement éliminée par le rein filtrée par le rein entraînant une diminution rapide du taux sanguin d'acide urique[78]. L'hyperkaliémie justifie l'arrêt de tout apport de potassium et une surveillance électrocardiographique rapprochée [8]. Les hyperkaliémies

sévères doivent être traitées agressivement par une hyperdiurèse, des traitements hypokaliémiants, voir une dialyse rénale.

Dans ses formes les plus sévères, le syndrome de lyse tumorale nécessitera une prise en charge par

1. Une correction précise des troubles hydro-électrolytiques,
2. Un monitoring cardiaque,
3. Une hémodialyse si nécessaire.

2.3.3 Les urgences neurologiques.

2.3.3.1 Syndrome de compression médullaire.

Le syndrome de compression médullaire se rencontre chez 5 à 10% des patients atteints de cancers. En hématologie, ce sont les patients atteints de lymphome et de myélome qui sont les plus souvent concernés. Le niveau de compression est :

- Cervical dans 10% des cas,
- Thoracique dans 70% des cas,
- Lombar dans 20% des cas,
- Multiple dans 30% des cas.

Cette compression résulte soit de l'envahissement du processus malin dans le corps vertébral, qui en se développant comprime la moelle épinière, soit d'une épидурite. Un diagnostic précoce de ce syndrome est crucial car le pronostic de réussite dans le traitement de cette compression dépend de [93] [98]:

- La sévérité des déficits neurologiques secondaires,
- La durée des déficits neurologiques secondaires,
- La rapidité de la prise en charge thérapeutique.

Le patient se plaint initialement de douleurs rachidiennes parfois avec une irradiation radiculaire. Le patient décrit également des dysesthésies et un déficit moteur partiel dans les

membres inférieurs avant que le déficit neurologique ne soit complet. Ces signes neurologiques, avec un amaigrissement et une diminution de la mobilité, marquent une accélération de la maladie. La douleur rachidienne, révélant le début de la détérioration de la moelle épinière, peut perdurer pendant plusieurs semaines avant que n'apparaissent les signes neurologiques de compression [144]. Par contre, les manifestations neurologiques se présentent juste avant un tableau clinique critique de compression médullaire entraînant un envoi rapide aux urgences du patient

Le tableau de compression médullaire se manifeste par une souffrance de la moelle épinière dont témoignent des réflexes ostéo-tendineux vifs et polycinétiques, et un réflexe de Babinski aux membres inférieurs, lorsque la compression se situe au dessus de la dixième vertèbre thoracique (T10). Par contre, les lésions en dessous de T10 sont responsables d'une hyporéflexie. Un déficit moteur des membres inférieurs typiquement bilatéral, symétrique et rapidement progressif est retrouvé dans 75 % des cas. Une incontinence urinaire ou anale est un signe tardif de compression médullaire.

Des radiographies du rachis et un scanner rachidien avec injection de produit de contraste révèlent souvent des lésions mais sont pas assez sensibles ou spécifiques [88]. L'examen de choix est l'IRM du rachis entier avec injection de *Gadolinium*.

Le traitement d'une compression médullaire est une urgence thérapeutique. La base du traitement consiste à initier une corticothérapie associée à une radiothérapie locale. La corticothérapie diminue la douleur du patient et l'œdème créé au niveau de la compression. Au début du traitement, l'utilisation de *Dexamethasone* à 40 mg, est recommandée [100]. Les doses délivrées par la suite seront adaptées en fonction de la réponse clinique pour minimiser la toxicité du traitement.

Une chirurgie de décompression est indiquée pour [99] [103]:

- Les patients n'ayant pas de confirmation histologique de cancers,
- Les patients présentant une lésion instable du rachis,
- Les patients pour lesquels les symptômes progressent malgré la radiothérapie,
- Les patients pour lesquels les symptômes persistent malgré la délivrance d'une dose maximale d'irradiation sur la moelle épinière.

La chirurgie a pour inconvénient de s'adresser à des patients ayant un risque opératoire élevé du fait de leur pathologie. De plus, le taux de récurrence des métastases après chirurgie étant

élevé, elle ne doit pas être réalisée sans radiothérapie complémentaire. Actuellement, les techniques de vertébroplastie et de kyphoplastie permettent de corriger le tassement vertébral, de remplir la cavité de ciment pour diminuer à la fois les douleurs et le risque de compression médullaire.

La radiothérapie ne sera indiquée qu'après concertation pluridisciplinaire en présence des neurochirurgiens, des hématologues ou oncologues et des radiothérapeutes.

La tolérance de la moelle épinière aux radiations est fonction de la dose cumulée des radiations et des dimensions de la zone irradiée. Ainsi le planning des séances de radiothérapies et les doses délivrées doit être établi avec prudence car l'apparition de nouvelles métastases est fréquente. On utilise donc des doses multiples et fractionnées dans le temps de rayons [101] [102].

2.3.3.2 Méningites carcinomateuses.

Les méningites leucémiques ou lymphomateuses ne sont pas fréquentes, mais peuvent révéler ou compliquer une hémopathie maligne. Les symptômes rencontrés sont en rapport avec une atteinte cérébrale ou méningée [104] [106]. Les symptômes les plus courants sont :

- Céphalées,
- Troubles du comportement,
- Ataxie,
- Nausées,
- Vomissements,
- Diplopie,
- Paralyse faciale,
- Paraplégie, paresthésies,
- Douleur rachidienne.

Une ponction lombaire met en évidence dans le liquide céphalorachidien des anomalies à type de protéinorachie élevée et présence de cellules anormales. Un scanner avec injection ou une IRM au gadolinium permettent de documenter une éventuelle atteinte cérébrale associée [99].

Le traitement consiste en l'administration d'une chimiothérapie par voie systémique, et intrathécale [108]. Les patients atteints d'une méningite lymphomateuse ou leucémique doivent être traités par une chimiothérapie agressive qui franchit la barrière méningée [107]. S'il existe des lésions cérébrales symptomatiques, une corticothérapie par voie parentérale est recommandée pour faire diminuer l'œdème cérébral. En cas d'engagement cérébral imminent, la corticothérapie sera associée à un traitement diurétique intra veineux par mannitol. La préservation des fonctions cérébrales est le pivot central de la prise en charge car elle conditionne la qualité de vie du patient et sa guérison [133].

2.3.4 Les urgences cardiovasculaires.

2.3.4.1 Syndrome Cave Supérieur.

Le syndrome Cave Supérieur est causé par un obstacle à l'écoulement du sang dans la veine Cave Supérieure par une compression extrinsèque ou une obstruction intrinsèque de la veine Cave Supérieure (VCS) entraînant une élévation de la pression veineuse dans les membres supérieurs, la face et le cou.

Ce syndrome peut se développer rapidement en quelques jours, ou plus progressivement en quelques semaines. Parmi les principales causes de compression de la VCS, se trouve les lymphomes T du médiastin. Ce syndrome se rencontre également lors de thromboses de la VCS, qui peuvent se développer chez des patients porteurs d'accès veineux sous-clavier, favorisés par les surinfections.

- œdème et cyanose, de la face avec bouffissure des paupières
- distension des veines cervicales, avec une circulation veineuse collatérale cervicale ou thoracique, en pèlerine sur la partie supérieure du thorax
- céphalées, liées à une augmentation de la pression intracrânienne,
- signes de compression thoracique: dyspnée, toux, douleur thoracique.
- œdème des membres supérieurs,
- paralysie des cordes vocales, et Syndrome de Claude Bernard Horner (myosis, ptosis, enophtalmie, hémi-érythrose faciale).

La radiographie thoracique met en évidence un élargissement du médiastin supérieur, une masse hilare supérieure droite, parfois un épanchement pleural. Le scanner thoracique permet

de localiser avec précision l'extension du lymphome et des thromboses éventuelles associées. La biopsie d'une adénopathie est réalisée pour établir un diagnostic précis. Les biopsies doivent être effectuées si possible en dehors des zones où la pression veineuse est élevée [17].

Le traitement d'urgence de cette complication est indiqué lorsque le patient présente des dysfonctionnements cérébraux, un retentissement cardiaque symptomatique ou une obstruction des voies aériennes supérieures. Il consiste d'abord à instaurer une oxygénothérapie et une chimiothérapie du lymphome dans les plus brefs délais [22]. Le traitement de ce syndrome a évolué avec l'utilisation de plus en plus fréquente de stent endo-vasculaire au niveau de l'obstruction de la VCS. Cette technique permet une régression rapide de la symptomatologie et présente un taux de réussite élevé et de mortalité faible [18] [21].

Un traitement anticoagulant ne doit être initié que pour traiter une thrombose de la SVC, suspecté lors de l'inefficacité de la chimiothérapie et de la radiothérapie ce qui est rare. L'anticoagulation ne doit pas être systématique car des études ont montré que dans cette pathologie de la VCS, une anticoagulation est associée à un taux de mortalité de 10% secondaire à des hémorragies intracrâniennes [23].

2.3.4.2 Epanchement péricardique et tamponnade cardiaque.

Les épanchements péricardiques compressifs peuvent être révélateurs de leucémies, ou de lymphomes [144]. Seul un tiers des patients présente des symptômes résultant de ces épanchements. La sévérité de l'épanchement est fonction:

- du volume de l'épanchement,
- de la distensibilité du péricarde,
- de la fluidité de l'épanchement.

Cet épanchement entraîne une diminution du remplissage diastolique et de la fraction d'éjection ventriculaire. Il en résulte une chute de la tension artérielle compensée par une tachycardie. La pression ventriculaire augmente et entraîne une augmentation de pression dans la circulation pulmonaire et la veine cave supérieure. Les symptômes rencontrés sont :

- dyspnée,
- toux et enrouement,
- douleur rétro-sternale,
- nausées, vomissements, épigastralgies.

L'altération de la fonction cardiaque est responsable d'une diminution du débit sanguin cérébral causant une atteinte des fonctions supérieures. L'examen clinique révèle également :

- une cyanose des extrémités,
- un pouls paradoxal,
- un œdème facial,
- une hypotension artérielle,
- des bruits du cœur assourdis à l'auscultation cardiaque,
- une hépato-splénomégalie avec ascite quand la pression veineuse est très élevée.

La radiographie pulmonaire montre un élargissement de la silhouette cardiaque et du médiastin avec des adénopathies hilaires. L'électrocardiogramme peut être normal ou montre une tachycardie sinusale, une élévation du segment ST ou une modification des ondes T. En cas de suspicion de tamponnade, l'échographie cardiaque est l'examen de choix. Une cathétérisation cardiaque droite est parfois nécessaire pour différencier une tamponnade d'une constriction sur cardiomyopathie [128] [132] [134].

La ponction péricardique évacuatrice et diagnostique est indiquée en urgence si le patient présente cyanose, dyspnée, état de choc hémodynamique et une pression veineuse périphérique ne dépassant pas 13 *mmHG* [134]. La ponction permet d'effectuer une analyse cytologique et histologique de l'épanchement permettant de débiter la chimiothérapie

2.3.4.3 Leucostase

La leucostase se rencontre essentiellement au cours des leucémies aiguës et des phases leucémiques de lymphomes agressifs. Elle doit être diagnostiquée le plus tôt possible pour permettre une prise en charge rapide [144]. Les signes cliniques de leucostase sont essentiellement liés à une hypoxie entraînée par un épaississement de la barrière alvéolo-capillaire et par la margination et la stase des leucocytes en intra-vasculaire. La symptomatologie associée :

- encéphalopathie avec coma et syndrome confusionnel d'allure hypoxique,
- dyspnée avec des infiltrats interstitiels diffus, et des épanchements pleuraux,
- hypoxémie profonde et une stase hépatique.

Le taux de leucocytes sanguins est supérieur à 100 G/l constitués de blastes [144]. C'est une urgence chimiothérapique. L'objectif principal du traitement est la diminution du taux de

blastés circulant. Les patients ne doivent pas être transfusés tant que le patient est hyperleucocytaire pour ne pas majorer la stase et la viscosité sanguine [144].

2.3.5 Urgences liées à la iatrogénéité des chimiothérapies:

Les chimiothérapies peuvent entraîner de nombreuses complications pouvant être sources d'admission aux urgences. Nous faisons le choix de n'en rapporter que celles qui sont les plus souvent méconnues :

2.3.5.1 Syndrome douloureux abdominal.

La vincristine et la morphine peuvent être responsables de syndrome occlusif intestinaux [145]. L'asparaginase et les corticoïdes peuvent entraîner des pancréatites aiguës.

2.3.5.2 Diabète insulino-dépendant.

L'asparaginase et les corticoïdes peuvent entraîner un diabète insulino-dépendant révélé par un épisode d'acidocétose diabétique [145].

2.3.5.3 Cystite hémorragique et insuffisance rénale.

Le cyclophosphamide et l'ifosfamide par toxicité sur les voies urinaires peuvent causer des cystites hémorragiques [145]. Le cisplatine et le méthotrexate, ainsi que la septicémie et le syndrome de lyse tumorale, entraînent une insuffisance rénale.

2.4 LES SPECIFICITES DES URGENCES SELON LA TRANCHE D'AGE

2.4.1 Spécificité des urgences onco-gériatriques

La population gériatrique est la plus touchée par les pathologies oncologiques et hématologiques du fait des mécanismes de vieillissement des tissus et du système immunitaire. Le pourcentage de personnes âgées dans la population générale étant en progression constante, il faut s'attendre à une augmentation du nombre de patients cancéreux dans cette tranche d'âge [144]. Cette réalité a amené la médecine depuis 30 ans à progresser dans le traitement des néoplasies des sujets âgés mais les référentiels spécifiquement adaptés restent insuffisants. Les sujets âgés ont particulièrement exposés aux complications des traitements [132] [141] [142]. Les complications urgentes rencontrées chez les patients âgés atteints de néoplasie ne s'expliquent pas uniquement par leur âge avancé mais bien par l'évolutivité et le traitement de leur maladie [131]. Les thérapeutiques utilisées dans ces situations d'urgences doivent faire l'objet d'un choix raisonnable et adapté à l'état général du patient. Les objectifs principaux des traitements entrepris sont la préservation de l'autonomie du patient, l'obtention d'une antalgie efficace, la conservation de ses fonctions cognitives afin d'assurer le maintien de sa dignité [144]. Cependant, il est éthique que les patients âgés puissent bénéficier du même accès aux soins d'urgence en cas de complication, que les patients les plus jeunes à condition que les choix soient effectués après une discussion bénéfice risque. Citons quelques spécificités de la prise en charge des complications urgentes des sujets âgés atteints d'hémopathies malignes.

2.4.1.1 Hypercalcémie

Les troubles du comportement sont souvent rapportés chez la personne âgée à une mauvaise tolérance aux antalgiques et aux anxiolytiques, ce qui retarde le diagnostic d'hypercalcémie. Ce retard est d'autant plus important lorsque les symptômes s'installent de manière progressive. Le diagnostic est confirmé par une augmentation du taux sérique de calcium. Chez certains patients, la calcémie augmente de manière si brutale qu'elle est responsable en quelques jours du décès du malade [116]. Une calcémie normale chez l'homme se situe entre 9,0 à 10,3 mg/dl chez l'homme et entre 8,9 à 10,2 mg/dl chez la femme. Une calcémie

supérieure à 10,5 mg/dl signe un trouble du métabolisme du calcium sérique. Une calcémie supérieure à 11 mg/dl est une indication à débiter le traitement.

Des thérapeutiques comme les digitaliques, souvent prescrits chez le patient âgé, ont un effet inotrope potentialisé par le calcium et deviennent toxiques dans ce contexte.

2.4.1.2 Douleurs du sujet âgés

Les patients atteints de cancer souffrent de multiples douleurs aiguës ou chroniques. La douleur aiguë est un motif très fréquent de transfert vers un service d'urgence [144]. Dans cette situation, les médecins ont recours à des thérapeutiques souvent délivrées par voie parentérale et d'action rapide afin d'obtenir un effet antalgique efficace. Une attention particulière doit être portée aux doses prescrites chez le patient âgé qui présente une tolérance moindre aux antalgiques [144]. Sédation excessive, dépression respiratoire et hypotension artérielle sont les effets secondaires à éviter dans cette tranche d'âge. L'étiologie de cette douleur et son traitement sont indispensables pour obtenir une antalgie satisfaisante. La douleur dans le cancer est très fréquente mais ne doit pas être considérée comme une fatalité, la médecine disposant actuellement d'un arsenal thérapeutique d'antalgiques performants [144].

2.4.1.3 Fractures du sujet âgé

Chez les patients âgés, les fractures osseuses sont courantes et consécutives à une ostéopénie. Cette tendance augmente chez les patients âgés atteints de métastases osseuses ou de tumeurs responsables comme le myélome multiple [144].

Les fractures du squelette axial, secondaires ou non à des métastases, peuvent causer des dommages neurologiques dus à l'instabilité osseuse et les patients doivent être immobilisés. Ces fractures très douloureuses nécessitent des antalgiques de niveau élevé, de type morphinique et des anti-inflammatoires lorsque leur utilisation est possible. Une chirurgie est parfois nécessaire si la fracture est instable ou responsable d'un déficit neurologique [118].

Quand une fracture pathologique survient, une ostéosynthèse est nécessaire pour obtenir une consolidation osseuse et une antalgie satisfaisante. Une radiothérapie locale complète la chirurgie [128]. Pour les patients sans reprise d'autonomie possible et pour les patients en fin de vie, il est préférable d'éviter la chirurgie. On effectue alors une immobilisation du membre fracturé et un traitement médicamenteux antalgique.

2.4.2 Spécificité des urgences onco-pédiatriques

En pédiatrie, les hémopathies malignes par leur évolutivité et leur extension très rapide, sont de véritables urgences thérapeutiques [145]. On distingue:

- Les leucémies aiguës hyperleucocytaires (supérieure à 100 G/L) : risque de leucostase cérébrale et pulmonaire.
- Les lymphomes thoraciques : compression trachéale, syndrome cave supérieure responsables de détresse respiratoire aiguë.
- Lymphome B étendu : extension très rapide, atteinte neurologique.

Certaines leucémies peuvent être diagnostiquées suite à une coagulation intravasculaire disséminée.

D'autres pathologies, à cause de leur extension, nécessitent une prise en charge rapide. Ce sont :

- Les tumeurs pelviennes comprimant les voies urinaires excrétrices,
- Les tumeurs et métastases cérébrales entraînant une hypertension intracrânienne,
- Les tumeurs responsables de compression médullaire : épidurite au cours des leucémies aiguës, métastases rachidiennes.

Spécificité pédiatrique de la gestion de la neutropénie :

Les patients atteints d'hémopathies sont des sujets à risque de faire des complications infectieuses du fait de la diminution de leur immunité [146]. Le type d'infection rencontrée varie en fonction de l'immunodépression. La majorité des infections sont causées par des micro-organismes faisant partie de la flore microbienne présente chez le sujet sain, incluant les bactéries gram négatif, *Candida albicans*, *virus VZV*, et *Pneumocystis*. Quand l'immunité du patient diminue, ces organismes prolifèrent et sont responsables d'infection. D'autres agents comme *Pseudomonas* ou *Aspergillus spp*, provenant de sources exogènes, déclenchent des infections. Chez l'enfant, la plupart des infections résultent de bactéries pathogènes [146]. *Escherichia coli*, *Pseudomonas* et *Klebsiella spp* sont les bactéries à gram négatif les plus

fréquemment rencontrées chez l'enfant. *Le Staphylocoque à coagulase négative* est la bactérie gram positif la plus fréquente et responsable d'infections particulièrement chez les patients porteurs d'une voie veineuse centrale. Les infections à germe anaérobie sont rares chez l'enfant atteint d'hémopathie. *Candida et Aspergillus spp* sont les agents les plus souvent isolés dans les infections fongiques chez l'enfant. Les virus les plus fréquemment rencontrés sont *Herpes simplex, Varicelle Zona Virus, Cytomégalo virus, Adénovirus, et Epstein-Barr virus*. Enfin, *Pneumocystis et Toxoplasmose* constituent la majorité des infections à protozoaires chez cette catégorie de patient.

L'approche standard pour traiter un patient neutropénique, sans foyer infectieux évident à l'examen clinique, est de combiner des antibiotiques couvrant à la fois les infections à germe gram positif et négatif [146]. Vancomycine et Ceftazimide sont souvent utilisés en première intention chez les patients porteurs d'une voie veineuse centrale, qui ont un risque accru d'infection à *staphylocoque coagulase négative*. D'autres équipes utilisent une antibiothérapie associant un aminoglycoside et une bêtalactamine. Les enfants présentant des pneumopathies ou des infections périrectales sont également traités avec des antibiotiques actifs sur *Pneumocystis et Clostridium*. Mais chaque unité d'hématologie peut avoir une stratégie thérapeutique spécifique, en fonction des germes les plus fréquemment isolés chez les patients traités dans le service.

3 ETUDE REALISEE DANS LE SERVICE DES URGENCES DU C.H.R.U DE LIMOGES.

Notre étude s'est portée sur l'analyse des admissions dans le service des urgences du C.H.R.U de Limoges et sur le parcours de prise en charge intra-hospitalier des patients atteints d'hémopathie au cours des années 2005 et 2006.

3.1 DEFINITION DES OBJECTIFS.

L'objectif principal de cette étude est d'analyser rétrospectivement les motifs d'admissions aux urgences des patients atteints d'hémopathies.

A partir de cette analyse, découlent **les objectifs secondaires** suivant :

- Déterminer les caractéristiques médicales et sociodémographiques des patients atteints d'hémopathies, admis aux urgences,
- Déterminer les facteurs prédictifs d'hospitalisations répétées aux urgences de cette population de patients,
- Déterminer les facteurs prédictifs d'une hospitalisation directe vers le service d'hématologie clinique et de thérapie cellulaire du CHRU de Limoges,
- Déterminer si la population des patients de plus de 65 ans bénéficie d'une prise en charge comparable à celle des patients plus jeunes,

3.2 METHODE ET MATERIEL.

3.2.1 Sélection de la population.

La population de notre étude a été sélectionnée à partir de liste de patients admis au service des urgences du CHRU de Limoges du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2006 (recrutement quasi exhaustif).

La liste de ces patients a été établie à partir d'une seule source : les données du PMSI, recensées par le Service d'Informatisation Médicale et d'Evaluation.

Les critères d'exclusion ont été :

- L'absence de dossiers de soins disponible, quelle qu'en soit la raison, pour l'étude du dossier de soin,
- L'absence de consultation ou de suivi du patient par le service d'hématologie clinique du CHRU Limoges,
- L'absence d'un motif d'hospitalisation en rapport avec une hémopathie débutante ou évolutive.

3.2.2 Recueil des données.

Tout au long de l'étude, le recueil des données a été effectué par le même opérateur.

3.2.2.1 Dossier de soins et composition du questionnaire.

Le recueil des données s'est fait dans un premier temps grâce à un questionnaire construit et complété par l'opérateur, après demande des dossiers auprès du service des Archives de l'Hôpital. Ont été utilisés, pour le recueil des éléments, le dossier de soins infirmiers, le dossier courrier et le dossier médical informatisé et « papier » du patient.

Une fois les questionnaires remplis, les données ont été collectées dans un second temps, dans un tableau Excel, afin de permettre l'exploitation statistique des éléments recueillis.

Les éléments recherchés dans le dossier de soins pour l'analyse rétrospective, à partir des sous- parties déjà citées ont été les suivants :

3.2.2.1.1 Recueil des éléments médicaux.

- Motif principal d'admission aux urgences,

- Motif secondaire d'admission aux urgences,
- Nombre de médicaments pris par le patient :
 - Moins de 3 par jour
 - De 3 à 6 par jour
 - Plus de 6 par jour
- Antécédents hématologiques du patient : type d'hémopathie,
- Stade de la maladie :
 - Palliatif
 - Curatif
 - Rémission
 - Rechute
 - Terminal
 - Abstention thérapeutique
- Date de début de suivi du patient en hématologie,
- Comorbidités associées :
 - Cardiaque
 - Rénale
 - Hépatique
 - Neurologique
 - Autre(s)
- Symptomatologie révélatrice de l'hémopathie ou complications de l'hémopathie,
- Réalisation d'une chimiothérapie dans le mois précédent l'hospitalisation par les urgences,

- Numération Formule Sanguine du patient le jour de son admission aux urgences,
- Diagnostic principal de sortie des urgences,
- Diagnostic secondaire de sortie des urgences,
- Orientation post-urgence des patients :
 - Retour à domicile avec consultation différée en hématologie,
 - Hospitalisation directe vers le service d'hématologie clinique,
 - Hospitalisation vers un autre service hospitalier avant hospitalisation en hématologie clinique,
 - Hospitalisation vers un autre service hospitalier et consultation différée en hématologie.
- Orientation adaptée ou non à la pathologie du patient.

3.2.2.1.2 Recueil des éléments paramédicaux.

- Nom et prénom(s) du patient,
- Date de naissance du patient,
- Age du patient lors de l'admission,
- Localité de domiciliation du patient avec code postal,
- Date de passage aux urgences,
- Heure de passage aux urgences,
- Statut social isolé ou non du patient,
- Venue du patient :
 - De sa propre initiative,
 - Adressé par médecin traitant,

- Adressé par un médecin remplaçant ou SOS médecin,
 - Adressé par le SAMU,
 - Après situation d'urgence sur la voie publique,
 - Transfert d'un autre centre hospitalier,
 - Indéterminée.
- Arrivée du patient avec ou sans courrier médical,
 - Patient connu ou non du service des urgences,
 - Si patient connu du service des urgences, nombre de passages aux urgences connu.

3.2.3 Construction de l'outil.

Après revue de la littérature, aucun outil d'évaluation validé par des travaux antérieurs n'a été retrouvé. Un questionnaire a donc été créé par l'opérateur qui a permis de recueillir de manière prospective les critères médicaux et paramédicaux détaillés précédemment. Les items choisis ont pour but de déterminer de manière exhaustive les caractéristiques médicales, para médicales et socio démographiques des patients atteints d'hémopathies revenant de manière répétée aux urgences du CHRU de Limoges.

L'opérateur a réalisé le recueil des données à partir des dossiers médicaux des patients, sur deux types de supports : papier et informatisé. L'outil d'évaluation choisi est un recueil de données sur tableau Excel, construit à partir du questionnaire établi par l'opérateur.

3.2.4 Analyse des données.

Les variables quantitatives ont été décrites avec la moyenne et l'écart type ou médiane et intervalle interquartile ; les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages. Les comparaisons entre deux variables qualitatives ont été réalisées par le test

du Chi² de Pearson et la validité de ce test a été vérifiée au moyen des valeurs attendues. Les associations entre deux variables qualitatives ont été identifiées par régression logistique univariée. Les comparaisons de moyenne ont été réalisées par le test t de student. Le degré de significativité retenu pour l'ensemble des analyses était de 0,05. Le logiciel utilisé était SAS V8.2 (SAS-Institute, Cary, NC, USA).

3.2.5 Identification des données.

Quelques réajustements sur le questionnaire ont été effectués après les tests et le recueil des résultats. Des regroupements sont apparus nécessaires pour le traitement des données. Ils ont été effectués en vue de l'analyse statistique. Du fait du caractère subjectif de certaines questions, quelques explications sont nécessaires.

Age des patients : l'âge des patients retenu correspond à leur âge en année le jour de leur passage aux urgences. Pour les patients qui sont passés plusieurs fois aux urgences en 2005 et 2006, nous avons retenu l'âge du patient au cours de sa première admission. En outre, afin d'effectuer des comparaisons entre la population des patients âgés et les autres patients, ont été créées 2 catégories de patients : les moins de 65 ans et les 65 ans et plus.

Domiciliation du patient : il s'agit du département et de la ville de résidence du patient. Pour chaque patient ont été calculées les distances entre le domicile du patient et le CHRU de Limoges. Il faut préciser que trois distances ont été déterminées de manière approximative car les adresses de résidence principale de ces trois personnes sont situées en Angleterre (2 patients) et en Italie (1 patient). Les patients ont été divisés en deux catégories pour l'analyse statistique : les patients habitant à moins de 50 kilomètres du CHRU et ceux habitant à plus de cinquante kilomètres.

Jour d'entrée aux urgences : le jour d'admission aux urgences a été recoupé en 2 périodes sur la semaine de la manière suivante : admission de semaine du lundi 8h30 au vendredi 18h30, admission de week-end du vendredi 18h30 au lundi 8h30.

Heure d'entrée aux urgences : l'heure d'admission aux urgences a été recoupée en 2 périodes sur le nyctémère de la manière suivante : le jour de 8h30 à 18h30, la nuit de 18h30 à 8h30.

Statut social : nous nous sommes basés sur les renseignements recueillis par les infirmières ou les assistantes sociales lors de l'admission des patients, afin de déterminer si les patients vivaient isolés ou non. Dans 25 cas, cet élément n'était pas spécifié dans le dossier.

Venue du patient : la population de patients a été divisée en trois sous catégories de la manière suivante :

- Patient venu de sa propre initiative ou celle de sa famille.
- Patient adressé par son médecin traitant habituel.
- Patient adressé par un autre médecin ou un autre centre hospitalier.

Ces regroupements de patients ont pour but de déterminer si le patient vient plus facilement aux urgences de sa propre initiative, ou lorsqu'il est vu par un autre médecin que son médecin traitant habituel.

Avis médical préalable avant admission : nous avons recherché dans les dossiers pour les patients admis aux urgences après avis médical, si le médecin adressant le patient avait rédigé un courrier médical préalable. Dans 15 cas, nous n'avons pas pu déterminer si un courrier médical avait été fourni.

Nombre de passage aux urgences : le nombre d'admission aux urgences de chaque patient a été déterminé à l'aide du dossier médical informatisé et «papier» des patients. Cependant, le nombre réel total d'admission de chaque patient n'a pas été déterminé avec exactitude car le dossier médical informatisé n'existe que depuis l'année 2004. De plus, 50 patients sont suivis en hématologie depuis plus de 4 ans et il est probable que tous les passages aux urgences de ces patients ne se sont pas inscrits dans les dossiers médicaux. Ceci constitue un facteur de confusion à prendre en compte. La aussi nous avons divisé les patients en trois groupes en fonction du nombre de passage aux urgences connus : un passage, deux passages, trois passages et plus.

Motifs d'admission aux urgences et diagnostics de sortie des urgences : Ces éléments ont été regroupés en quatre groupes afin de faciliter l'analyse statistique :

- Perturbations du bilan biologique asymptomatiques,

- Syndrome infectieux,
- Syndrome hémorragique,
- Motifs sans rapport direct avec l'hématologie.

Ce regroupement des motifs d'admission et des diagnostics de sortie des urgences dans quatre catégories identiques nous permet également d'effectuer des comparaisons entre le motif d'admission évoqué par le médecin traitant et le diagnostic posé aux urgences. Une colonne spécifique a donc été créée dans un second temps dans le tableau Excel, afin de déterminer s'il existe un accord entre le jugement du médecin traitant et le diagnostic du médecin urgentiste.

Enfin, nous avons retenu au départ les motifs d'admission principaux et secondaires ainsi que les diagnostics principaux et secondaires de sortie des urgences. Pour la fiabilité de l'exploitation statistique et pour limiter la confusion entre ces données, nous avons étudié et comparé uniquement les motifs et diagnostics principaux.

Pathologie hématologique connue : Les patients ont été divisés en deux catégories :

- Les patients ayant une pathologie hématologique connue (n=121),
- Les patients ayant une pathologie hématologique inconnue lors de leur premier passage aux urgences (n=53).

Regroupements des maladies hématologiques : Il est décrit en trois classes simplifiées.

Groupe 1 : lymphome, leucémie lymphoïde chronique et myélome,

Groupe 2 : leucémie aigue et myélodysplasie,

Groupe 3 : autres hémopathies.

Lorsque plusieurs hémopathies étaient répertoriées dans le dossier d'un patient, c'est l'hémopathie la plus récente qui a été retenue, en considérant que celle-ci a été responsable de l'admission.

Existence de signe d'état de choc à l'admission : nous avons au départ tenté de déterminer le nombre de patients arrivant aux urgences avec des signes cliniques d'état de choc (tachycardie, hypotension artérielle). L'étude des dossiers médicaux n'a permis de

retrouver des éléments cliniques que dans 3 dossiers. Ce faible nombre s'explique par le fait que la majorité des patients présentant des signes de gravité lors de leur admission au CHRU de Limoges ne passent pas par le service des urgences et sont admis directement dans le service de réanimation. De ce fait, ces éléments n'ont pas été retenus dans l'étude.

Examens complémentaires biologiques : Les résultats de la Numération Formule Sanguine réalisée à l'admission aux urgences ont été relevés dans le dossier des patients:

- Taux sanguin des leucocytes (en G/l),
- Taux sanguin des polynucléaires neutrophiles (en G/l),
- Taux sanguin de l'hémoglobine (en Gramme/dl),
- Taux sanguin des plaquettes (en G/l).

Dans 9 cas, les patients ont des résultats biologiques incomplets et dans 5 de ces cas les taux de polynucléaires neutrophiles n'ont pas pu être déterminés biologiquement à cause d'un taux sanguin de leucocytes trop faible. Pour 4 patients, on ne retrouve aucun résultat biologique.

Orientation post urgences : Le parcours intra hospitalier des patients a été analysé par l'opérateur. La population de patients hospitalisés après le passage aux urgences a été divisée en trois catégories :

- Les patients hospitalisés directement vers le service d'hématologie clinique,
- Les patients hospitalisés dans un autre service, hospitalisés dans un second temps en hématologie clinique,
- Les patients hospitalisés dans un autre service, sans hospitalisation secondaire en hématologie clinique, mais bénéficiant d'un avis spécialisé en hématologie.

Dans un second temps, une colonne spécifique intitulée « orientation adaptée » a été créée dans le tableau Excel. L'objectif a été de déterminer si l'orientation intra hospitalière du patient était adaptée à la pathologie présentée par le patient. Le caractère approprié ou non de l'orientation du patient a été déterminé par l'opérateur, en comparant les pathologies présentées par le patient et la spécialité du service hospitalier prenant en charge le malade.

Patient en chimiothérapie : Les patients ont été divisés en deux groupes : ceux ayant bénéficié d'une chimiothérapie au cours du mois précédant l'hospitalisation et ceux n'ayant pas eu de chimiothérapie récente.

Antibiothérapie à domicile : Le but a été de déterminer si les patients souffrant d'infections avaient reçu une antibiothérapie préalable avant l'admission et de savoir si cette antibiothérapie était adaptée. Cependant, cet élément est peu mentionné dans les courriers médicaux d'admission aux urgences et dans les dossiers médicaux. Ainsi, le nombre de cas indéterminés étant majoritaires, cet élément a été abandonné.

Comorbidités associées : les comorbidités présentées par le patient ont été divisées en cinq groupes :

- Cardiaques,
- Rénales,
- Hépatiques,
- Neurologiques,

Transfusions sous 24 heures : l'Etablissement Français de transfusion du Sang (E.F.S) nous a fourni la liste des patients ayant bénéficié de transfusion de produit sanguin dans lors de leur passage aux urgences. Ceci nous a permis de faire le rapport entre le nombre de patients adressés aux urgences pour des perturbations du bilan biologique en rapport avec une diminution de l'hémoglobine et des plaquettes, et ceux ayant bénéficié de transfusions de produits sanguins.

Symptomatologie révélatrice : les symptômes cliniques révélateurs de l'hémopathie ou de complication d'une hémopathie ont été regroupés en quatre catégories afin de faciliter l'exploitation statistique de ces données :

a) Anomalies biologiques :

- Anémie,
- Leucopénie,

- Thrombopénie.

b) Symptômes cliniques en rapport avec l'hématologie :

- Dyspnée
- Manifestations hémorragiques mineures :
 - Purpura isolé,
 - Hémorragie buccale et gingivorragies.
- Manifestations hémorragiques sévères : purpura +autres manifestations hémorragiques :
 - Hémorragies digestives,
 - Épistaxis,
 - Hématurie.
- Hyperthermie
- Purpura fébrile

c) Symptômes cliniques sans rapport direct avec l'hématologie :

- Déficit neurologique,
- Thrombose veineuse,
- Tentative de suicide.

d) Symptômes psychologiques :

- Anxiété,
- Dépression.

Hospitalisation justifiée : au terme de l'étude l'opérateur a déterminé, en prenant en compte les éléments cliniques, biologiques, para cliniques et sociaux de chaque patient le caractère justifié ou non de leur hospitalisation.

3.3 REALISATION.

Mai à juillet 2007 : Choix du sujet, de la taille de l'échantillon et élaboration du questionnaire de l'étude.

Aout et septembre 2007 : Recueil de la liste des patients concernés, après demande auprès du Département d'Informatisation Médicale et d'Evaluation du CHRU Limoges.

Octobre 2007 : Evaluation du questionnaire sur 15 dossiers avec validation en termes d'exploitation statistique.

Novembre 2007 à avril 2008 : Etude des dossiers médicaux informatisés puis étude des dossiers de soins sur support papier.

Mai 2008 : Création du tableau Excel et assistance technique par l'ingénieur informaticien de l'Unité de Recherche Clinique Hématologie et recueil des données par l'opérateur.

Juin 2008 à aout 2008 : Analyse des données avec l'aide de l'Unité Fonctionnelle de Recherche Clinique et Bio statistique du C.H.U de Limoges.

Septembre à octobre 2008 : Rédaction de la partie finale du travail et des résultats.

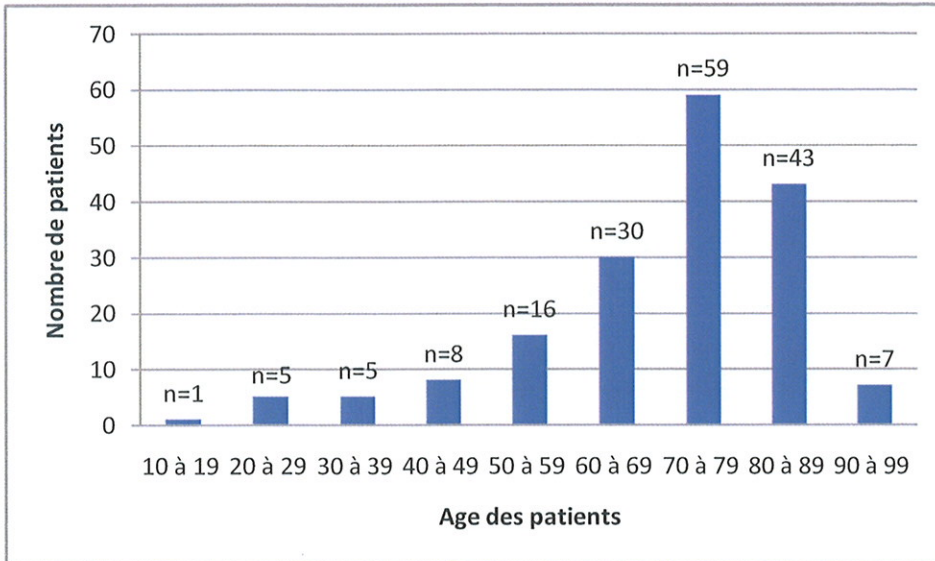
3.4 ANALYSE DES RESULTATS.

3.4.1 Analyse mono variée.

3.4.1.1 Patients.

3.4.1.1.1 Age.

L'âge des patients s'étale de 19 ans à 96 ans. La moyenne d'âge des patients est de 69,9 ans et la médiane de 74 ans. La répartition des patients se fait selon le graphique ci-dessous :

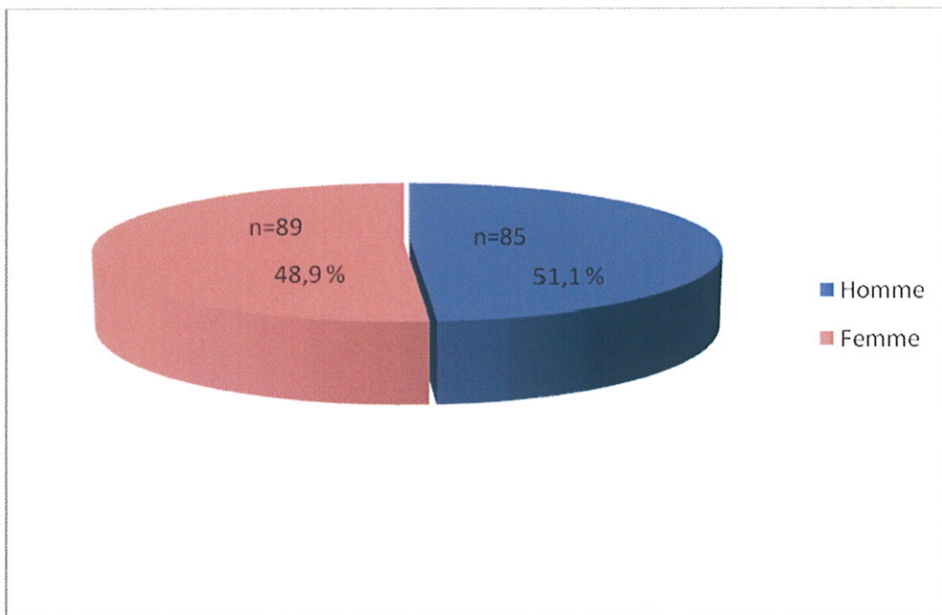


Graphique 1 : Répartitions des patients par tranche d'âge.

Les patients de 65 ans et plus représentent 72,4% des malades (n=126)

3.4.1.1.2 Sexe ratio.

Notre étude compte 51,1% de femmes (n=89) et 48,9 % d'hommes (n=85) ce qui correspond à un sexe ratio faiblement en faveur des femmes de 1,04.

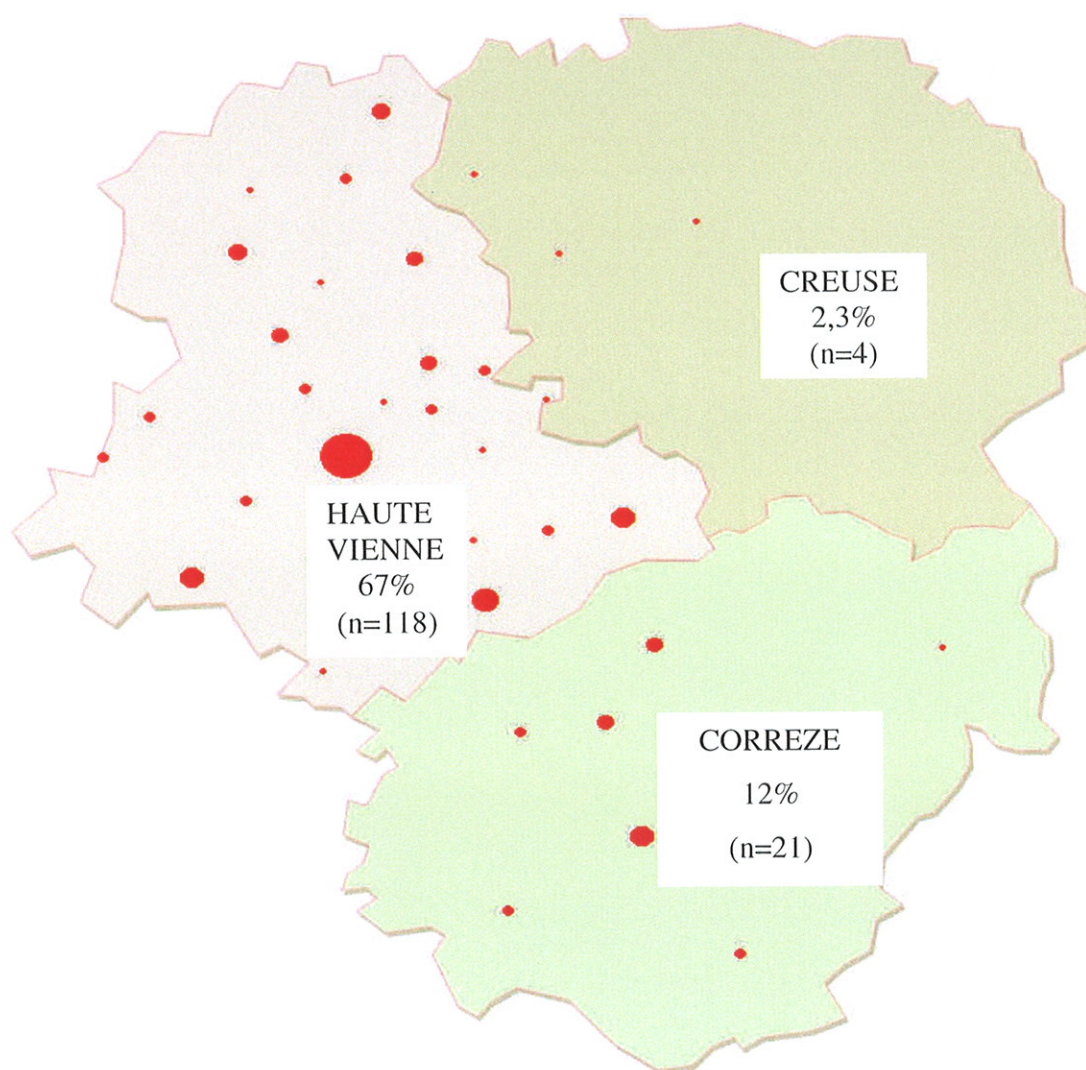


Graphique 2 : Répartition des patients atteints d'hémopathies par sexe.

3.4.1.1.3 Origine géographique.

A) Répartition des patients sur la région Limousin.

Sur le graphique ci-dessous sont représentés par des points rouges les communes d'origine des patients sur la région Limousin. Cependant la taille des points répertoriés n'est pas exactement proportionnelle au nombre de patients.



Graphique 3 : Répartition des patients en Région

B) Département d'origine des patients.

Les patients adressés aux urgences proviennent majoritairement de la Région Limousin, mais également des départements limitrophes.

<u>DEPARTEMENT D'ORIGINE</u>	<u>NOMBRE DE PATIENTS</u>	<u>POURCENTAGE DE PATIENTS</u>
Haute-Vienne	n=118	67,8%
Corrèze	n=21	12%
Creuse	n=4	2,3%
Charente	n=6	3,4%
Dordogne	n=14	8%
Indre	n=6	3,4%
Gironde	n=1	0,5%
Autres	n=4	2,3%

Tableau 1 : Origine géographique des patients

C) Distance domicile-CHU.

La distance moyenne entre le domicile du patient et le CHRU de Limoges pour l'ensemble des patients de l'étude (n=174) est de 46,4 km.

D) Statut social.

Le caractère social « isolé » ou non des patients a pu être collecté pour 149 patients soit 85,6% des patients. Sur ces 149 patients 16,7% vivent isolés (n=25).

3.4.1.2 Pathologie.

3.4.1.2.1 Statut hémopathie connue versus non connue.

Sur les 174 patients de l'étude, 69,5% présentaient une hémopathie connue (n=121). De ce fait, le diagnostic d'hémopathie a été établi pour 30,5% des malades au décours de leur passage aux urgences (n=53).

3.4.1.2.2 Variété des hémopathies.

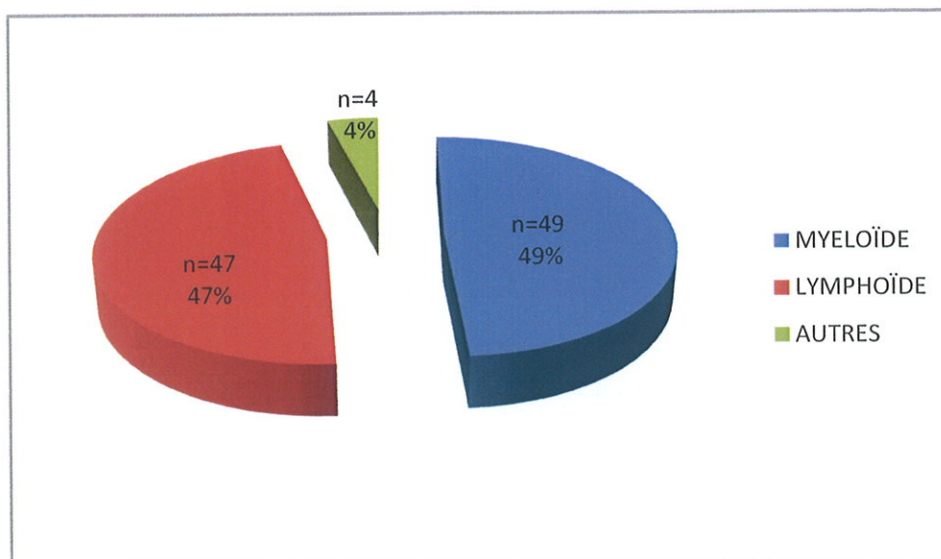
Les trois hémopathies les plus rencontrées sont :

- les lymphomes non hodgkinien : 25,6% (n=31)
- la leucémie aigue myéloblastique : 24,8% (n=30)
- le myélome multiple : 9% (n=11)

PATHOLOGIES	PATIENTS
APLASIE MEDULLAIRE IDIOPATIQUE	01
LEUCEMIE AIGUE : Leucémie aigue myéloblastique Leucémie aigue lymphoblastique	32 <i>30</i> <i>2</i>
SYNDROME MYELOYDYSPLASIQUE	15
PATHOLOGIE LYMPHOIDE : Lymphome non hodgkinien Hodgkin Myélome Waldenstrom Leucémie lymphoïde chronique	57 <i>31</i> <i>2</i> <i>11</i> <i>3</i> <i>10</i>
MOSCHOWITZ	02
SYNDROME MYELOPROLIFERATIF : Splénomégalie myéloïde Leucémie myéloïde chronique Thrombocytémie essentielle Maladie de Vaquez	11 <i>3</i> <i>3</i> <i>2</i> <i>3</i>
PTI	2
AUTRES HEMOPATHIES	1
TOTAL	121

Tableau 2 : Répartition en nombre des hémopathies rencontrées.

Les pathologies myéloïdes représentent 48,8% des hémopathies (n=59) et les pathologies lymphoïdes 47,1 % des pathologies (n=57).



Graphique 4 : Distribution en pourcentage des patients en fonction du type d'hémopathie.

3.4.1.2.3 Date de prise en charge.

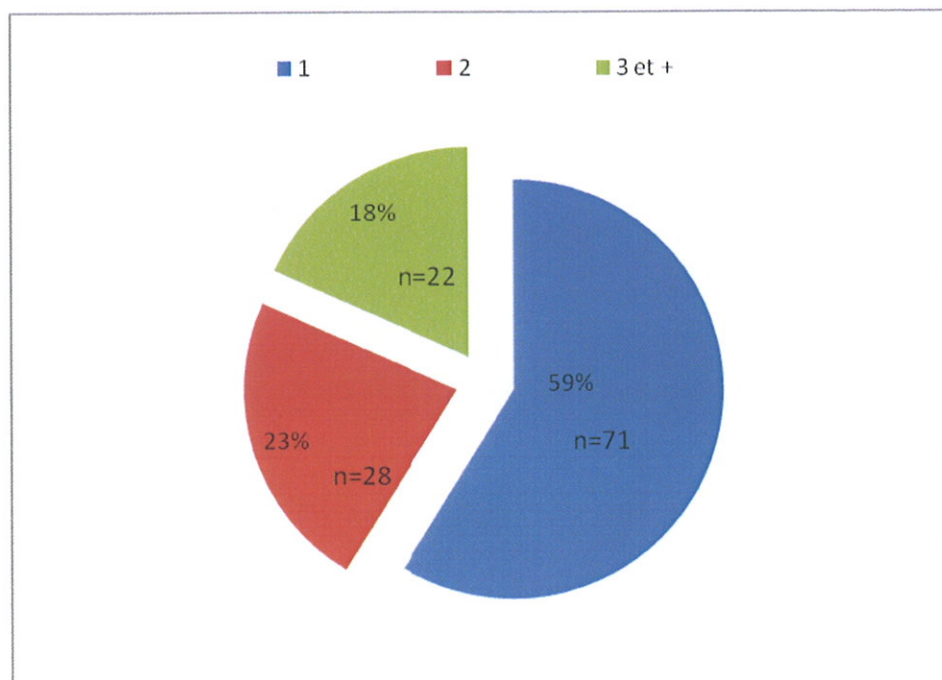
Sur les deux années observées, le nombre de patients admis aux urgences pour un GHM principal hématologique varie peu : 92 en 2005 et 82 en 2006 représentant respectivement 52,9% et 47,1% de l'échantillon étudié.

Parmi les patients ayant une hémopathie connue (n=121), l'ancienneté de prise en charge se répartie entre :

- l'année du diagnostic pour 9,2% en 2006 (n=16), et pour 14,3 % en 2005 (n=25)
- les années antérieures immédiates pour 12,6% en 2004 (n=22)
- et plus lointaines pour une grande majorité des patients soit 63,9% entre 2003 et 1987 (n=58).

En ce qui concerne la fréquence des passages aux urgences pour un même malade:

- 58,7% à une reprise (n=71),
- 23,1% à deux reprises (n=28),
- 18,2% à trois reprises et plus (n=22).

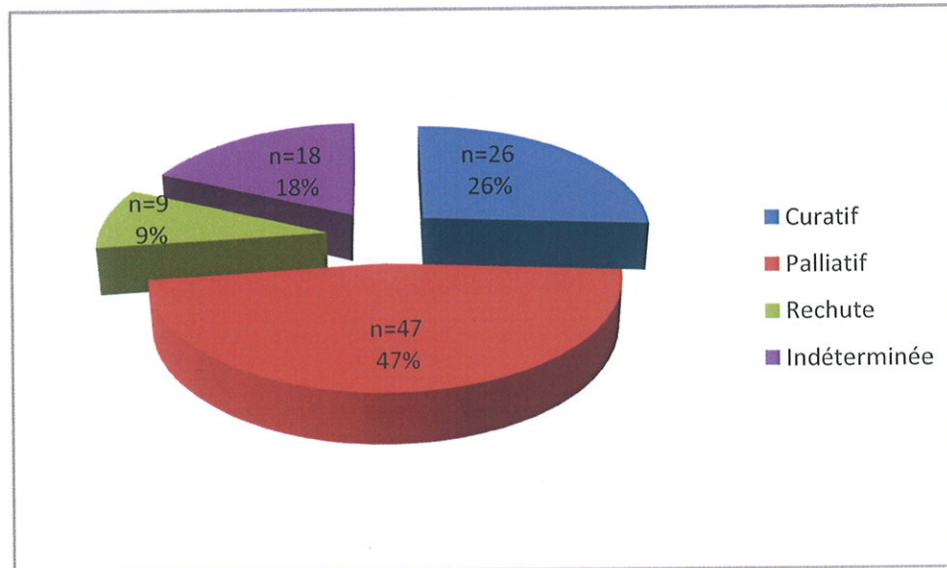


Graphique 5: Répartition des patients atteints d'hémopathies en fonction du nombre de passages connus aux urgences.

3.4.1.2.4 Le statut de la maladie.

Parmi les 121 patients connus du service d'hématologie :

- 25,6% sont en cours de traitement curatif (n=31).
- 47,1% sont en phase palliative (n=57)
- 9,2% sont en phase de rechute (n=11)
- Dans 18,1% des cas, la phase de la maladie n'a pas pu être déterminée clairement dans les dossiers médicaux (n=22).



Graphique 6 : Répartition en pourcentage des patients ayant une hémopathie connue en fonction du stade de la maladie.

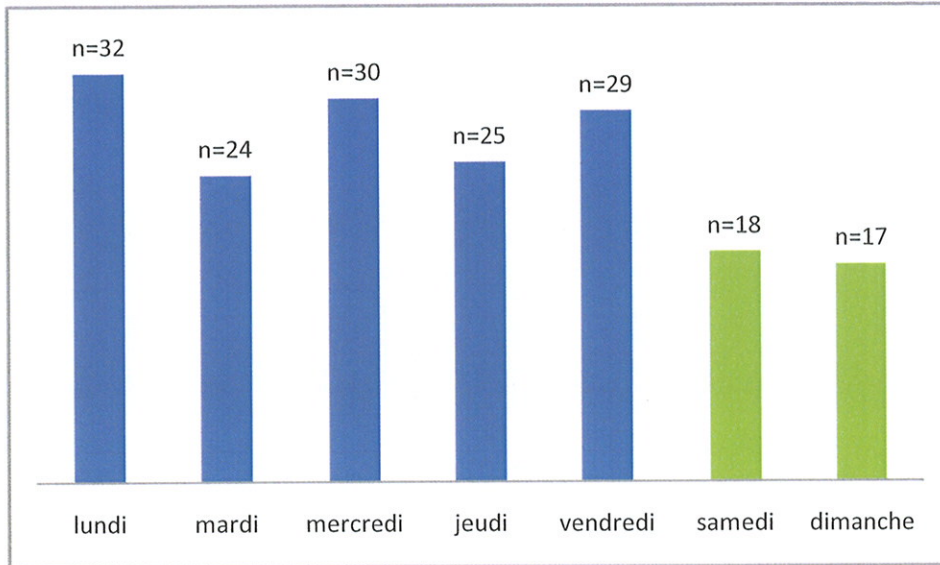
3.4.1.2.5 Statut en cours de chimiothérapie ou non.

Sur les 121 patients suivis en hématologie, 25,6 % ont reçu une chimiothérapie par voie orale ou par voie intraveineuse au cours du mois précédent l'admission aux urgences (n=31).

3.4.1.3 L'Hospitalisation par les urgences.

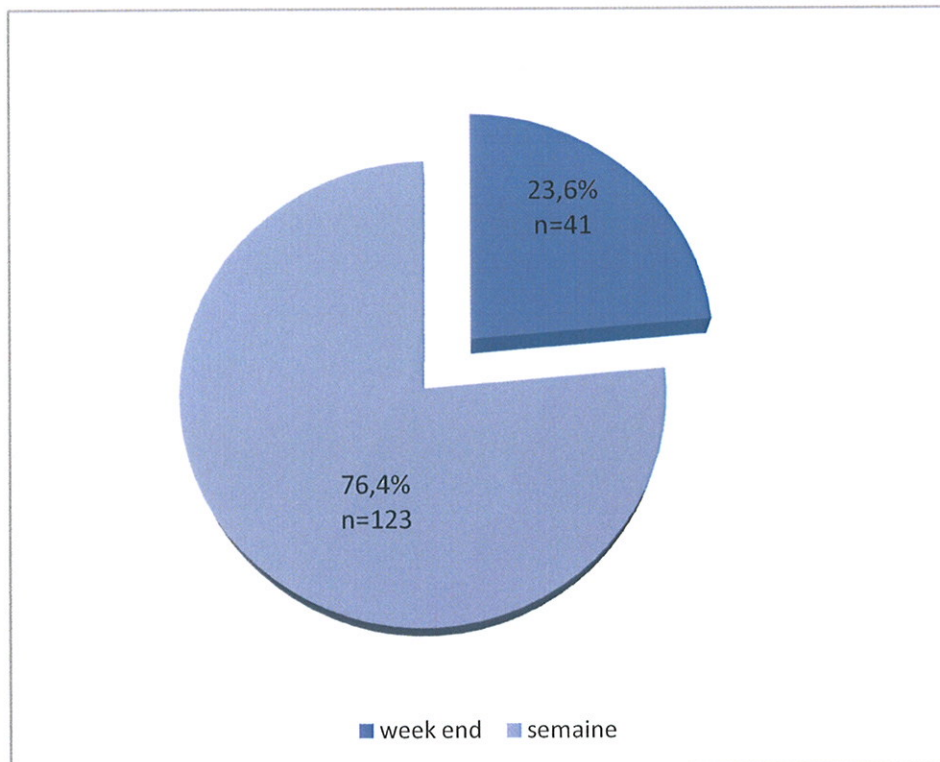
3.4.1.3.1 Le jour d'hospitalisation.

La répartition des admissions en fonction des jours de la semaine se fait de la manière suivante :



Graphique 7 : Répartition sur la semaine du nombre de passages aux urgences.

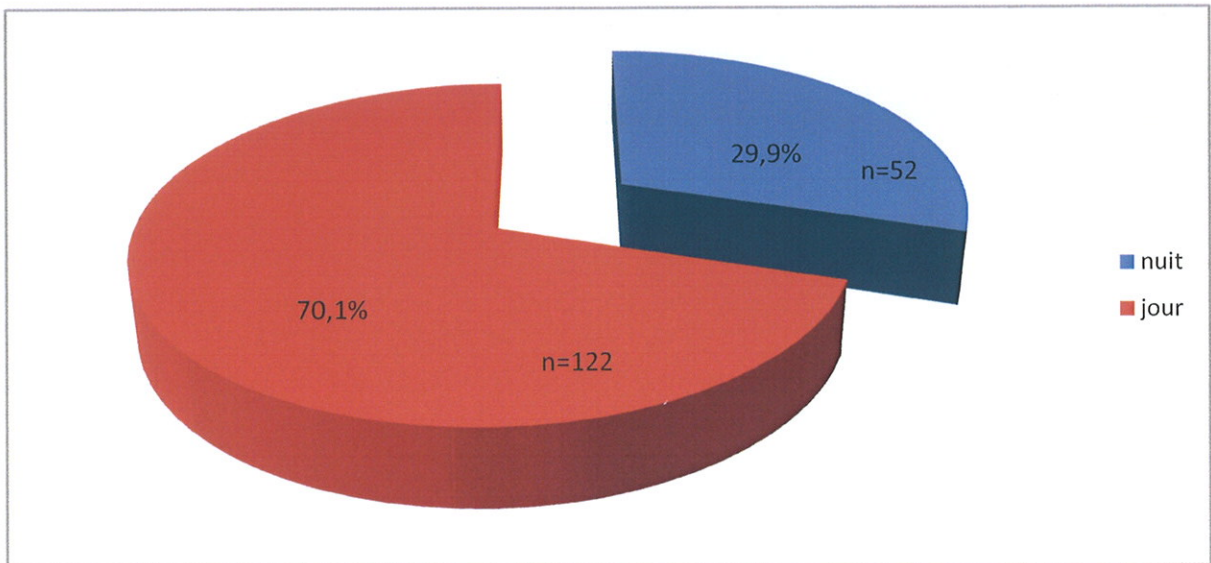
L'admission aux urgences des patients atteints d'hémopathies se fait majoritairement en semaine : 76,4% des patients (n=122) sont admis entre le lundi matin 8h30 et le vendredi soir 18h30.



Graphique 8 : Comparaison en pourcentage des admissions aux urgences des patients atteints d'hémopathies entre la semaine et le week end.

3.4.1.3.2 Heures d'arrivée jour / nuit.

En ce qui concerne les comparaisons jour / nuit : 70,1% des patients (n=122) sont admis de jour entre 8h30 et 18h30.



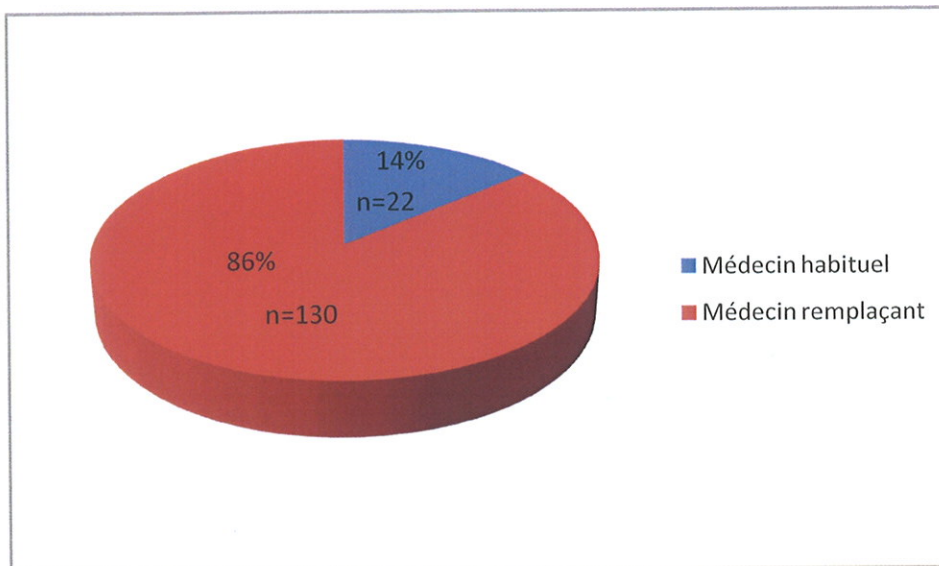
Graphique 9 : Répartition du pourcentage d'admissions des patients sur 24h.

3.4.1.3.3 Responsabilités de l'admission aux urgences.

La prise de décision concernant le recours aux urgences a été largement à l'initiative d'un médecin pour 75% des cas (n=138), et pour une moindre part à la demande du patient ou de sa famille soit 13% (n=22). Le transfert direct aux urgences n'a été observé que dans 7 cas et n'a pu être déterminé dans 7 autres cas.

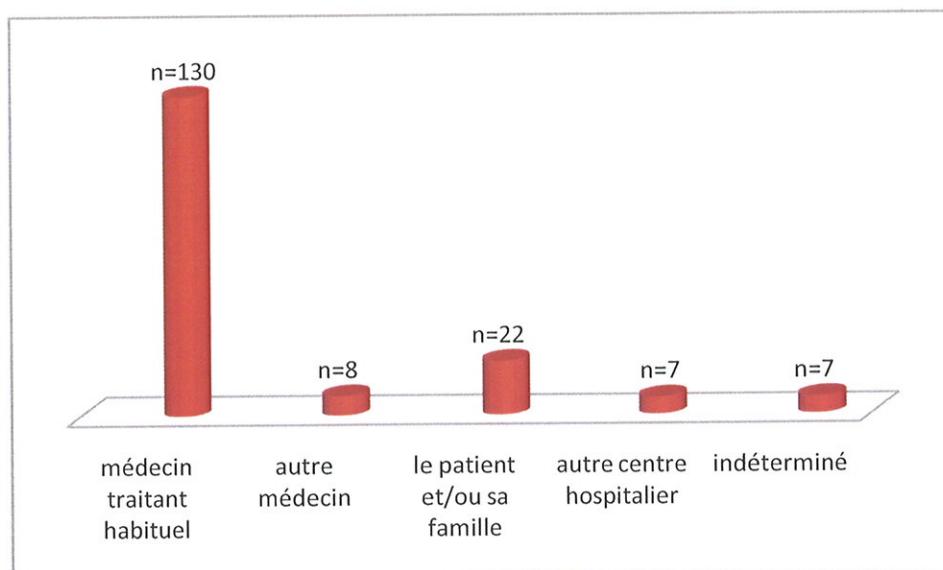
3.4.1.3.4 Répartition des patients en fonction du médecin qui les adresse aux urgences.

Les patients adressés par un médecin aux urgences le sont à 86% par leur médecin traitant habituel.



Graphique 10 : Comparaison entre le pourcentage de patients adressés aux urgences par le médecin traitant avec le pourcentage de patients adressés par un autre médecin.

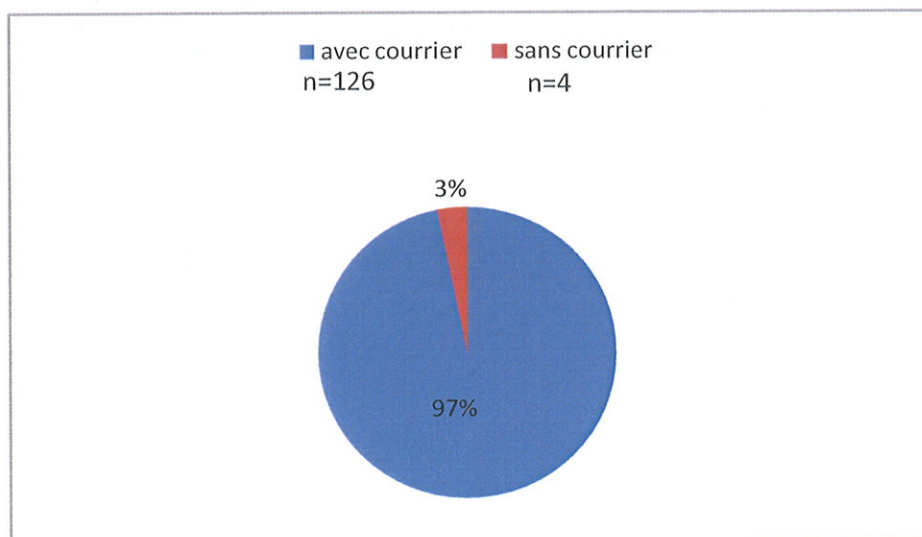
Pour 7 patients, l'opérateur n'a pas pu déterminer si le patient était envoyé aux urgences par un médecin ou s'il venait de sa propre initiative.



Graphique 11 : Répartition des patients en fonction de la personne qui a décidé de l'hospitalisation par les urgences.

3.4.1.3.5 Existence d'un courrier médical préalable.

Parmi les patients adressés par le médecin traitant (n=130), 96,9% sont arrivés aux urgences avec un courrier médical (n=4).



Graphique 12 : Pourcentage des patients adressés aux urgences par le médecin traitant arrivant avec un courrier médical.

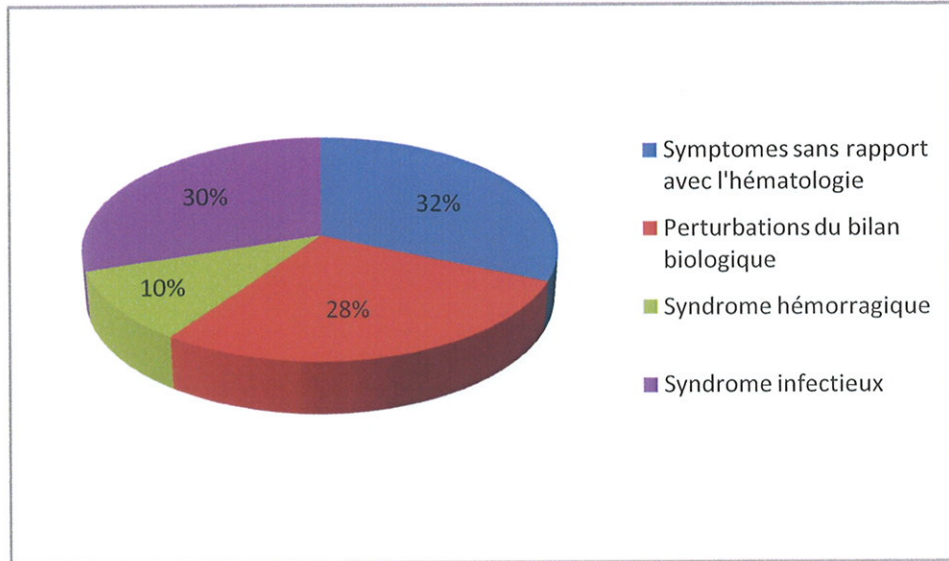
Dans 8,6% des cas (n=15), l'opérateur n'a pas pu déterminer si un courrier médical avait été transmis aux urgences lors de l'arrivée du patient.

3.4.1.4 Le motif d'hospitalisation par les urgences.

3.4.1.4.1 Répartition générale des motifs d'hospitalisation par les urgences.

Les motifs d'hospitalisations par les urgences ont été regroupés en quatre catégories et se répartissent de la manière suivante :

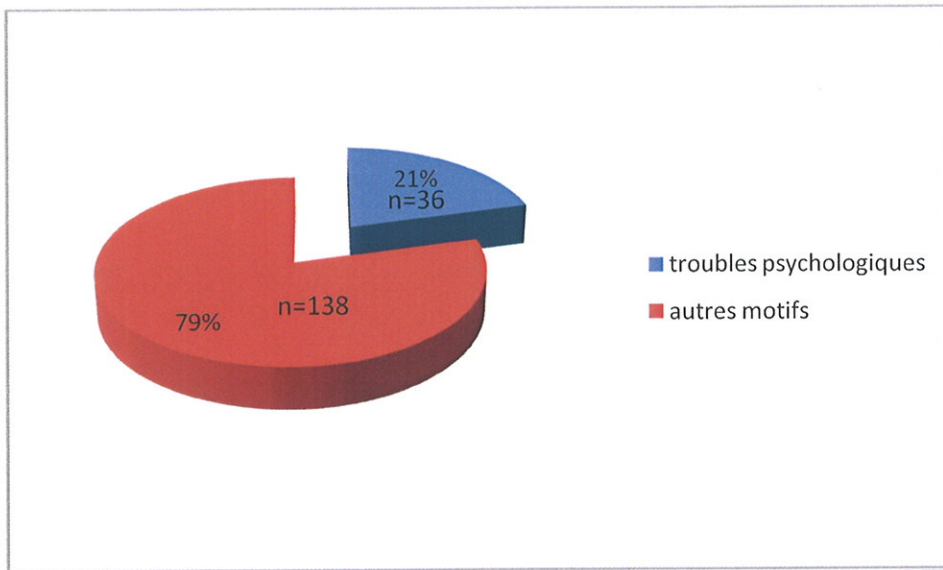
- Symptômes sans rapport direct avec l'hématologie : 32% des patients (n=55)
- Syndrome infectieux : 30% des patients (n=52)
- Perturbations du bilan biologique asymptomatiques: 28% des patients (n=49)
- Syndrome hémorragique : 10% des patients (n=18)



Graphique 13: Répartition des motifs d'hospitalisations par les urgences

Pour le groupe de patients atteints d'hémopathies, admis aux urgences pour des motifs sans rapport direct avec l'hématologie :

- 54,5% venaient aux urgences pour un motif de syndrome anxieux (n=30)
- 20 % souffraient de dépression (n=11)
- 9% présentaient à la fois une anxiété et un syndrome dépressif (n=5)



Graphique 14: Pourcentage d'admission aux urgences des patients atteints d'hémopathies présentant des troubles psychologiques.

Les patients présentant des troubles d'ordre psychologique représentent ainsi 20,7% (n=36) de la totalité des patients de l'étude (n=174).

3.4.1.4.2 Complications infectieuses.

Chez 30% des patients (n=52), pour lesquels les complications infectieuses représentent le motif d'admission aux urgences, nous avons analysé dans le détail, la prise en charge antibiotique à domicile dans les jours précédant l'admission.

A) Antibiothérapie préalable.

La prise d'un traitement antibiotique antérieure à l'admission pour les patients présentant une pathologie infectieuse est un élément qui est peu retrouvé dans les courriers médicaux rédigés par les médecins adressant les patients aux urgences. Sur les 30% de patients adressés aux urgences pour un problème infectieux (n=53), la prise d'une antibiothérapie précoce n'est évoquée que dans 22,6% des courriers médicaux (n=12).

B) Type d'antibiothérapie.

Sur ces 12 patients ayant bénéficié d'une antibiothérapie préalable :

- 2 ont reçu de l'Amoxicilline seule
- 2 ont reçu de l'Augmentin seul
- 2 ont reçu des Macrolides
- 1 patient a reçu de la Pyostacine
- 2 ont reçu des Quinolones seules
- 3 ont bénéficié de l'association d'une Quinolone à une Céphalosporine de 3ème génération

3.4.1.4.3 Evaluation de la gravité.

A) Etat de choc.

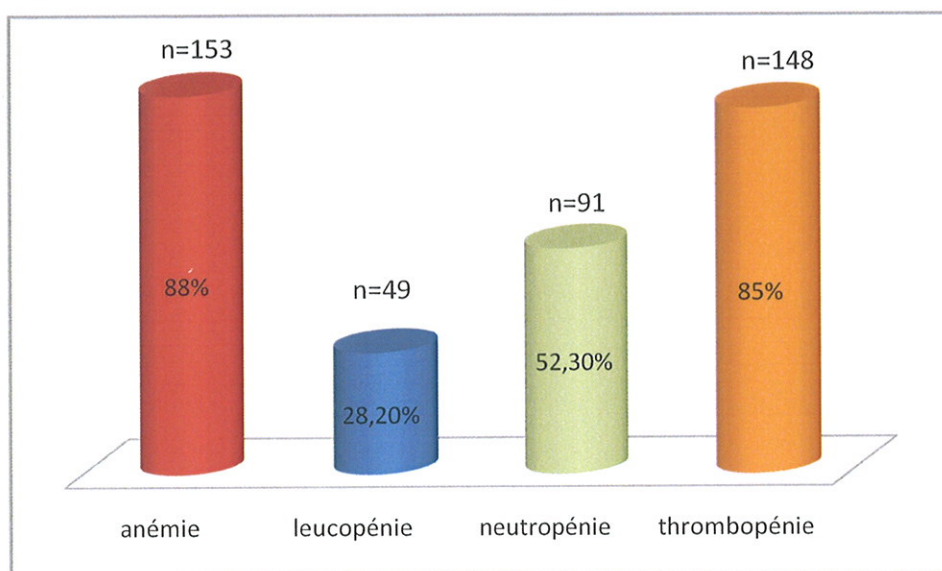
On retrouve dans 2,9% des cas (n=5) des signes cliniques d'état de choc (hypotension artérielle et tachycardie). Dans 5,2% des dossiers (n=9), ce paramètre est resté indéterminé car les constantes vitales n'ont pas été trouvées par l'opérateur dans les dossiers médicaux.

B) Transfusion aux urgences.

Les patients transfusés immédiatement aux urgences sont 10,3% à avoir reçu des culots globulaires (n=18) et également 10,3% à avoir reçu des culots plaquettaires (n=18).

3.4.1.4.4 Les anomalies de la NFS.

Les patients présentant des anomalies de la NFS se répartissent de la manière suivante :

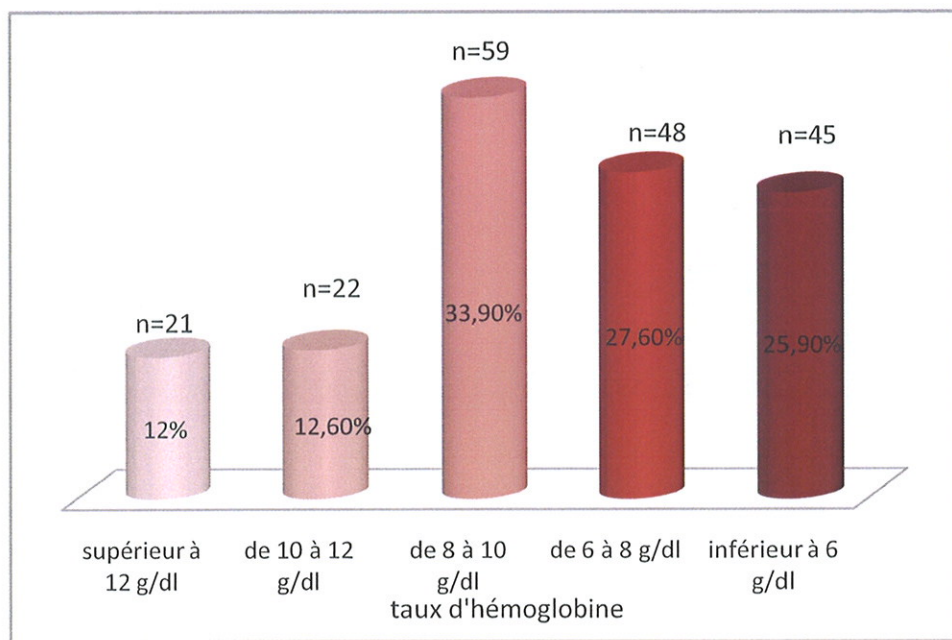


Graphique 15 : Pourcentage des différentes anomalies de la NFS rencontrées chez les patients atteints d'hémopathies admis aux urgences

A) Anémie

Sur les 174 patients de l'étude, 88% des patients étaient en anémie (n=153) :

- 12,6% avaient un taux d'hémoglobine entre 10 et 12 g/dl (n=22).
- 33,9% avaient un taux d'hémoglobine entre 8 et 10 g/dl (n=59).
- 27,6% avaient un taux d'hémoglobine entre 6 et 8g/dl (n=48).
- 25,9% avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 6g/dl (n=45).



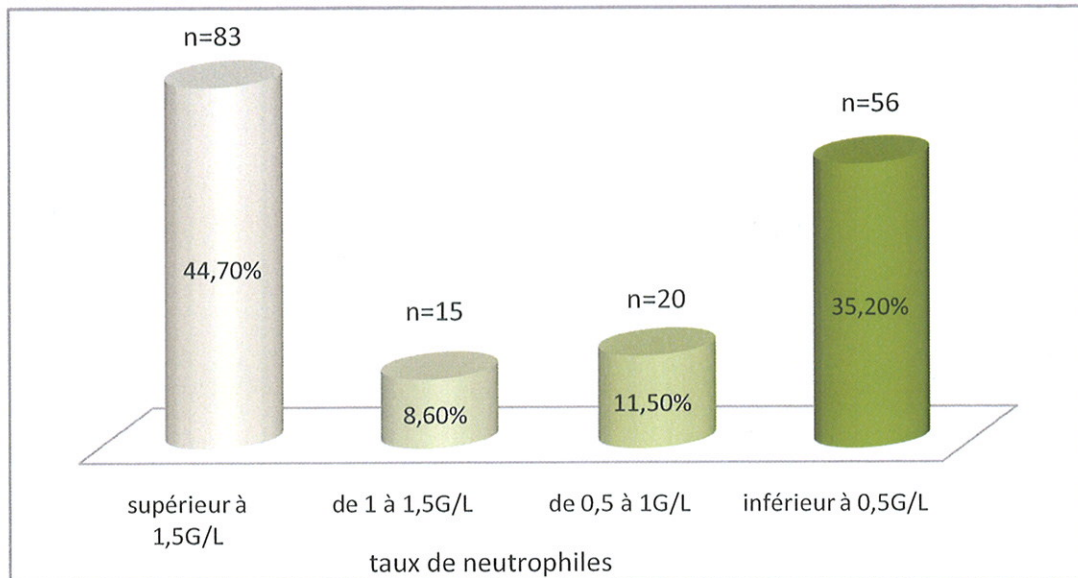
Graphique 16 : Répartition des patients en fonction du taux sanguin d'hémoglobine

B) Leucocytes

Sur les 174 patients de l'étude, une numération a été faite systématiquement à leur arrivée aux urgences. Une leucopénie, définie par un taux de leucocytes sanguin inférieur à 2G/l, a été retrouvée chez 28,2% des patients (n=49).

Le taux sanguin de polynucléaires neutrophiles n'a pu être déterminé dans 19,5 % des cas en raison d'un taux trop faible de leucocytes (n=34). Parmi ces patients en neutropénie qui représentent 52,3% des malades (n=91) :

- 16,5 % avaient un taux sanguin de neutrophiles compris entre 1 et 1,5G/l (n=15)
- 22 % avaient un taux sanguin de neutrophiles compris entre 0,5 et 1G/l (n=20)
- 61,5% avaient un taux sanguin de neutrophiles inférieur à 0,5G/l (n=56)

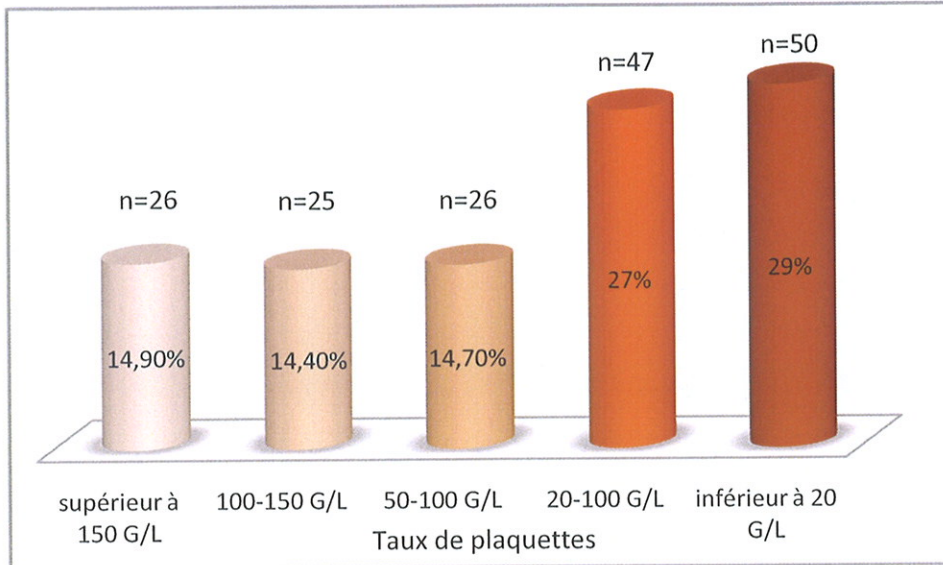


Graphique 17: Répartition des patients en fonction du taux sanguin de neutrophiles

C) Les plaquettes

Le pourcentage de patient présentant une thrombopénie est de 85% (n=148) :

- 14,4 % des patients ont un taux sanguin de plaquettes compris entre 100 et 150 G/l (n=25)
- 14,7% des patients ont un taux sanguin de plaquettes compris entre 50 et 100 G/l (n=26)
- 27% des patients ont un taux sanguin de plaquettes compris entre 20 et 50G/l (n=47)
- 29 % des patients ont un taux sanguin de plaquettes inférieur à 20 G/l (n=50)

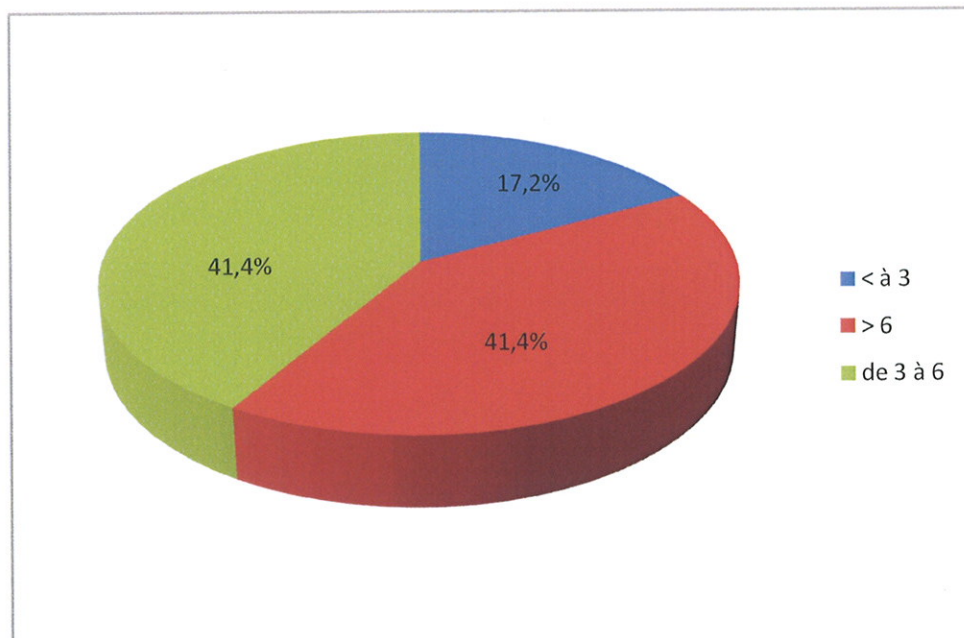


Graphique 18 : Répartition des patients en fonction du taux sanguin de plaquettes.

3.4.1.4.5 Les comorbidités associées à l'hémopathie.

A) Le statut polymédicamenté.

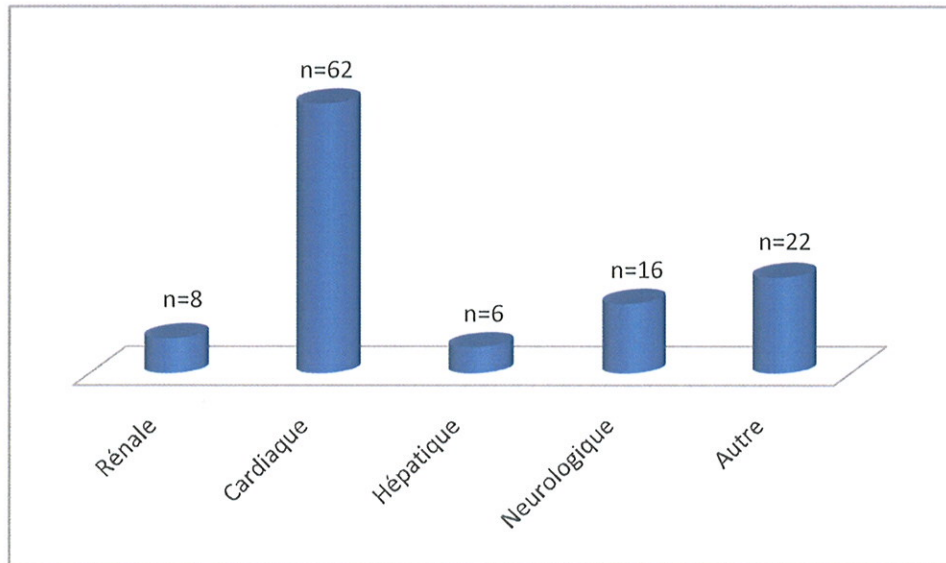
Plus de 82% des patients prennent habituellement au moins 3 médicaments par jour :



Graphique 19 : Répartition en pourcentage des patients en fonction du nombre de médicaments pris.

B) Les comorbidités

Des comorbidités sont retrouvées chez 64,9 % des patients (n=113). Les comorbidités cardiaques sont les plus fréquentes (54,9%, n=62).

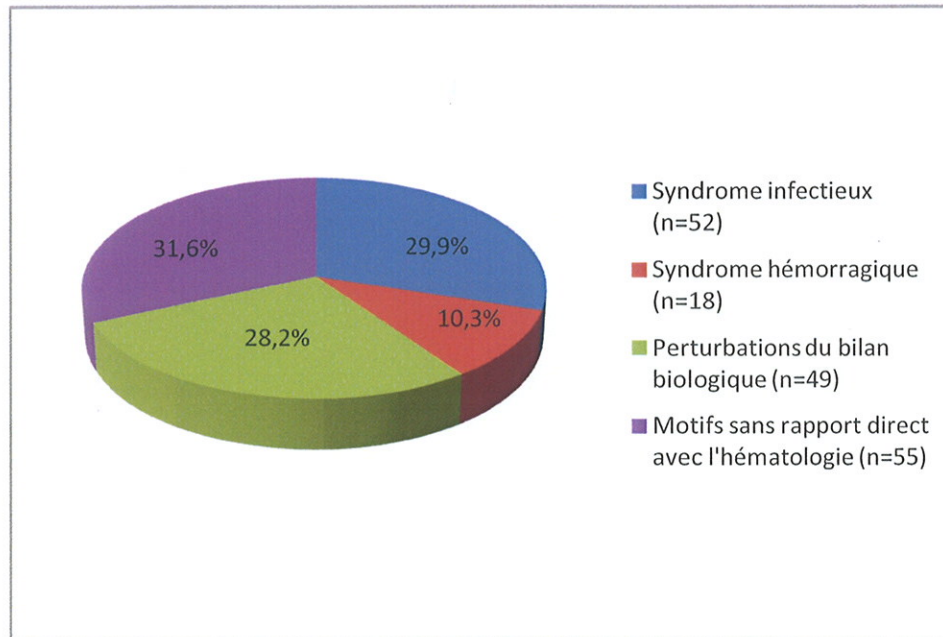


Graphique 20 : Répartition des comorbidités des patients atteints d'hémopathie admis aux urgences.

3.4.1.4.6 Le devenir post-urgences.

A) Diagnostic de sortie des urgences.

Les diagnostics de sortie des urgences se répartissent de la manière suivante :



Graphique 20 : Répartition en pourcentages des diagnostics de sortie des urgences.

B) Orientation post-urgence.

1) Décès.

2 des 174 patients de l'étude (soit 1,1%) sont décédés au cours de leur admission aux urgences :

- des suites d'une tentative d'autolyse pour un patient, en soins palliatifs,
- d'une arythmie cardiaque dans un contexte de leucémie aigüe myéloblastique en phase palliative.

2) Hématologie.

Les patients hospitalisés directement vers le service d'hématologie clinique après leur passage aux urgences représentent 23,6% des hospitalisations (n=41).

3) Transfert vers d'autres services.

L'orientation des patients s'est faite vers les autres services hospitaliers pour 66% (n=116/174) faute de place en hématologie. L'orientation se fait vers :

- la polyclinique pour 42% de l'effectif total, soit 64% des patients hospitalisés dans un service autre que l'hématologie clinique. Les 24 patients orientés vers les services de

spécialités sont majoritairement pris en charge par le service de maladies infectieuses. A noter que 8 patients ont été orientés dans un service de chirurgie et seulement 4 patients ont été orientés en gériatrie (soit seulement 2,3%).

4) Retour à domicile.

Le pourcentage de patients revenus à domicile directement après leur passage aux urgences est de 9,2 % (n=16).

3.4.2 Analyse comparative.

3.4.2.1 Analyse comparative établie en fonction de l'âge des patients.

Afin de pouvoir effectuer des comparaisons entre les patients en fonction de leur âge, l'opérateur a scindé la population des malades en deux groupes:

- les patients âgés de moins de 65 ans,
- les patients âgés de 65 ans et plus.

Ces deux groupes de patients ont été comparés sur :

1. La distance séparant le domicile du patient du CHU.
2. Le motif d'admission aux urgences
3. Le nombre de traitement(s) pris habituellement par chaque patient
4. L'existence ou non de troubles d'ordre psychologique lors de l'admission aux urgences.
5. L'existence ou non d'anomalies de la NFS (anémie, leucopénie, neutropénie, thrombopénie).

Les comparaisons entre ces deux populations en fonction du motif d'hospitalisation, du nombre de traitement pris et de la présence ou non de troubles psychologiques ont été faites avec le test du Chi 2.

Les comparaisons entre ces deux populations en fonction de la distance CHU-domicile du patient et des résultats de la NFS ont été faites à l'aide d'un test T avec séries non appariées.

3.4.2.2 Analyse comparative sur l'ensemble de la population des patients.

La population des patients de l'étude comporte au total 174 malades :

- 28,7% des malades ont moins de 65 ans (n=50),
- 71,3% des malades ont 65 ans et plus (n=124).

Le tableau 3 ci-dessous présente la comparaison, en fonction de l'âge, sur l'ensemble de la population des patients de l'étude (n=174).

<u>POPULATION TOTALE DES PATIENTS (n=174)</u>	<u>PATIENTS AGES DE MOINS DE 65 ANS (n=50)</u>	<u>PATIENTS AGES DE 65 ANS ET PLUS (n=124)</u>	<u>INDICE <p></u>
<u>Distance domicile-CHU</u>	(moyenne=95,9 km)	(moyenne=44,2 km)	0,0145
<u>Motifs d'hospitalisation</u>			0,66
• <u>Perturbations biologiques asymptomatiques</u>	n=11 (12%)	n=38 (30,6%)	
• <u>Syndrome hémorragique</u>	n=3 (6%)	n=15 (12,1%)	
• <u>Syndrome infectieux</u>	n=22 (44%)	n=30 (24,2%)	
• <u>Symptômes sans rapport direct avec l'hématologie</u>	n=14 (28%)	n=41 (33%)	
<u>Nombre de médicaments pris</u>			0,55
• <u>Moins de 3 médicaments</u>	n= 11 (20%)	n=18 (14,5%)	
• <u>De 3 à 6</u>	n=18 (36%)	n=54 (43,5%)	
• <u>6 et plus</u>	n=21 (44%)	n=52 (42%)	
<u>Troubles psychologiques</u>	n=8	n=28	0,33
<u>Anomalies de la NFS</u>			
• <u>Anémie</u>	n= 43 (86%)	n=112 (90,3%)	0,59
• <u>Leucopénie</u>	n= 14 (28%)	n=30 (24,2%)	0,25
• <u>Neutropénie</u>	n=25 (50%)	n=46 (37,1%)	0,4
• <u>Thrombopénie</u>	n=43 (86%)	n=98 (79%)	0,52

3.4.2.3 Analyse comparative: patients connus du service d'hématologie clinique.

Les patients atteints d'une hémopathie connue avant leur passage aux urgences sont au nombre de 121 malades :

-29% ont moins de 65 ans (n=35)

-71% ont 65 ans et plus (n=86).

Le tableau 4 ci-dessous décrit la comparaison, en fonction de l'âge, de la population de patients ayant une hémopathie connue (n=121).

<u>POPULATION TOTALE DES PATIENTS (n=121)</u>	<u>PATIENTS AGES DE MOINS DE 65 ANS (n=35)</u>	<u>PATIENTS AGES DE 65 ANS ET PLUS (n=86)</u>	<u>INDICE «p»</u>
<u>Distance domicile-CHU</u>	(moyenne=53,4 KM)	(moyenne=45,8 KM)	0,523
<u>Motifs d'hospitalisation</u>			
• <u>Perturbations biologiques asymptomatiques</u>	n=6 (17,1%)	n=22 (25,5%)	0,2
• <u>Syndrome hémorragique</u>	n=2 (5,7%)	n=10 (11,6%)	
• <u>Syndrome infectieux</u>	n=18 (51,4%)	n=27 (31,4%)	
• <u>Symptômes sans rapport direct avec l'hématologie</u>	n=9 (25,7%)	n=27 (31,4%)	
<u>Nombre de médicaments pris</u>			
• <u>Moins de 3</u>	n=3 (8,6%)	n=9 (10,5%)	0,91
• <u>De 3 à 6</u>	n=14 (40%)	n=35 (40,7%)	
• <u>6 et plus</u>	n=18 (51,4%)	n=42 (48,8%)	
<u>Troubles psychologiques</u>	n=7	n=24	0,36
<u>Anomalies de la NFS</u>			
• <u>Anémie</u>	n=30 (85,7%)	n=77 (89,5%)	0,46
• <u>Leucopénie</u>	n=13 (37,1%)	n=26 (30,2%)	0,46
• <u>Neutropénie</u>	n=16 (45,7%)	n=34 (39,5%)	0,16
• <u>Thrombopénie</u>	n=29 (82,7%)	n=72 (83,7%)	0,57

3.4.2.4 Analyse comparative sur la population de patients débutant une hémopathie.

Les patients dont l'hémopathie a été diagnostiquée après admission aux urgences sont au nombre de 53 malades :

- 29% ont moins de 65 ans (n=15),
- 71% ont 65 ans et plus (n=38).

Le tableau 5 ci-dessous décrit les comparaisons, en fonction de l'âge, sur la population de patients n'ayant pas d'hémopathie connue avant l'admission aux urgences (n=53).

POPULATION TOTALE DES PATIENTS (n=53)	PATIENTS AGES DE MOINS DE 65 ANS (n=15)	PATIENTS AGES DE 65 ANS ET PLUS (n=38)	INDICE « p »
Distance domicile-CHU limoges	(moyenne=195 KM)	(moyenne=40,4 KM)	0,014
Motifs d'hospitalisation			0,31
• Perturbations biologiques asymptomatiques	n=5 (33,3%)	n=16 (42,1%)	
• Syndrome hémorragique	n=1 (6,7%)	n=5 (13,1%)	
• Syndrome infectieux	n=4 (26,7%)	n=3 (7,9%)	
• Symptômes sans rapport direct avec l'hématologie	n=5 (33,3%)	n=14 (36,9%)	
Nombre de médicaments pris			0,19
• Moins de 3	n=7 (46,7%)	n=9 (23,7%)	
• De 3 à 6	n=4 (26,7%)	n=19 (50%)	
• 6 et plus	n=4 (26,7%)	n=10 (26,3%)	
Troubles psychologiques	n=1	n=4	0,55
Anomalies de la NFS			
• Anémie	n=13 (86,6%)	n=35 (92,1%)	0,01
• Leucopénie	n=1 (6,6%)	n=4 (10,5%)	0,35
• Neutropénie	n=9 (60%)	n=12 (31,6%)	0,41
• Thrombopénie	n=14 (93,3%)	n=26 (68,42%)	0,17

3.4.2.5 Adéquation entre motif d'admission et le diagnostic de sortie des urgences.

L'opérateur a comparé les motifs principaux d'admission aux urgences établis par le médecin en ambulatoire avec les diagnostics principaux de sortie des urgences :

- Pour le diagnostic « manifestations biologiques asymptomatiques », l'adéquation entre l'admission et la sortie des urgences est de 23 % (n=40/174).
- Pour le diagnostic « syndrome hémorragique », l'adéquation entre l'admission et la sortie des urgences est de 5,7% (n=10/174).
- Pour le diagnostic « syndrome infectieux », l'adéquation entre l'admission et la sortie des urgences est de 18,4% (n=32/174).
- Pour le diagnostic « symptômes cliniques sans rapport direct avec l'hématologie », l'adéquation entre l'admission et la sortie des urgences est de 7,5% (n=13/174).

Au total, on retrouve une adéquation entre le motif d'admission aux urgences et le diagnostic de sortie des urgences dans 54,6 % des cas (n=95).

Admission	Manifestations biologiques asymptomatiques	Syndrome hémorragique	Syndrome infectieux	Symptômes sans rapport direct avec l'hématologie	<u>TOTAUX</u>
Sortie					
Manifestations biologiques asymptomatiques	40	7	12	32	91
Syndrome hémorragique	3	10	1	2	16
Syndrome infectieux	5	1	32	8	46
Symptômes sans rapport direct avec l'hématologie	1	0	7	13	21
<u>TOTAUX</u>	49	18	52	55	174

Tableau 6 : Adéquation entre motifs d'admission et diagnostics de sortie des urgences

3.4.2.6 Comparaisons entre le nombre d'hémopathies découvertes après admission aux urgences avec le nombre de nouveaux cas d'hémopathies prises en charge sur un an par le service d'hématologie clinique.

L'opérateur a effectué des comparaisons entre le nombre de nouveaux cas d'hémopathies découvertes après admission aux urgences sur 2005/2006, et le nombre de nouveaux cas d'hémopathies pris en charge par le service d'hématologie clinique sur l'année 2007.

Sur les années 2005 et 2006, 53 hémopathies ont été diagnostiquées après passage aux urgences :

- 64,1% au cours de l'année 2005 (n=34/53)
- 35,9% au cours de l'année 2006 (n=19/53)

Selon le bilan d'activité du service d'hématologie clinique de l'année 2007, 497 nouveaux patients souffrant d'hémopathies ont été pris en charge par le service d'hématologie clinique.

En comparaison, il semble donc que moins de 10% des nouveaux cas annuels d'hémopathies sont diagnostiqués après passage aux urgences.

Les hémopathies les plus diagnostiquées sur les années 2005-2006, après passage aux urgences, sont :

1. Les leucémies aiguës : 49% (n=26)
2. Les pathologies lymphoïdes : 26,4% (n=14)
3. Les syndromes myélodysplasiques : 9,3% (n=5)

Les hémopathies les plus diagnostiquées sur l'année 2007 sont :

1. Les pathologies lymphoïdes : 59,4% (n=285)
2. Les syndromes myéloprolifératifs : 13,9% (n=69)
3. Les leucémies aiguës : 12,8% (n=63)

<u>HEMOPATHIES</u>	<u>Patients admis aux urgences sur 2005/2006 atteints d'hémopathie maligne connue</u>	<u>Nouveaux patients atteints d'hémopathie maligne sur 2005/2006 admis aux urgences</u>	<u>Nouveaux patients atteints d'une hémopathie maligne sur 2007</u>
APLASIE MEDULLAIRE	01 (0,8%)	02 (3,8%)	02 (0,4%)
IDIOPATIQUE			
LEUCEMIE AÏGUE	32 (26,4%)	26 (49%)	63 (12,8%)
Leucémie aigue myéloblastique	30	23	54
Leucémie aigue lymphoblastique	2	3	5
Autres leucémies aigues	0	0	4
SYNDROME MYELOYDYSPLASIQUE	15 (12,4%)	5 (9,3%)	44 (8,9%)
PATHOLOGIE LYMPHOÏDE :	57 (47,1%)	14 (26,4%)	285 (59,4%)
Lymphome non hodgkinien	31	8	155
Hodgkin	2	0	20
Myélome	11	3	50
Waldenstrom	3	1	3
Leucémie lymphoïde chronique	10	2	60
SYNDROME MYELOPROLIFÉRATIF :	11 (9,1%)	2 (3,8%)	69 (13,9%)
Splénomégalie myéloïde	3	0	8
Leucémie myéloïde chronique	3	2	12
Thrombocytémie essentielle	2	0	14
Maladie de Vaquez	3	0	35
MOSCHOWITZ	2 (1,7%)	0 (0%)	2 (0,4%)
PTI	2 (1,7%)	1 (1,9%)	10 (2%)
AUTRES HEMOPATHIES	1 (0,8%)	2 (3,8%)	21 (4,2%)
TOTAUX	121 (100%)	53 (100%)	497 (100%)

Tableau 7: Comparaison entre le nombre de nouveaux cas d'hémopathies diagnostiquées après passage aux urgences et le nombre de nouveaux cas d'hémopathies prises en charge annuellement par le service d'hématologie clinique.

3.4.3 ANALYSE MULTIVARIEE.

3.4.3.1 Hospitalisation directe vers l'hématologie clinique après passage aux urgences.

Nous avons tenté de déterminer quelles sont les caractéristiques des patients hospitalisés directement vers le service d'hématologie clinique après passage aux urgences. Pour ce faire, nous nous sommes intéressés à l'association qui pourrait éventuellement exister entre une hospitalisation directe vers le service d'hématologie après passage aux urgences et :

- Un taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/dl (signe de gravité biologique),
- Un taux de polynucléaires neutrophiles inférieur à 0,5 G/L (signe de gravité biologique),
- Un taux de plaquettes inférieur à 20 G/L (signe de gravité biologique),
- Une pathologie en stade palliatif,
- Une pathologie en stade curatif,
- Un âge supérieur à 65 ans et plus.

Le test utilisé pour effectuer ses comparaisons est le test du Chi 2.

L'analyse statistique appliquée à ces données ne montre pas de rapport significatif entre une hospitalisation directe vers le service d'hématologie clinique et une anémie sévère inférieure à 8g/dl et ($p=0,96$), une neutropénie sévère inférieure à 0,5 G/L ($p=0,72$) et une thrombopénie sévère inférieure à 0,5 G/L et une hospitalisation directe vers le service d'hématologie clinique ($p=0,80$).

3.4.3.1.1 Phases de la maladie.

Cette comparaison ne concerne que les patients connus du service d'Hématologie clinique ($n=121$).

L'analyse statistique appliquée à ces données ne montre pas de rapport significatif entre une hospitalisation directe vers le service d'hématologie clinique et une pathologie en stade palliatif ($p=0,67$) et une pathologie en stade curatif ($p=0,76$).

3.4.3.1.2 Patients âgés de 65 ans et plus.

L'analyse statistique appliquée à ces données montre un rapport significatif entre une hospitalisation directe vers le service d'hématologie clinique et un âge supérieur à 65 ans et plus ($p=0,017$). Les patients de 65 ans et plus, sont moins hospitalisés directement vers le service d'Hématologie clinique que les autres.

3.4.3.2 Passages répétés aux urgences.

Nous nous sommes également intéressés à l'association qui pourrait éventuellement exister entre des passages répétés aux urgences (3 passages et plus) et :

- Une pathologie en stade palliatif,
- Une pathologie en stade curatif,
- Un âge supérieur à 65 ans et plus.

Le test utilisé pour effectuer ses comparaisons est le test du Chi 2.

Cette comparaison ne concerne que les patients connus du service d'Hématologie clinique ($n=121$).

L'analyse statistique appliquée à ces données ne montre pas de rapport significatif entre des passages répétés aux urgences et une maladie en phase palliative ($p=0,12$), une maladie en phase curative ($p=0,46$), et un âge supérieur à 65 ans et plus ($p=0,51$).

3.4.3.3 Admission de jour.

Nous avons tenté de savoir si les patients qui étaient admis aux urgences la journée entre 8H30 et 18H30 étaient ceux qui présentaient des signes biologiques de gravité qui sont :

- Un taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/dl,

- Un taux de polynucléaires neutrophiles inférieur à 0,5 G/L,
- Un taux de plaquettes inférieur à 20 G/L.

Le test utilisé pour effectuer ses comparaisons est le test du Chi 2. L'analyse statistique appliquée à ces données montre un rapport significatif entre une admission en journée aux urgences et une anémie sévère inférieure à 8 g/dl, et ($p=0,047$), alors qu'il n'y a pas de corrélation significative avec une neutropénie sévère inférieure à 0,5 G/L ($p=0,25$) et une thrombopénie sévère inférieure à 20 G/L ($p=0,75$).

Adéquations entre le diagnostic principal et les signes de gravité biologiques

Nous avons tenté de savoir si les patients qui étaient admis pour un motif en rapport avec un syndrome infectieux ou hémorragique étaient ceux qui présentaient des signes biologiques de gravité. Le test utilisé pour effectuer ses comparaisons est le test du Chi 2 global.

L'analyse statistique appliquées à ces données ne montre pas de rapport significatif entre un syndrome hémorragique et un taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/dl ($p=0,08$). Les patients admis pour syndrome hémorragique ne semblent pas être ceux qui présente une anémie sévère. Par contre, l'analyse montre un rapport significatif entre un syndrome hémorragique et une thrombopénie inférieure à 20 G/l ($p=0,001$). Les patients admis pour syndrome hémorragique sont ceux qui présentent une thrombopénie sévère. De même, l'analyse statistique appliquées à ces données montre un rapport significatif entre un syndrome infectieux et une neutropénie inférieure à 0,5 G/l ($p=0,008$). Les patients admis pour syndrome infectieux sont ceux qui présentent une neutropénie sévère.

4 DISCUSSION.

Ce travail de recherche clinique, que nous avons effectué en interface entre les pathologies hématologiques et la médecine d'urgence, a été centré sur les principaux motifs d'admission aux urgences des patients atteints d'hémopathies malignes. A notre connaissance, très peu de travaux sont rapportés dans la littérature et la série de 174 patients consécutifs, collectée sur 2 ans, est une des plus importantes publiée sur ce thème.

Qui sont ces malades ayant eu besoin de recours aux urgences ?

Il nous est apparu intéressant de décrire les caractéristiques médicales et sociodémographiques de cette population particulière et fragile de patients, qui correspond à un recrutement d'hématologie générale. Cependant, compte tenu des caractéristiques démographiques de la région Limousin, la population gériatrique est majoritairement représentée avec plus des trois quarts des patients âgés d'au moins 65 ans et plus de la moitié d'au moins 70 ans et plus. Ces chiffres sont comparables à ceux établis dans le bilan d'activité du service d'Hématologie clinique et de thérapie cellulaire du CHU Limoges en 2007: 60% des patients suivis par le service d'Hématologie clinique ont plus de 65 ans. Le premier enseignement intéressant vient du fait que ni l'âge, ni le sexe ne favorisent les complications justifiant le recours aux urgences; ce point est important à considérer et il sera nécessaire d'éduquer de façon similaire à titre préventif les patients quelque soit leur tranche d'âge. L'origine géographique des patients montre que le service d'hématologie semble bien répondre à sa mission d'hôpital de proximité car les patients sont originaires pour 67% de la Haute-Vienne versus 42% pour le recrutement du service d'hématologie. Les patients originaires du Limousin qui ont recours aux urgences correspondent à 82% des patients versus 65,5% des patients en hospitalisation directe dans le service d'hématologie. A l'inverse, les patients hors région ayant accès aux urgences du CHRU de Limoges ne correspondent qu'à 18% de la série versus un recrutement extrarégional habituel du service de 34,5%. Ces patients sont essentiellement issus des départements limitrophes (la Dordogne, la Charente, l'Indre et divers). Comparativement, ces chiffres se rapprochent plus du recrutement géographique du service des urgences: avec 86,6% des patients originaires de la Haute-Vienne, 90,7% d'origine régionale et 9% des départements limitrophes. Ces différences sont

en faveur du rôle des hôpitaux de proximité inclus dans le Réseau de soins HEMATOLIM pour une prise en charge hiérarchisée des urgences. Ceci est confirmé par un éloignement en moyenne de moins de 50km du lieu d'habitat des patients. Cependant, il est intéressant de noter qu'il existe une différence significative en ce qui concerne le domicile des patients admis aux urgences entre les sujets jeunes dont l'habitat est distant en moyenne de 96 km et les sujets âgés de seulement 44 km ($p < 0,01$). L'interprétation de ces résultats est difficile: s'agit-il d'une inégalité d'accès au plateau de recours de niveau CHRU du fait d'une moindre mobilité, d'une variabilité socioculturelle, d'un choix d'un maintien de proximité des aidants du fait de la fragilité dans cette tranche d'âge avancée? Ou à l'inverse d'une culture plus développée du réseau des hôpitaux de proximité qui sont vécus comme une vraie structure de recours sans perte de chance par les sujets âgés plus habitués que les autres au réseau de soins?

Contrairement aux idées préconçues, ce ne sont pas les patients les plus isolés qui ont recours à l'admission aux urgences, car ils ne représentent que 17% des urgences. Il sera intéressant de vérifier ultérieurement dans une étude prospective si le motif d'hospitalisation de ces patients correspond réellement à un motif médical d'admission. Cette information a été collectée plus souvent dans les recueils infirmiers que dans les observations médicales, lors de l'admission aux urgences des patients et très peu fréquemment dans les lettres d'admission rédigées par les médecins traitants. Cet élément est pourtant déterminant lorsque le médecin traitant doit décider ou non de l'hospitalisation d'un patient. Cependant aucune information sur le statut social n'a pas pu être retrouvé, ni dans le dossier des urgences, ni dans le dossier d'hématologie, dans 17% des dossiers médicaux. Le fait que le statut social du patient n'apparaisse pas systématiquement dans les dossiers médicaux induit un biais important, qui ne permet pas de savoir avec exactitude si les hospitalisations qui apparaissent comme médicalement injustifiées correspondent en fait à un problème de maintien à domicile des patients fragiles. Cependant, au niveau des urgences, l'interrogatoire du patient et la rédaction de l'observation souvent effectués dans de mauvaises conditions matérielles avec fréquemment un manque de confidentialité lié à une surpopulation des urgences et une priorisation des situations les plus aiguës expliquent les difficultés rencontrées par le médecin, le plus souvent jeune et en cours de formation. Pour le service d'hématologie cette donnée est très étonnante car une visite systématique de l'assistante sociale est effectuée pour tout nouveau patient, soit au moment de la consultation d'annonce soit de façon différée. Ce manque d'information reflète une médecine plus tournée vers une pratique médico-technique

qui reste experte du diagnostic, du traitement de la maladie et du symptôme mais qui tient insuffisamment compte de la globalité de la personne malade. Il existe chez ces 16% de patients des motivations peut-être dépressives, sociales, voir financières qu'il est impossible d'analyser rétrospectivement.

En outre, le caractère justifié ou non d'une hospitalisation, basé à la fois sur des données cliniques, biologiques et sociales, est difficile à établir par l'opérateur seul, du fait de la nature subjective de cette appréciation. L'opérateur n'a pas retrouvé dans la littérature médicale un outil scientifique permettant de mesurer objectivement le caractère justifié ou injustifié d'une admission aux urgences chez ces patients.

La population des patients atteints d'hémopathies hospitalisées aux urgences, semble médicalement fragile: plus de 82% des patients prennent habituellement au moins 3 médicaments par jour et des comorbidités sont retrouvées chez 65% des patients. Les comorbidités cardiaques sont les plus fréquentes. Ces caractéristiques sont possiblement secondaires à l'âge avancé de la majorité des patients de l'étude et à la réalisation « aisée » de l'échographie cardiaque transthoracique, qui permet une évaluation efficace et rapide de la fonction cardiaque, favorisant la détection précoce des cardiopathies.

Parmi les 121 patients connus du service d'hématologie, une grande part est en phase palliative. Dans plus d'un quart des cas l'objectif thérapeutique est curatif et dans une faible proportion des cas, la phase de la maladie n'a pas pu être déterminée clairement dans les dossiers médicaux. Le manque de clarté relatif au stade d'évolution de sa maladie est source d'incompréhension pour le patient et son entourage, mais également pour son médecin traitant et entraîne une relation médecin malade plus difficile [159]. Cette difficulté supplémentaire dans la prise en charge du patient favorise peut être un envoi plus rapide de ce dernier vers les urgences.

Il est important de noter que presque les deux tiers des patients ne sont admis aux urgences qu'à une seule reprise. Pour les patients avec des admissions répétées aux urgences deux fois dans 23% des cas, voir 3 fois sur une durée de 2 ans dans 18,2% n'est pas significativement corrélé ni au stade de la maladie, ni à l'âge.

En ce qui concerne les patients ayant une hémopathie maligne découverte après admission aux urgences, ils représentent près d'un tiers des patients de l'étude. Si on rapporte ces cas aux nombres d'hémopathies malignes découvertes annuellement dans le service d'hématologie clinique, il apparaît que moins d'une hémopathie maligne sur dix est

diagnostiquée après une admission aux urgences. Les hémopathies les plus diagnostiquées après admission aux urgences sont respectivement les leucémies aigües (près de la moitié des diagnostics), les pathologies lymphoïdes et les syndromes myélodysplasiques. En revanche, les hémopathies les plus diagnostiquées annuellement dans le service d'hématologie sont respectivement les pathologies lymphoïdes (plus de la moitié des diagnostics), les syndromes myéloprolifératifs et les leucémies aigües (moins de 15% des cas). Ces différences peuvent être expliquées par le caractère brutal et rapide des symptômes apparaissant lors des leucémies aigües, conduisant peut être le médecin traitant à adresser plus facilement le patient aux urgences sans attendre un avis spécialisé.

Dans quelles conditions les malades sont-ils admis aux urgences ?

On observe que près des trois quarts des patients sont admis aux urgences en journée et qu'il existe un rapport significatif entre une admission en journée aux urgences et une anémie sévère inférieure à 8 g/dl. Concernant les jours de semaine d'admission aux urgences, de façon inattendue nous avons observé que c'est le lundi et mercredi où les malades étaient les plus fréquemment admis aux urgences. Ceci pourrait s'expliquer par deux causes inhérentes aux patients et d'autre part au service. Les malades craignant de ne pas être pris en charge par leur médecin référent attendent tout le week-end à domicile, ou encore la famille ou les aidants n'ont pas la même disponibilité dans la semaine et les week-ends. Dans le service, ces jours correspondent aux jours d'hospitalisation programmée les plus chargés: les lits d'hospitalisations du service d'hématologie étant déjà occupés, les patients sont alors adressés dans un premier temps aux urgences dans l'attente d'une place en hématologie clinique.

La prise de décision concernant le recours aux urgences a été largement à l'initiative d'un médecin pour 75% des cas et pour une moindre part à la demande du patient ou de sa famille soit 13%. Ces données sont très supérieures à celles de la DREES qui montrent que seulement un quart des patients admis de jour et 15% des patients admis de nuit ont consulté leur médecin avant d'aller aux urgences. La première des causes vient du patient qui ne pense pas à appeler leur médecin traitant (30% des cas); devant l'indisponibilité des médecins pour 20% des cas. Il est vraisemblable que la part importante de sujets âgés dans notre série de patients puisse en grande partie expliquer cette différence, car les études nationales ont démontré que les plus de 70 ans sont deux fois plus nombreux à avoir recours aux urgences par le biais de leur médecin que les adultes. Seulement 14% des patients adressés aux urgences par un médecin, l'ont été par un médecin remplaçant soit un pourcentage très proche des 10% des

données nationales. Sur les données nationales, presque 60 % des adultes et un tiers des sujets âgés sont venus directement aux urgences de leur propre chef ou suite aux conseils de leur entourage.

Les patients adressés par un médecin aux urgences le sont à 86% par leur médecin traitant habituel. Le fait que le médecin traitant habituel soit à l'origine de la grande majorité de ces hospitalisations était inattendu. Lorsque le médecin connaît et suit son patient depuis plusieurs années, il lui est parfois humainement difficile de résister à la demande d'hospitalisation des patients et/ou de leur famille. De plus, la démographie médicale étant en baisse alors que la demande de soins ne cesse de croître, le médecin ne peut répondre à l'ensemble de ces demandes et adresse alors plus rapidement ses patients aux urgences. Enfin, les jeunes médecins remplaçants sont plus proches de leur formation théorique dans un domaine très spécialisé et grave que constituent les hémopathies, et ont pu bénéficier un apprentissage récent dans le service d'hématologie du CHU ou du réseau HEMATOLIM.

Parmi les patients adressés par le médecin traitant, 96,9% sont arrivés aux urgences avec un courrier médical. Si le médecin n'a pas adressé de courrier pour l'admission du patient aux urgences, il est cependant possible que la communication ville-hôpital ait été efficace par un autre mode: appel téléphonique au médecin senior d'astreinte d'hématologie, en utilisant le numéro d'urgence accessible sur le livret patient.

A l'inverse, la présence d'un courrier médical préalable à l'hospitalisation n'est pas forcément source d'information pertinente car certains de ces courriers ne sont pas assez médicalement détaillés.

Dans le cas où le médecin traitant a contacté le médecin hématologue de garde, plusieurs questions peuvent se poser quant aux critères de sélection du médecin d'astreinte pour prendre un patient directement dans le service d'hématologie, ou au contraire, le diriger vers les urgences. L'analyse multi variée a permis de montrer qu'il n'y avait pas de discrimination sur les patients en phase curative ou palliative, mais que l'âge de plus de 65 ans était significativement prédictif d'un retard à l'entrée dans le service d'hématologie ($p=0,017$). La file active des patients est très supérieure au nombre de lits comme en témoigne les coefficients élevés de remplissage de lits, les nombreux patients hospitalisés en Hôpital de jour et les malades préprogrammés différés pour leur traitement. La hiérarchisation se fera sur les besoins de soins très spécialisés de type greffe, nécessité d'une chimiothérapie d'urgence, état d'angoisse du patient. En outre, une étude rétrospective comme celle que nous avons réalisée a ses limites: elle ne permet pas de déterminer si l'hématologue d'astreinte prendra

plus facilement en hospitalisation directe un des patients qu'il prend en charge habituellement ou si l'hospitalisation des patients vers le service d'hématologie se fera en fonction de leur ordre d'arrivée aux urgences.

Pourquoi les patients ont-ils recours à une admission aux urgences ?

Les motifs d'admission aux urgences sont très divers mais peuvent se classer en trois grandes causes. Les manifestations hématologiques symptomatiques sont les plus fréquentes avec 40%, devant les manifestations non hématologiques dans 32% et les anomalies biologiques dans 28% des cas. Il est tout à fait intéressant de remarquer que les urgences hématologiques classiques telles le syndrome cave supérieur, l'hypercalcémie, la compression médullaire n'ont pas été retrouvées dans cette série de patients. Ces pathologies urgentes ont été prises en charge directement soit dans les services d'hématologies, par entrée directe à partir de l'appel téléphonique du médecin généraliste, soit dans le service de réanimation.

Les symptômes cliniques infectieux et hémorragiques, regroupés pour des raisons d'exploitation et de fiabilité statistique, représentent logiquement dans cette population d'hémopathies malignes le premier des motifs d'admission aux urgences répartis entre les causes infectieuses pour 30% et hémorragiques pour seulement 10% des cas. Il est intéressant de noter que le syndrome infectieux est un motif d'admission aux urgences beaucoup plus fréquent chez les patients d'hématologie, que dans toute pathologie confondue, où la fièvre ne correspond qu'à 9% des admissions selon l'enquête de la DREES réalisée dans plusieurs services d'urgences. Les manifestations hémorragiques, représentées à 10%, ont exactement la même incidence que pour toutes les pathologies confondues. Il semble que lorsqu'un patient saigne, qu'il soit thrombopénique ou non, les urgences sont le lieu de premier de recours quelque soit la pathologie initiale. L'analyse réalisée dans cette étude montre un rapport significatif entre un syndrome hémorragique et une thrombopénie inférieure à 20 G/l ($p=0,001$), et entre un syndrome infectieux et une neutropénie inférieure à 0,5 G/l ($p=0,008$). Les patients admis pour syndrome infectieux sont ceux qui présentent une neutropénie sévère. Concernant les complications infectieuses, les données de ce travail n'ont montré qu'un faible pourcentage de patients présentant des signes de gravité de type état de choc. Ceci s'explique par le fait que ces patients arrivent au CHRU Limoges directement dans le service de Réanimation médicale polyvalente.

Pour les motifs d'hospitalisation infectieux, nous avons essayé d'approfondir en recherchant une prescription d'un traitement antibiotique antérieure à l'hospitalisation. Cette donnée est peu retrouvée dans les courriers médicaux effectués par les médecins adressant les patients aux urgences, ni dans les observations médicales à l'arrivée du patient. Sur les 30% de patients adressés aux urgences pour un problème infectieux (n=53), la prise d'une antibiothérapie précoce n'est évoquée que dans 22,6% des courriers médicaux (n=12). Pourquoi le traitement antibiotique n'a-t-il pas été instauré par le médecin traitant avant l'hospitalisation? Est-ce parce que le malade présentait des signes cliniques inquiétants justifiant une hospitalisation rapide, auquel cas la démarche est justifiée? Le médecin traitant avait-il des doutes sur le choix de l'antibiotique le plus adapté à la pathologie de son patient? La crainte de se déplacer sans pouvoir intervenir de manière adaptée du fait d'une mise à jour des connaissances insuffisante sur des pathologies jugées complexes et spécialisées, ou de crainte d'une confiance insuffisante de son patient ou de sa famille, voire d'une critique du médecin spécialiste, ou encore d'un niveau information insuffisant sur les derniers traitements reçus par le patient du fait de retard du courrier hospitalier. Il pourrait être extrapolé de ces résultats que certains motifs de recours aux urgences pour une symptomatologie hématologique pourraient être évitables par une éducation du patient. Une meilleure connaissance de sa maladie, mais surtout des traitements et des risques infectieux et hémorragiques, conduirait le patient à anticiper les complications en appelant précocement le médecin de famille. Il est très important de valoriser dès le diagnostic initial le rôle préventif d'une consultation régulière auprès de celui-ci tout le long du suivi de l'hémopathie. Ceci sous-entend que le médecin de famille s'implique suffisamment auprès de ses patients et qu'il n'abandonne pas le patient aux spécialistes par crainte de méconnaître les hémopathies malignes. L'action correctrice simple qui a guidé ce travail depuis sa conception est l'élaboration d'un guide de conseils, entre autres thérapeutiques, pour le médecin traitant des antibiothérapies et des attitudes les plus adaptées chez les patients atteints d'hémopathies.

Les anomalies biologiques chez un patient à l'inverse asymptomatique correspondent à un tiers des admissions. L'analyse de données de la NFS, quelque soit le motif d'admission, a montré une anémie chez 88% des patients. Cette anémie est source d'une asthénie marquée, expliquant certainement une grande partie des motifs mal précisés des admissions. Une neutropénie inférieure à 1 G/L était présente chez la moitié des patients, parmi ceux-ci la moitié avait des chiffres dangereux inférieurs à 0,5 G/L correspondant vraisemblablement aux patients symptomatiques. Quant à la thrombopénie, elle semble bien supportée cliniquement

car si une thrombopénie est notée chez 85% des patients, elle est sévère inférieure à 20 G/L dans une large majorité des patients alors que seulement 10% des patients présentent des complications hémorragiques cliniques. On observe également qu'une minorité de patients a bénéficié de transfusions en urgence malgré un nombre important de patients présentant des anomalies du bilan biologique: ceci s'explique par le fait que peu de patient nécessitait des transfusions immédiates. La plupart des malades ont reçu des transfusions sanguines après passage aux urgences dans les services hospitaliers qui les ont pris en charge. Ces résultats relatent l'importance des anomalies biologiques chez les patients souffrant d'hémopathies malignes, qu'ils soient ou non en cours de chimiothérapie. Là encore, des actions correctrices visant à planifier et intensifier les contrôles sanguins biologiques, l'administration de facteurs de croissance hématopoïétiques et la réalisation de transfusions sanguines programmées, semblent indispensables pour éviter une admission en urgences. Ces actions nécessitent une collaboration étroite entre médecins généralistes et médecins spécialistes, ainsi que la rédaction d'un chapitre important détaillant les conduites à suivre devant les différentes anomalies biologiques dans le guide thérapeutique remis au médecin traitant et un point majeur de l'éducation du patient.

La rédaction d'un guide thérapeutique spécifiquement constitué pour les médecins de famille regroupant les coordonnées des médecins spécialistes, la planification des thérapeutiques programmées par le médecin hématologue, et des conduites à tenir devant les principales complications rencontrées chez le patient atteint d'hémopathie serait souhaitable. Un tel livret centré sur des données organisationnelles vient d'être créé par le réseau Oncolor et servira de modèle à l'élaboration de celui du Réseau Hématolim [160]. Procédure: ce guide sera envoyé au médecin traitant avec le courrier de la consultation complété d'un exemplaire du document d'information remis au malade par le spécialiste afin d'éviter les situations fréquentes où le médecin traitant est moins informé, sur cette pathologie spécialisée et souvent rare, que son malade. Il s'agit là d'une action correctrice importante à mettre en place car cela favorisera la ré-implication des médecins traitants dans la chaîne de prise en charge de leur malade restant un des référents à côté du spécialiste pendant toute la durée de sa maladie; cela permettra aussi aux familles de faire appel plus souvent à leur médecin traitant en leur donnant un support sécurisant et diminuera ainsi les appels téléphoniques directs.

Pour le groupe de patients admis aux urgences pour des motifs sans rapport direct avec l'hématologie qui représente près d'un tiers des patients, plus de la moitié: présentait un syndrome anxieux, 20 % souffrait de dépression, 9% présentait à la fois une anxiété et un

syndrome dépressif. Cette présence importante de troubles psychologiques peut également expliquer le manque de clarté dans le motif d'hospitalisation: le recours aux urgences étant la traduction d'un appel à l'aide, soit des malades ou de leur famille, pas assez accompagnés psychologiquement ou en état d'isolement social, soit du médecin traitant en difficulté. Des actions correctrices doivent être menées; l'accompagnement social et psychologique qui a pu être suffisant à la prise en charge initiale nécessite d'être intensifié lors d'aggravation de l'état du patient. Un suivi plus étroit ou une réévaluation régulière des besoins sociaux et psychologiques est indispensable, ce d'autant que le patient est en phase avancée de son hémopathie.

L'exemple le plus significatif et le plus tragique de la nécessité d'une prise en charge psychologique adaptée est le cas d'un patient de cette étude qui s'est suicidé alors qu'il était en phase palliative d'une leucémie.

L'opérateur a tenté de déterminer si les patients les plus âgés étaient ceux qui venaient le plus souvent aux urgences. Un facteur de confusion important a rendu cette détermination difficile: certains patients étant suivis en hématologie depuis 1987 et l'ensemble de leur passage aux urgences n'a pas pu être répertorié de manière exhaustive. Ainsi, ce critère n'a pas pu être analysé.

Le fait d'être un nouveau patient peu habitué à la pathologie n'est pas un facteur prédictif d'une réhospitalisation aux urgences: la majorité des patients qui ont accès aux urgences comme structure de recours ont plus de 2 ans de suivi de leur maladie. Ce fait interpelle car il fait réfléchir sur l'accès à la continuité des soins chez les patients ayant une phase avancée de la maladie.

Quel est le devenir de ces patients après leur admission aux urgences ?

En ce qui concerne l'orientation post-urgences des malades, il est remarquable de noter que le ratio admission aux urgences / hospitalisation en séjour de courte durée est de 91 %, soit beaucoup plus élevé que celui constaté pour toute pathologie confondue: 21,5% selon l'enquête de la DREES effectuée en 1998. Au CHRU de Limoges, le nombre d'admissions aux urgences est de 38169 (dont 42% d'hospitalisation) pour 2005, de 39976 (dont 41% d'hospitalisation) pour 2006. Pour ces deux années, la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus, est de 21% (en 2008 elle est de 23%). La durée de passage aux urgences en 2005 et 2006 est de 3 heures pour les externes, de 5 heures pour les hospitalisés et de 4 heures pour l'ensemble des admis.

Pour la plus grande part, le pourcentage élevé d'hospitalisations relate la gravité de la pathologie, dont témoignent les nombreux cas d'anémies et de thrombopénies retrouvés chez une très grande majorité des patients et pour une moindre part, les neutropénies. Le nombre d'admissions aux urgences, à priori injustifiées, reste faible même si une marge d'amélioration est toujours possible. Cependant, le caractère justifié à la fois de certaines admissions aux urgences et de l'hospitalisation qui en découle, pourrait être discutable. La spécificité des soins à apporter à ces patients nécessitant souvent un avis séniorisé, le caractère souvent dramatique, aigu et irréversible des complications de l'aplasie, le fort impact émotionnel des patients en fin de vie et l'isolement social, souvent accompagné de difficultés financières non exprimées, sont les principales raisons de ces hospitalisations sans réel motif urgent. Dans ces cas, c'est pour humaniser l'accueil et répondre à la mission première d'accueil de l'hôpital public dans le sens littéral des hospices et de l'hospitalité, car il ne serait guère éthique de renvoyer une personne seule en isolement social, et âgée de surcroît, à son domicile sous le prétexte que la symptomatologie n'est pas inquiétante. A l'inverse, approximativement un tiers des patients admis aux urgences pour un motif hématologique n'avait pas d'hémopathies malignes connues. Pour 53 malades en 2 ans, le service des urgences a dépisté une maladie non prise en charge antérieurement. Cette mission de dépistage est un des rôles majeurs des services dit «de porte», connue de longue date. L'admission aux urgences représente 5% des circonstances de découverte des nouvelles hémopathies du service d'hématologie clinique du CHRU de Limoges.

L'orientation des patients hospitalisés ne se fait vers le service d'hématologie clinique que pour un quart des patients. Ce pourcentage insuffisant s'explique par le fait que les lits du service d'Hématologie Clinique sont déjà occupés. Le service d'hématologie essaye autant que faire se peut, parfois même en utilisant les lits du secteur d'hospitalisation de jour, d'assurer sa mission de continuité des soins. De plus, une ligne téléphonique directe est mise à disposition des médecins traitants, permettant un accueil régulier tout au long de la semaine et du week-end des patients de la file active, ainsi des nouveaux patients posant des problèmes urgents. Le manque de disponibilité de lits d'accueil, pour les patients présentant une complication ou nécessitant une prise en charge urgente, est parfaitement illustré par ces résultats. L'action correctrice serait de mettre en place, au sein même du service d'hématologie, 3 lits d'urgence avec du personnel dédié, pour accueillir directement les patients en phase avancée de leur maladie qui présentent une complication. Le coefficient de remplissage important du service d'hématologie clinique en 2007 confirme ce fait.

Autre aspect important, même si la majorité des patients hospitalisés dans d'autres services que l'hématologie ont reçu une prise en charge adaptée et bénéficié d'avis hématologiques rapides, il semble que ces patients, comme tout malade chronique pris en charge en dehors de leur référents, éprouvent une anxiété relative à la perte de leurs repères, car ils ne sont pas dans le service habituel. Malgré des visites pluri-hebdomadaires des hématologues qui les suivent, ils ressentent souvent un sentiment d'abandon.

Huit patients ont été hospitalisés en service de chirurgie. Une hospitalisation en chirurgie pour des patients atteints d'hémopathies n'est pas forcément significative d'orientation inadaptée car 6 ont nécessité une prise en charge chirurgicale et seul deux patients ont été transférés vers un service de chirurgie faute de place en hématologie.

Bien que les deux tiers des patients soient âgés de plus de 70 ans, seulement 4 patients ont été orientés en gériatrie (soit 2,3%): le rôle des services spécialisés en gériatrie pourrait être renforcé à l'avenir, devant le nombre important de patients âgés en attente de prise en charge dans le service d'hématologie. Le fait que l'âge de plus de 65 ans soit significativement corrélé avec un retard d'accès au service d'hématologie, contrairement aux plus fragiles en phase palliative et aux plus gravement atteints, interpelle. Existe-t-il une discrimination par l'âge ? Ces choix répondent-ils à une sélection priorisant l'aspect médico-technique, l'engagement du pronostic vital et l'accompagnement humain pour les malades les plus en difficultés ?

Enfin seulement 9% des patients sont retournés à domicile après prise en charge aux urgences, qui ont alors assuré une alternative à l'hospitalisation de jour, principalement pendant le week-end, comme en témoignent les transfusions sanguines réalisées aux urgences qui ont justement permis un retour à domicile.

Il était important d'évaluer le profil des patients, ayant recours aux urgences au cours d'une hémopathie, ainsi que les motifs d'admission et leur devenir pour en faire une triple analyse. Le parcours de soins des patients souffrant d'hémopathies est souvent émaillé de complications alourdissant leur vécu de la maladie et celui de leurs familles. Ils vivent une épreuve extrêmement difficile et violente, face à des diagnostics connus pour mettre en jeu le pronostic vital et des traitements lourds pouvant porter atteinte à leur image corporelle et à leur vie sociale. Afin d'éviter un impact trop important de ces complications dans l'histoire de vie du patient, il est de la responsabilité et du devoir des médecins de limiter la fréquence des recours aux urgences. L'admission aux urgences constitue à la fois un précieux recours sécuritaire et une épreuve supplémentaire dans la traversée de leur maladie. Les motifs d'admission très fréquemment justifiés ont illustré le rôle primordial d'assistance des services

d'urgence qui demeurent une structure indispensable à une prise en charge satisfaisante et humaine des malades en difficulté.

Ainsi, les situations urgentes rencontrées sont très complexes [161]. Au regard de la performance des nouvelles méthodes médicales de soins, vis-à-vis du pronostic vital, la composante technique de la prise en charge de ces situations efface souvent le caractère unique de chacune d'elle.

5 CONCLUSION

Chez les patients atteints de pathologies chroniques graves comme les hémopathies malignes, le recours aux urgences hospitalières, qui demeure une structure d'assistance médicale urgente indispensable, ne doit pas être la règle lorsque l'état du malade s'aggrave. L'étude que nous avons menée nous a permis de mieux définir les motifs d'admissions aux urgences des patients atteints d'hémopathies malignes à partir d'une étude rétrospective de 174 patients consécutifs collectés sur une période de deux au service des urgences du CHRU de Limoges.

Nous avons pu mieux connaître les caractéristiques démographiques de ces patients, correspondant pour 3malades sur 4 à un profil d'hématogériatrie issu de la région Limousin, mais aussi hors région, confortant le service des urgences comme une structure de recours de dimension régionale et extrarégionale, malgré la présence d'un réseau de soins en hématologie (HEMATOLIM) constitué d'hôpitaux de proximité. Une meilleure connaissance des caractéristiques médicales nous a permis de regrouper les motifs d'hospitalisations en 3 grandes causes dominées pour plus des deux tiers par les complications hémorragiques et infectieuses et des manifestations biologiques graves justifiant pleinement le recours aux urgences. Pour ces patients, il sera intéressant de poursuivre les analyses par des études prospectives afin de déterminer si l'anticipation du service référent par la programmation plus rapprochée de transfusions, de prescriptions anticipées d'antibiotiques et une meilleure connaissance par le médecin de famille des risques de l'aplasique et des traitements appropriés, ne pourrait réduire une partie de ces hospitalisations justifiées. Pour le dernier tiers des patients ayant des motifs d'admission extra hématologiques, nous n'avons pu déterminer la part de l'anxiété du fait du caractère rétrospectif de l'étude. La gravité de la pathologie et ses risques explique les 91% de ratio admission/hospitalisation.

La population gériatrique est majoritairement représentée avec plus des trois quarts des patients âgés d'au moins 65 ans et plus de la moitié d'au moins 70 ans et plus. Ni l'âge, ni le sexe ne favorisent les complications justifiant le recours aux urgences. Il existe une différence significative en ce qui concerne la distance domicile-CHRU des patients admis aux urgences, entre les sujets jeunes dont l'habitat est distant en moyenne de 96 km et les sujets âgés de seulement 44 km ($p < 0,01$). Contrairement aux idées préconçues, ce ne sont pas les patients les plus isolés qui ont recours à l'admission aux urgences, car ils ne représentent que 17% des urgences. Il est important de noter que presque les deux tiers des patients ne sont admis aux

urgences qu'à une seule reprise. On observe que près des trois quarts des patients sont admis aux urgences en journée et les jours de semaine, c'est le lundi et le mercredi où les malades étaient les plus fréquemment admis aux urgences. Les patients sont adressés aux urgences par un médecin pour 75% des cas, essentiellement par leur médecin traitant habituel, avec un courrier médical, ce qui est très supérieur aux résultats des enquêtes de la DREES et témoigne de l'implication des médecins de famille dans la continuité des soins au côté du médecin hématologue. Cette collaboration est indispensable pour assurer un suivi médical régulier de qualité, dont le but est de minimiser la survenue des complications inhérentes aux hémopathies malignes, limitant ainsi les hospitalisations en urgence. Les médecins hématologues et généralistes doivent être accessibles et disponibles pour conseiller les patients et leurs familles en cas de besoin et planifier ensemble les thérapeutiques à prescrire aux patients.

Des actions correctrices ciblant la planification, les contrôles sanguins biologiques, l'administration de facteurs de croissance hématopoïétiques et la programmation de transfusions sanguines, bien que déjà mises en place depuis plusieurs années sont à intensifier. Dans le futur, la mise en place au sein du service d'hématologie de 3 lits d'accueil direct des urgences avec un motif hématologique et du personnel dédié pourrait être une orientation à discuter au niveau de l'établissement. Ces 3 lits permettraient aux patients d'être rassurés en par un environnement connu, au bénéfice des urgences en diminuant leur surcharge de travail et au bénéfice du service d'hématologie en leur donnant les moyens d'assurer leur mission de continuité des soins.

La rédaction d'un guide thérapeutique, spécifiquement constitué pour les médecins de famille et regroupant les coordonnées des médecins spécialistes, ainsi que des conduites à tenir devant les principales complications rencontrées est un projet à réaliser dans un avenir proche.

LISTE DES DOCUMENTS ANNEXES :

1. Les facteurs qui influent sur le recours aux services d'urgences.
2. Nombre de passages dans les services d'urgence des hôpitaux publics
3. Méthodologie de l'enquête réalisée par la DRESS sur les urgences hospitalières
4. Les visites à domicile des omnipraticiens libéraux
5. Nombre de passages aux urgences pour 1000 habitants en 1990 et 1998 selon la région
6. Position des régions relativement aux urgences sans hospitalisation public+privé et aux visites donnant lieu à majoration pour 1000 habitants
7. Méthodologie de l'enquête réalisée par la DRESS sur les urgences hospitalières en 2002
8. Usagers des urgences et population totale selon la profession actuelle ou passée
9. Problème de santé déclaré comme cause de venue aux urgences
10. Hiérarchie des problèmes ayant entraîné la venue aux urgences selon les usagers
11. Contenu du questionnaire téléphonique
12. Regroupement en six catégories des motifs de recours aux urgences
13. Durée déclarée de passage aux urgences
14. Méthode utilisée pour construire la typologie d'usagers
15. Attente avant l'examen médical selon l'attente du premier contact
16. Part des patients ayant attendu le plus longtemps en fonction du volume d'activité du service
17. Temps d'attente avant le premier contact et avant examen médical

ANNEXE 1 :

Les facteurs qui influent sur le recours aux services d'urgences

Selon l'analyse de la littérature internationale réalisée par l'Union régionale des médecins libéraux (URML) Poitou-Charentes (Remy Bataillon), de nombreux facteurs semblent jouer un rôle dans la décision de recourir à un service d'urgences :

- les caractéristiques socio-démographiques et culturelles des patients d'abord : les recours aux urgences sont ainsi plus fréquents et plus répétitifs pour les jeunes et les jeunes adultes, les immigrants récents, les personnes de faible niveau de revenu et de diplôme, celles qui sont en situation de précarité et les isolés,
- l'absence de prise en charge habituelle par un médecin traitant,
- le niveau de couverture maladie,
- les conditions d'accessibilité aux services d'urgences (distance) et aux médecins libéraux (horaires d'ouverture et modes de paiement),
- leur perception de symptômes nécessitant des soins urgents, enfin.

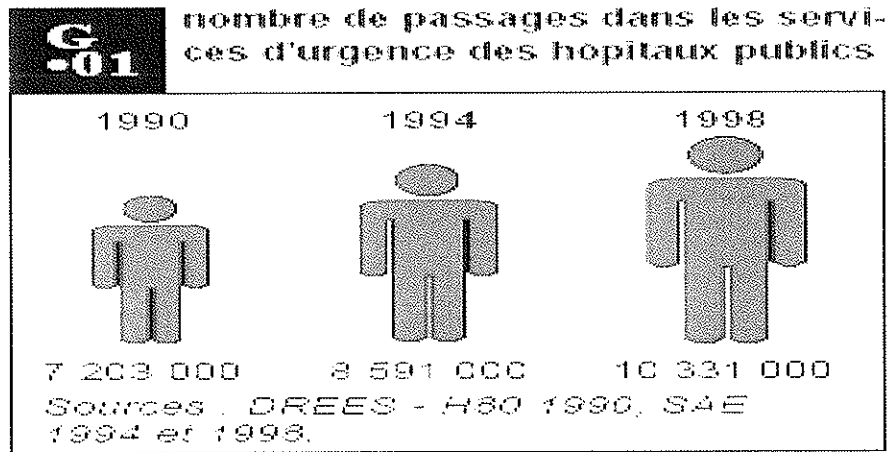
Le rôle respectif de ces différents facteurs n'est pas identique selon les services, comme le montre l'étude comparative réalisée à partir de deux centres hospitaliers universitaires (Pitié-Salpêtrière et Besançon)¹. Une partie de la clientèle qui consulte pour des motifs non urgents est constituée, notamment à Paris, d'habitues pour lesquels l'hôpital est amené à jouer un rôle de médecin traitant² tandis qu'en même temps, une part plus importante de l'accès aux urgences s'y fait par l'intermédiaire du SAMU, de la police ou des pompiers. D'autres éléments d'explications existent également qui illustrent le caractère composite des clientèles et l'hétérogénéité des causes de recours comme des besoins de soins qui s'expriment à cette occasion : la possibilité d'accéder rapidement et simplement au plateau technique et de faire réaliser des examens complémentaires (l'enquête effectuée par l'URML Poitou-Charentes³ montre qu'elle est souvent invoquée par les patients), la montée de la précarité sociale, le sentiment de faible accessibilité des structures de soins ambulatoires, le comportement particulier des adolescents et adultes jeunes, un désir accru de sécurité... Néanmoins, on ne dispose pas à ce jour d'une étude nationale et représentative permettant d'apprécier le rôle respectif de ces différents facteurs. C'est pourquoi la DREES envisage de réaliser, en 2007, une enquête nationale auprès des patients fréquentant les services d'urgence à partir d'un échantillon représentatif d'établissements.

1. T. LANG et al. « *Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgences médicales et à leur fonction " dispensaire "* » coll. Revue médicale de l'assurance maladie, 3, 1998, 72-78.

2. P. LOMBRAIL et al. « *Analyse du recrutement en urgence d'un hôpital pédiatrique – Conséquences sur l'organisation des soins* », Archives françaises de pédiatrie 1993 ; 50 : 313-7.

3. En partenariat avec l'URCAM et l'ARH de cette région.

ANNEXE 2 :



ANNEXE 3 :

E•2

Methodologie

Les données proviennent de l'enquête annuelle sur les hôpitaux publics H80 pour les années 1990 à 1993 et de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) pour les années suivantes. Avant 1994, on ne dispose pas de données sur les passages aux urgences dans les établissements privés qu'ils participent au service public hospitalier (hôpitaux PSPH) ou non. C'est pourquoi l'évolution considérée dans cette publication ne concerne que les établissements publics. Les hôpitaux locaux et centres hospitaliers spécialisés ont été écartés de l'étude.

Par ailleurs, il s'agit de données déclaratives qui comportent quelques imprécisions :

- aucune définition réglementaire des unités d'accueil n'existait avant la parution des décrets en 1997 (les décrets de 1995 ayant été « suspendus » de leur parution).

- le décompte des unités est imprécis : à l'heure actuelle, toutes les autorisations administratives n'ont pas encore été délivrées : dans leurs déclarations, certaines entités juridiques comptent comme unités d'accueil et de traitement des urgences à la fois leurs unités polyvalentes ouvertes 24 heures sur 24 (unités correspondant effectivement à la définition des Services d'accueil et de traitement des urgences – encore appelées SAU – ou des Unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences – dites UPATOU –), mais aussi des permanences situées dans des services spécialisés (en pédiatrie ou en psychiatrie) ne répondant pas à la même définition. D'autres ne raisonnent qu'en terme d'autorisation administrative et, par conséquent, ne comptent qu'un SAU par entité juridique, quelle que soit l'organisation fonctionnelle interne. La manière de compter les antennes saisonnières n'est pas non plus stabilisée. C'est pourquoi on ne peut donner de chiffre fiable concernant le nombre d'unités accueillant des urgences en 1998.

Les passages aux urgences ne sont pas nécessairement des arrivées non programmées. Selon les modes d'organisation des établissements, ils excluent ou incluent tout ou partie des admissions programmées et des consultations postopératoires. C'est pourquoi la société française d'urgence médicale (SFUM) a mis au point et prône l'utilisation d'une classification des passages (GEMSA) selon leurs modes d'entrée et de sortie, afin d'évaluer l'activité des unités.

ANNEXE 4 :

Les visites à domicile des omnipraticiens libéraux

De 1993 à 1998 : moins de visites réparties sur une plus faible proportion de patients...

Bien qu'encore un quart des actes pratiqués par les omnipraticiens libéraux soit des visites à domicile en 1998, la proportion de ce type d'actes n'a cessé de diminuer depuis 1993 (de plus de 4 points en six ans).

Parallèlement, la part annuelle des patients qui ont bénéficié d'une visite à domicile est passée de 38,4 % en 1993 à 33,3 % en 1998.

... mais plus de visites avec majoration, concentrées sur une part plus importante de la clientèle

Durant cette période, les visites de nuit et les jours fériés se sont légèrement développées : en 1993, 7,3 % des visites ont été facturées avec une majoration, alors que cette proportion atteint 8,1 % en 1998.

De même, sur l'ensemble des patients qui ont fait déplacer leur médecin généraliste, la part de ceux qui en ont bénéficié, passe respectivement de 20,5 % à 22,5 % au cours de cette période.

Le recours aux visites est, en général, plus fréquent durant les mois d'hiver, propices aux épidémies. Les visites de nuit et les jours fériés suivent logiquement ce calendrier, cependant, le recours à ce type d'actes est aussi plus important au cours des mois de mai et d'août (géographique).

Des clientèles différentes pour le recours au médecin durant les heures ouvrables, ou les jours fériés et la nuit (tableau)

Les personnes atteintes par une affection de longue durée (ALD), celles ayant été hospitalisées ainsi que les plus de 60 ans, sont les principaux consommateurs. Mais qu'un tiers des patients a bénéficié d'une visite à domicile en 1998, cette proportion atteint respectivement 60 %, 42,4 % et 49 % parmi les catégories de patients précédemment citées. La fréquence à laquelle les visites du médecin sont effectuées est aussi très supérieure à la moyenne : une personne en ALD est visitée plus de huit fois par an, contre une moyenne de 3,6 pour l'ensemble des personnes visitées par un médecin généraliste.

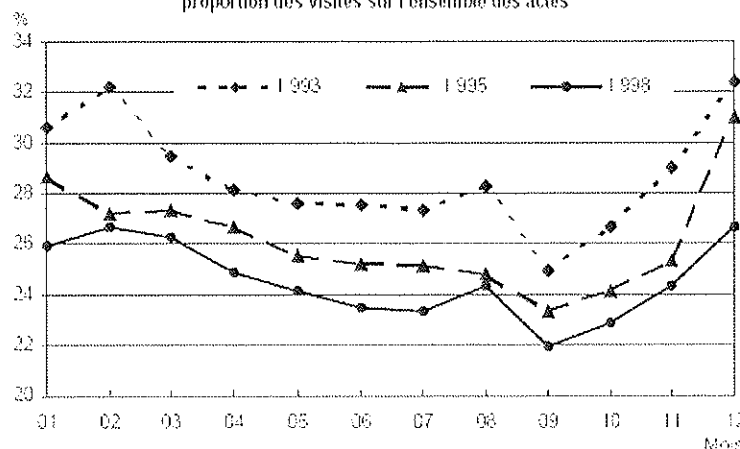
Il apparaît aussi que les jeunes enfants et les femmes sont plus nombreux à bénéficier des visites à domicile. La fréquence est moindre pour les enfants (moins de trois fois dans l'année pour les enfants âgés de 0 à 4 ans) que pour les femmes (quatre visites annuelles), celles-ci étant plus nombreuses parmi les personnes âgées.

Au contraire, bien que les visites avec majoration touchent une faible part des patients, la proportion de ce type d'actes sur l'ensemble des visites, est plus forte chez les personnes qui ne

souffrent pas d'ALD (10,2 % contre 8,1 % dans l'ensemble), chez les hommes (9,6 %) et parmi les moins de 60 ans (13,8 % - essentiellement les enfants de moins de 5 ans (17,1 %) ainsi que les

personnes de 15 à 39 ans (16,1 %). Ce sont donc les personnes dont le suivi médical est plus irrégulier, qui semblent utiliser ces visites dans des cas de nécessités non programmées.

proportion des visites sur l'ensemble des actes



Source : CHAMTS - EPAB

part des visites dans les consultations et les visites effectuées par les omnipraticiens libéraux en 1998 selon les caractéristiques des patients

Caractéristiques des patients	Part des visites (3)	dont part des visites avec majoration (4)
Ensemble	24,6	8,2
Type de consommateurs		
En ALD (1)	43,0	6,0
Non ALD mais à des dépenses de hospitalisation (2)	24,6	10,0
Ni ALD ni hospitalisation	17,6	10,7
Sexe		
Homme	21,4	9,6
Femme	26,6	7,4
Âge		
De 0 à 4 ans	29,7	17,1
De 5 à 14 ans	21,3	13,1
De 15 à 39 ans	13,8	16,1
De 40 à 59 ans	16,3	10,2
De 60 à 79 ans	29,3	3,6
80 ans et plus	65,6	3,7

(1) : Personne ayant bénéficié de l'exonération du ticket modérateur pour au moins un acte de consultation ou visite auprès d'un omnipraticien libéral sur l'année, pour cause d'affection longue durée (ALD).

(2) : Les dépenses d'hospitalisation concernent exclusivement le risque maladie.

(3) : Part des visites dans l'ensemble des consultations et des visites.

(4) : Part des visites avec majoration dans l'ensemble des visites.

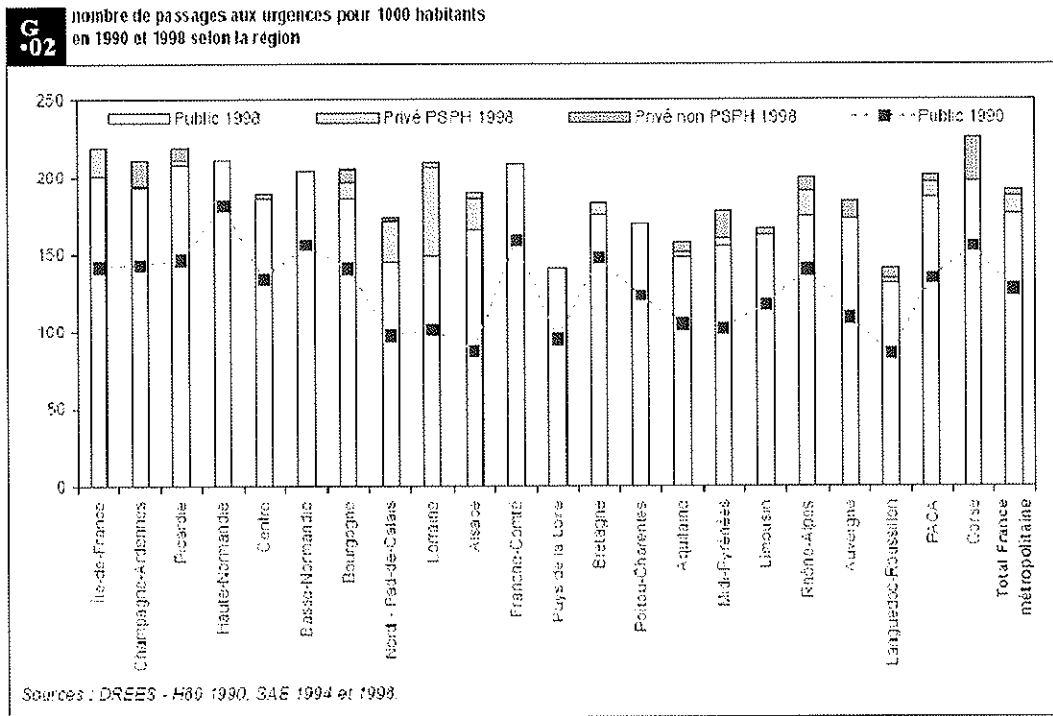
Les informations utilisées ici sont issues de l'EPAB (Échantillon permanent des assurés sociaux). Ce panel d'assurés sociaux de la CHAMTS permet de suivre la consommation d'un échantillon de la population couverte par le régime général (hors sections locales mutualistes).

Remarques :

L'analyse est centrée sur la population des consommateurs d'une année en France métropolitaine (on entend par consommant, toute personne protégée pendant l'année, ayant bénéficié de remboursements, que ce soit le risque concerné - en dehors des personnes pour lesquelles on n'a relevé que des régularisations de remboursements sur l'année).

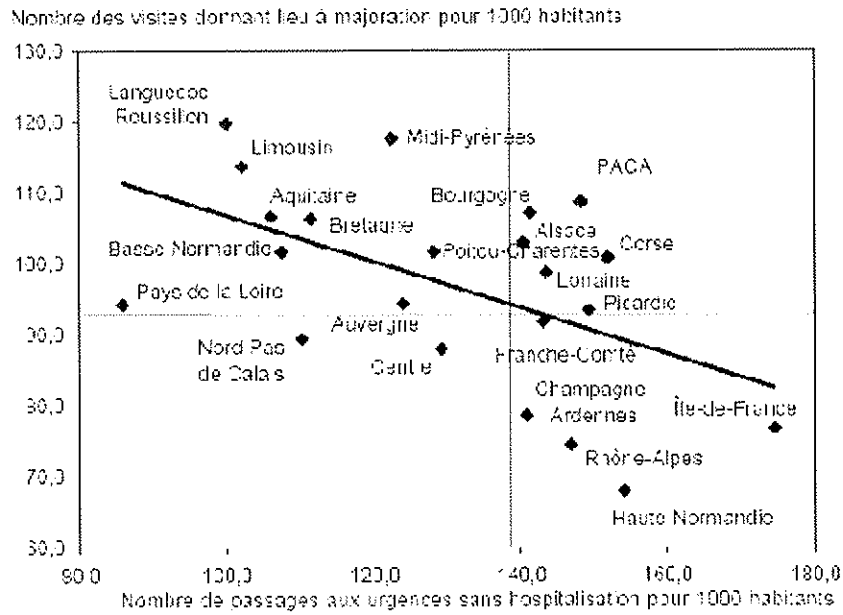
L'activité des omnipraticiens libéraux est caractérisée ici par l'ensemble des actes en C et en I, le tarif de la visite (112 F) est aujourd'hui inférieur à celui de la consultation (115 F), mais s'y ajoutent des frais de déplacement et, les cas échéant, des majorations spécifiques, quel que soit le risque couvert.

ANNEXE 5 :



ANNEXE 6 :

G.03 position des régions relativement aux passages aux urgences sans hospitalisation public+privé et aux visites donnant lieu à majoration pour 1000 habitants



Sources : DREES, SAE 1998 - CM4MTS, SNA 1998

ANNEXE 7:

E·I

Methodologie de l'enquete

L'enquête a été réalisée durant une semaine en janvier 2002 auprès d'un échantillon d'utilisateurs ayant eu recours à un service d'urgence et ayant pu retourner à domicile après ce passage. 150 services d'urgence, ont préalablement été tirés au sort dans huit strates définies [1], en fonction de l'autorisation détenue (Service d'accueil et de traitement des urgences -SAU ou Unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences -UPATOU), du statut juridique (public / privé) et du nombre de passages annuels.

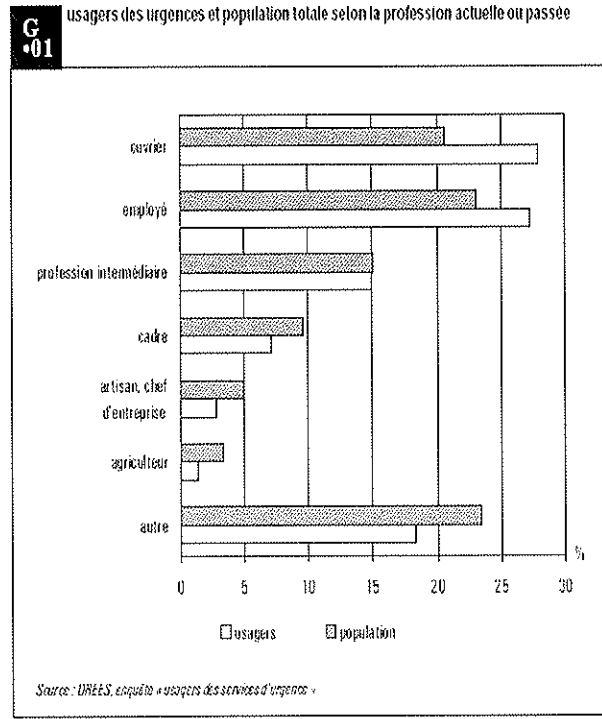
Un échantillon de patients a été constitué à partir de leur mois de naissance, parmi la clientèle de ces 150 services. Pour chaque patient de l'échantillon, des renseignements ont été recueillis auprès de l'équipe soignante.

À l'issue du passage aux urgences, une fiche d'acceptation était remise à ceux d'entre eux qui n'étaient pas hospitalisés, leur demandant leur accord pour être éventuellement interrogés par téléphone dans un délai de 15 jours suivant leur sortie. 65 % des patients concernés ont correctement rempli cette fiche. Elle comportait le même numéro d'ordre que la fiche médicale, ainsi que l'heure et la date d'arrivée, le sexe et l'âge du patient. Ces informations communes ont ensuite permis l'appariement des deux fichiers, fiches médicales et entretiens téléphoniques.

À partir des 8 765 fiches d'acceptation reçues, dont 5 350 exploitables, 3 604 entretiens téléphoniques ont été réalisés de manière aléatoire par la société BVA, du 28 janvier 2002 au 1^{er} mars 2002. L'enquêteur demandait à interroger la personne venue aux urgences elle-même, sauf quand il s'agissait d'un enfant de moins de 15 ans ou d'un adulte dans l'incapacité de s'exprimer. À cette étape, les refus ont été rares (environ 5 %). Si l'on inclut les impossibilités de contact et les abandons en cours d'enquête, le taux de réponse à l'enquête téléphonique a été d'environ 77 %.

Une fois les appariements réalisés entre les deux fichiers anonymisés, l'échantillon des patients interrogés par téléphone a été redressé pour pouvoir être représentatif de la population des utilisateurs non hospitalisés. Après pondération par l'inverse du taux de sondage dans chaque strate, les non réponses ont été corrigées par calage sur la distribution des variables essentielles issues de la base de sondage ou du questionnaire médical (type d'autorisation et taille des services, sexe et âge des patients, jour et tranche horaire de leur passage).

ANNEXE 8:



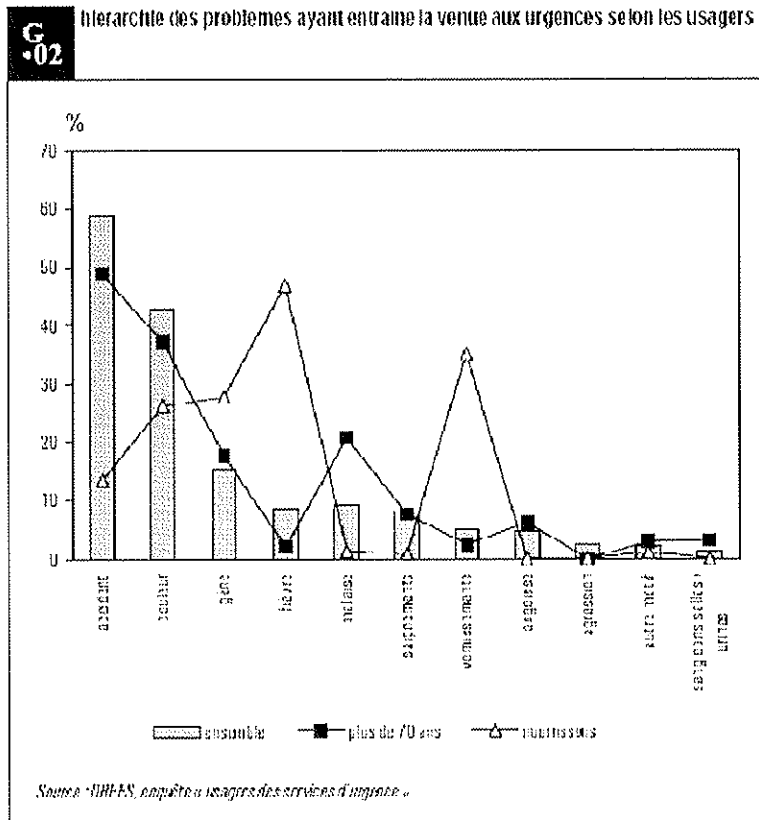
ANNEXE 9:

T-01 problème de santé déclaré comme cause de venue aux urgences

	Cas où le problème est cité (en %)	Répartition selon le nombre de réponses données par le patient					
		1	2	3	4	5	6
Accident	58,7	54,0	29,6	14,0	1,9	0,5	.
Douleur	42,9	21,1	49,2	23,8	4,4	1,4	0,1
États	15,3	33,4	26,3	26,8	9,9	3,2	0,3
Fièvre	8,6	30,0	41,2	18,4	6,5	3,3	0,5
Malaise	9,2	49,8	20,7	15,8	10,0	3,1	0,5
Saignements	7,9	13,0	23,5	56,1	4,0	3,4	.
Vomissements / diarrées	4,8	36,3	28,4	21,6	8,6	5,1	.
Angoisse	4,7	11,3	23,2	33,2	22,7	8,7	0,9
Agression	2,5	63,4	16,0	12,3	2,5	5,8	.
Autre motif	2,1	57,0	24,4	13,8	2,0	2,8	.
Sang dans les selles ou les urines	1,3	8,5	10,6	71,7	6,5	1,6	3,3
Ne sait pas	0,1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ensemble	158.113	59,3	26,7	11,4	2,0	0,6	0,0

1. 1,5 citations en moyenne par personne passée aux urgences
 Source : DREES, enquête « usages des services d'urgence »

ANNEXE 10:



ANNEXE 11:

E-2

Le contenu du questionnaire téléphonique

L'entretien téléphonique s'articule autour de 6 thèmes :

1) l'origine et les comportements de recours

les circonstances et les motifs « ressentis » du recours,

les démarches effectuées (appel SAMU /SMUR, tentative de recours préalable en médecine ambulatoire, recours direct...),

la trajectoire suivie in fine par le patient :

2) pour les patients qui avaient pu choisir et n'avaient pas été adressés par des professionnels de santé, les raisons qui leur avait fait préférer les urgences hospitalières plutôt que les solutions alternatives en médecine de ville (médecin généraliste, permanences médicales...):

3) la qualité perçue de l'accueil et de la prise en charge, les délais d'attente pour un premier contact puis pour rencontrer le médecin et leur sentiment face à ces conditions, la qualité de la communication avec les soignants :

4) les suites du passage aux urgences

les prescriptions découlant de la consultation,

les orientations vers des professionnels ou d'autres structures,

et les suites données à ces conseils et orientations .

5) Les connaissances du patient quant aux autres ressources à sa disposition pour un besoin de prise en charge non programmée

l'existence d'un médecin de garde et la manière dont il se procure l'information,

la possibilité de faire appel à un radiologue sous ordonnance préalable :

6) les caractéristiques socio-démographiques et la protection en matière d'assurance maladie

Sexe, âge, situation familiale, enfants à charge,

Statut professionnel, niveau d'études,

Couverture sociale,

Couverture maladie de base,

Couverture complémentaire,

Département et commune de domicile .

La liberté des questions variant légèrement selon que la personne ayant accepté d'être interrogée était la personne qui s'était présentée au service ou du parent ayant assisté (dans le cas d'un enfant ou d'une personne dans l'incapacité de répondre elle-même). Pour les enfants de moins de 15 ans, les caractéristiques socio-démographiques enregistrées par l'enquêteur (homme l'âge et le sexe) concernent les parents. Par contre, dans le cas d'un adulte dans l'incapacité de s'exprimer lui-même, elles concernent la personne venue aux urgences. Au total, environ un tiers des répondants à l'enquête sont des personnes ayant accompagné le patient. Dans la plupart des cas, il s'agit de parents parlant au nom de leur enfant.

ANNEXE 12:

E•3

Un regroupement en six catégories des motifs de recours aux urgences

Les patients invoquant plusieurs explications simultanées à leur décision de se rendre aux urgences, pour une meilleure lisibilité, la question pivot de l'enquête « tous comptes faits, pour quelle(s) raison(s) êtes-vous allé aux urgences » mérite d'être analysée plus en détail. C'est pourquoi on propose un **regroupement** de ces différentes raisons, réalisé à l'aide de méthodes d'analyse des correspondances multiples et de classification automatique, suivi d'une **hiérarchisation** de ces groupes de raisons, permettant de dégager pour chaque usager une « raison principale » d'aller aux urgences.

La hiérarchie adoptée privilégie d'abord le fait que les individus n'ont pas choisi d'aller aux urgences, puis qu'un conseil émanant d'un médecin est intervenu dans la prise de décision. Les autres raisons sont ensuite classées selon qu'elles semblent indiquer un recours plus ou moins incontournable (du « problème de santé n'ayant pu être réglé avec la seule médecine de ville » à la « venue aux urgences pour de seules raisons pratiques »).

Une fois ces groupes de raisons classés, dès qu'un individu entre dans un groupe, il n'apparaît plus dans les suivants, même s'il a cité des raisons d'ordre inférieur.

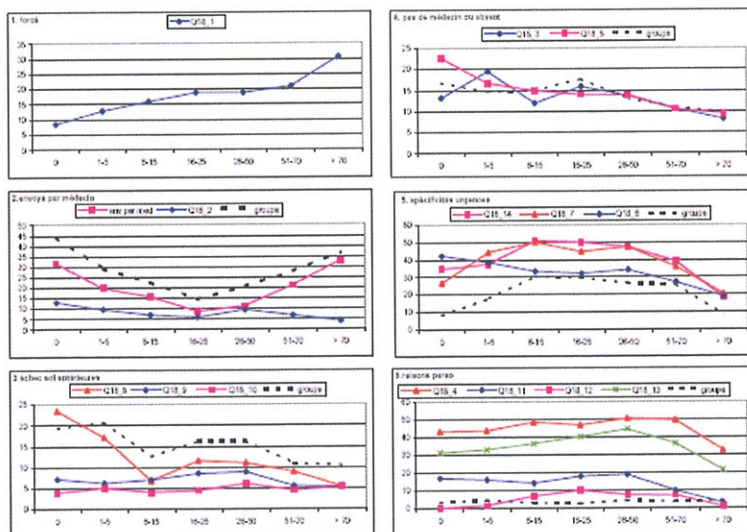
Enfin, les usagers envoyés aux urgences par leur médecin traitant et qui n'ont pas eu à répondre à cette question, ont été regroupés avec ceux faisant état d'un avis médical, afin que toute la population étudiée puisse être répartie selon cette variable agrégée.

Six types de motifs de recours peuvent ainsi être construits, classés par ordre de priorité décroissant :

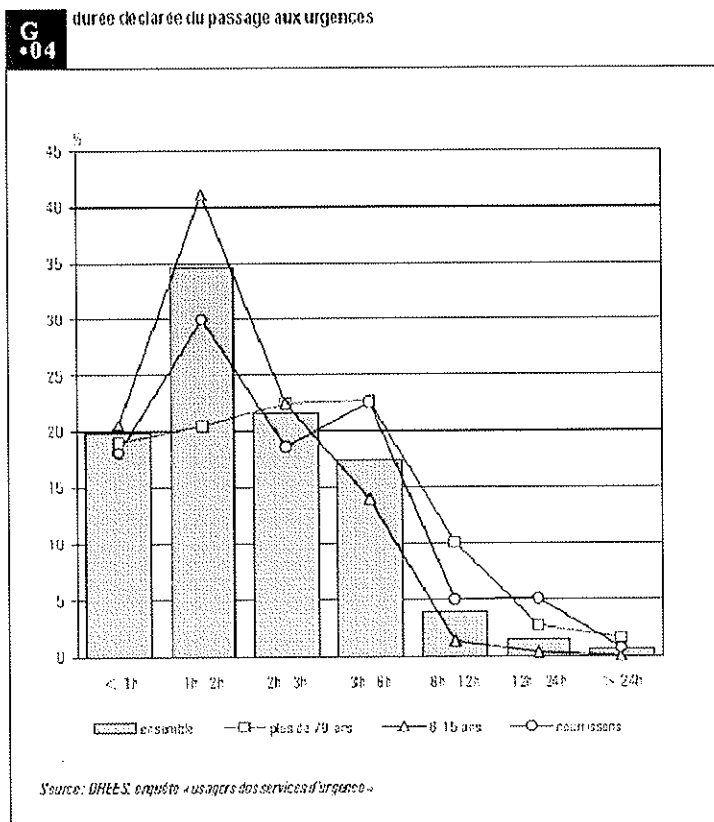
1. les usagers à qui on n'a pas demandé leur avis (19 % des patients),
2. les usagers qui se sont rendus aux urgences sur avis médical (23 %),
3. les usagers qui évoquent une volonté d'avoir recours au système hospitalier après un échec des solutions précédentes (« traitement en cours sans amélioration », « récidive » ou « souhait d'accéder à un autre service de l'hôpital qui ne pouvait pas [les] prendre rapidement », (15 % des patients),
4. les usagers qui ont recours au service d'urgences comme alternative à la médecine de ville soit parce qu'ils n'ont pas de médecin, soit parce que leur médecin était absent, (14 % des patients),
5. les usagers motivés par les spécificités du service d'urgence, que ce soit la permanence de soins, la spécialisation hospitalière en matière d'urgences ou le plateau technique (25 % des patients),
6. les usagers qui ne citent que des raisons pratiques ou de convenances personnelles (4% des patients).

priorité	n° question	raison citée	n° de cas ou la raison détaillée est citée	fréquence en % du groupe correspondant	répartition selon les groupes					
					1. force	2. envoi par médecin	3. échec sol antérieures	4. cas de médecin ou	5. besoins spécifiques	6. raisons perso
	ensemble				18,6	23,3	15,1	14	24,8	3,7
1	Q18_1	force	18,6	18,6	100	0	0	0	0	0
2	Q18_2	avis médical	7,7	23,3	0	100	0	0	0	0
3	Q18_3	traitement en cours sans amélioration	10,7	16,1	0	17,7	52,3	0	0	0
3	Q18_9	récidive du problème	7,6	16,1	0	19	59	0	0	0
3	Q18_10	autre service	5	16,1	0	14,2	55,5	0	0	0
4	Q18_3	pas de médecin	13,5	14	0	10,2	27,7	61,8	0	0
4	Q18_5	médecin absent	13,8	14	0	13,4	28,7	68	0	0
5	Q18_6	serviceur qualité / besoin hosp	32,2	24,8	0	19	26,8	18,8	41,5	0
5	Q18_7	besoin interspec	42,9	24,8	0	12,9	23,5	20,9	42,9	0
5	Q18_14	besoin desamers	43,8	24,8	0	11,4	23,8	21,6	43,4	0
6	Q18_4	proximité de l'hôpital	47,1	3,7	0	11,2	24,8	20,1	36,8	6,9
6	Q18_11	pas d'argent à avancer	15,4	3,7	0	12,9	27,9	19,8	32,5	7
6	Q18_12	attestation médicale	6,3	3,7	0	11,2	20,2	24,6	30,1	4,9
6	Q18_13	raisons perso	38,2	3,7	0	11,1	25,8	22,9	35,2	5,3
		envoi de médecin traitant	15,6	16,6	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0

Fréquences par âge des raisons de recours



ANNEXE 13:



ANNEXE 14:

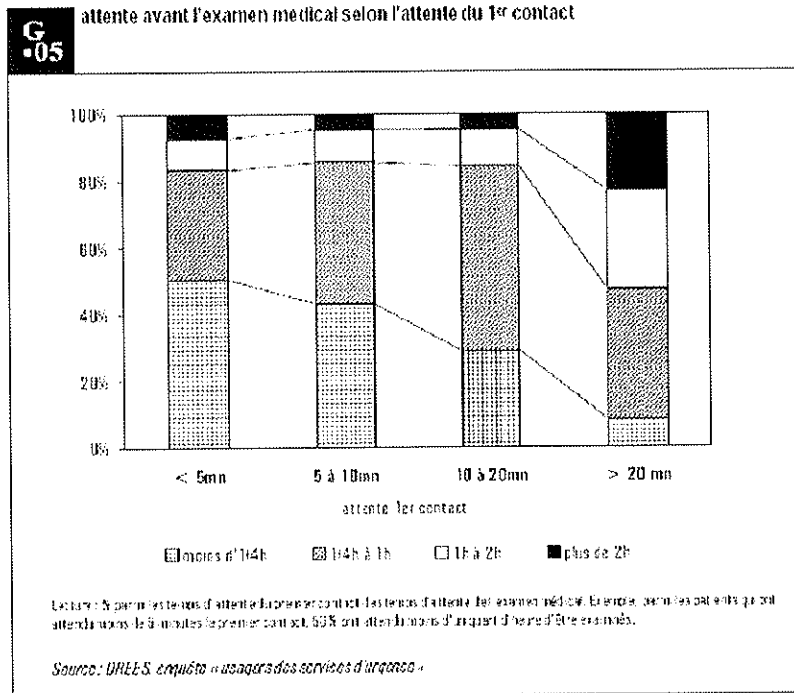
E-4

Méthode utilisée pour construire la typologie d'usagers

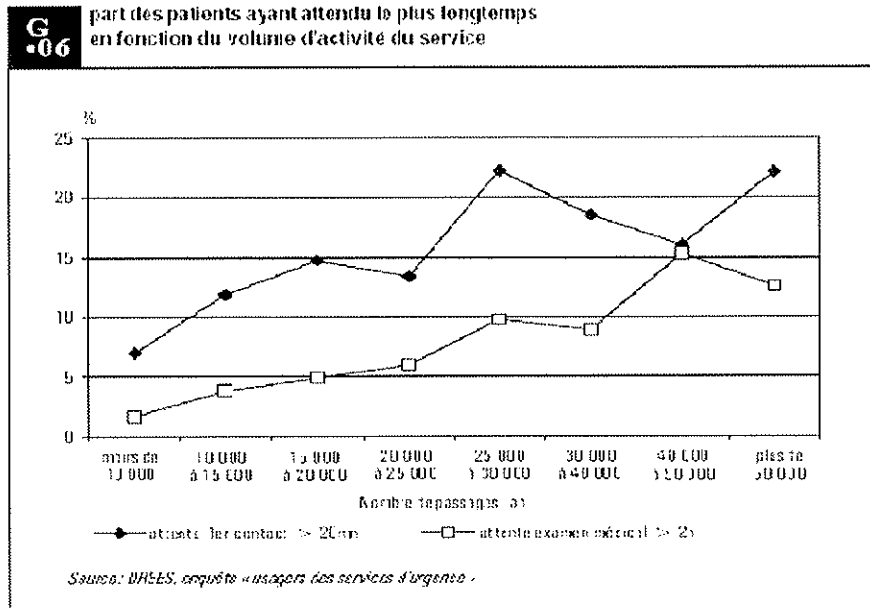
Une analyse des correspondances multiples, réalisée en retenant comme variables actives les différentes modalités de s trois questions, « quel est le problème de santé qui vous a amené aux urgences ? », « qui vous a finalement conseillé d'aller aux urgences ? » et « pour quelles raisons êtes-vous allé aux urgences ? » a confirmé la nécessité de tout d'abord séparer les usagers des urgences en deux groupes : ceux qui n'ont pas réellement choisi d'aller aux urgences, que ce soit leur médecin traitant qui les y ait envoyés ou qu'ils répondent qu'on ne leur a pas demandé leur avis, et les autres, qui ont pu expliquer qui les avait conseillés et pour quelles raisons ils étaient allés aux urgences.

Une nouvelle analyse des correspondances a alors été réalisée uniquement sur le deuxième groupe d'usagers, suivie d'une classification, qui a permis de cerner quatre grands profils supplémentaires d'usagers parmi ceux ayant eu un choix à faire.

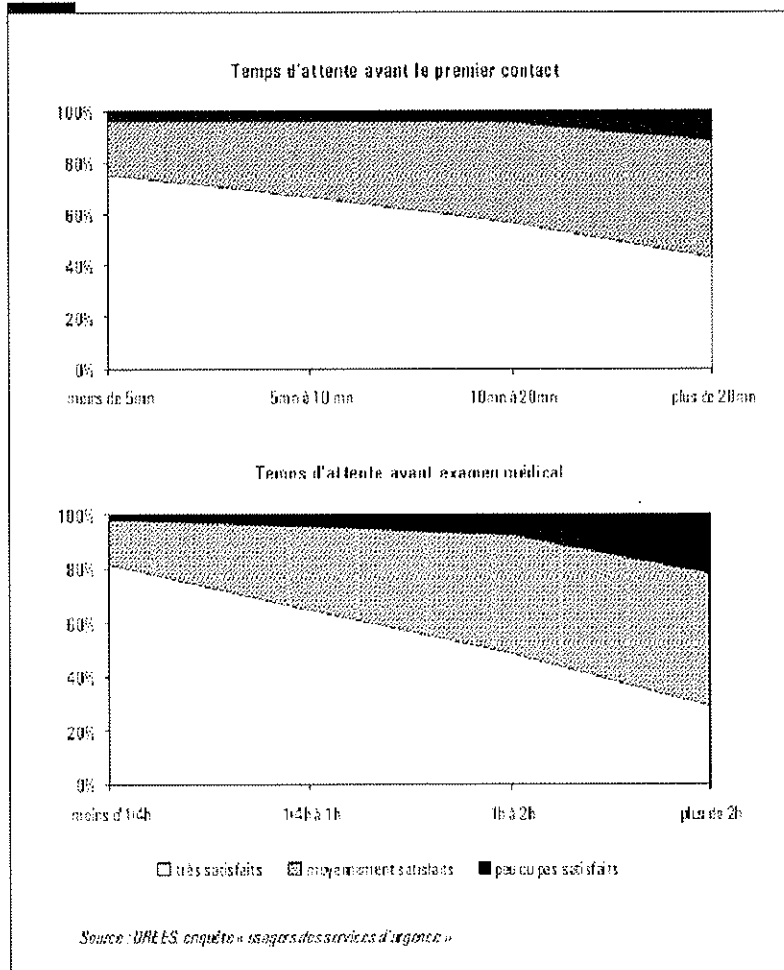
ANNEXE 15:



ANNEXE 16:



ANNEXE 17:



BIBLIOGRAPHIE

- [1] BAUBEAU D, DEVILLE A, JOUBERT M, FIVAZ C, GIRARD I, LE LAIDER S. - Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés, Etudes et résultats - DRESS, n°72, juillet 2000
- [2] CHANTELOUP M, GADEL G. - Les appels d'urgence aux centres 15 en 1997, Etudes et résultats - DRESS, n°55, mars 2002
- [3] MATHY C. - classification de l'activité des unités de prise en charge des urgences - Mission PMSI, Document de travail, août 1999
- [4] STEG A. - La médicalisation des urgences, rapport de la Commission nationale de restructuration des urgences - Paris, 1993
- [5] CARRASCO V, BAUBEAU D. - Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale, Etudes et résultats - DRESS, n°212, janvier 2003
- [6] TELLIERA S. - Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? Etudes et résultats - DRESS, n°167, avril 2002
- [7] CARRASCO V, BAUBEAU D - Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières Etudes et résultats - DRESS, n°215, janvier 2003
- [8] HANCOCK EV. - Neoplastic pericardial disease - Cardio Clin 8:673,1990
- [9] GARCIA-RIEGO A, CUINAS C, VILANOVA JJ. - Malignant pericardial effusion - Acta Cytol 45:561, 2001
- [10] SHERPERD FA. - Malignant pericardial effusion - Curr Opin Oncol 9:170, 1997
- [11] TSANG TS, ENRIQUEZ SARANO M, FREEMAN WK, et al. - Consecutive 1127 therapeutic echocardiographically guided pericardiocenteses: clinical profile, practice patterns, and outcome spanning 21 years - Mayo Clin Proc 77:429, 2002
- [12] LIU G, CRUMP M, GOSS PE, et al. - Prospective comparison of the sclerosing agents doxycycline and bleomycin for the primary management of malignant pericardial effusion and cardiac tamponade - J Clin Oncol 14: 3141, 1996

- [13] SHERPERD FA, MORGAN C, EVANS WK, et al. - Medical management of malignant pericardial effusion by tetracycline sclerosis - *Am J Cardiol* 60: 1161, 1987
- [14] MAHER EA, SHERPERD FA, TODD TJ. - Pericardial sclerosis as the primary management of malignant pericardial effusion and cardiac tamponade - *J Thorac Cardiovasc Surg* 112:637, 1996
- [15] MANN T, BRODIE BR, GROSSMAN W, et al. - Effusive-constrictive hemodynamic pattern due to neoplastic involvement of the pericardium - *Am J Cardiol* 41:781, 1978
- [16] PEREZ CA, PRESENT CA, VAN AMBURG AL III. - Management Of superior vena cava syndrome - *Semin Oncol* 5:123, 1978
- [17] MINEO TC, AMBROGI V, NOFRONI I, et al. - Mediastinoscopy in superior vena cava obstruction: analysis of 80 consecutive patients - *Ann Thorac Surg* 68:223, 1999
- [18] LANCIEGO C, CHACON JL, JULIAN A, et al. - Stenting as first option for endovascular treatment of malignant superior vena cava syndrome - *AJR Am J Roentgenol* 177:585, 2001
- [19] SHAH R, SABANATHAN S, LOWE RA, et al. - Stenting in malignant obstruction of superior vena cava - *J Thorac Cardiovasc Surg* 112:325, 1996
- [20] ROWELL NP, GLEESON FV. - Steroids, radiotherapy, chemotherapy and stents for superior vena caval obstruction in carcinoma of the bronchus: a systematic review - *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 14:338, 2002
- [21] URRUTICOECHEA A, MESIA R, DOMINGUEZ J, et al. - Treatment of superior vena cava syndrome by endovascular stent insertion: experience on 52 patients with lung cancer - *Lung Cancer* 43:209, 2004
- [22] CHAN RH, DAR AR, YU E, et al. - Superior vena cava obstruction in small-cell lung cancer - *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 38:513, 1997
- [23] ADELSTEIN DJ, HINES JD, CARTER SF, et al. - Thromboembolic events in patient with malignant superior vena cava syndrome and the role of anticoagulation - *Cancer* 62:2258, 1988

- [24] MARCY PY, MAGNE N, BENTOLILA F, et al. - Superior vena cava obstruction: is stenting necessary? - Support Care Cancer 9:103, 2001
- [25] LEVI M, DE JONGE E, VAN DER POLL T, et al. - Advances in the understanding of the pathogenetic pathways of disseminated intravascular coagulation result in more insight in the clinical picture and better management strategies - Semin Thromb Hemost 27:569, 2001
- [26] LEVI M, DE JONGE E, VAN DER POLL T. - New treatment strategies for disseminated intravascular coagulation based on current understanding of the pathophysiology - Ann Med 36:41, 2004
- [27] BICK RL, STRAUSS JF, FRENKEL EP. - Thrombosis and hemorrhage in oncology patients - Hematol Oncol Clin North Am 10:875, 1996
- [28] HIGUCHI T, SHIMIZU T, MORI H, et al. - Coagulation patterns of disseminated intravascular coagulation in acute promyelocytic leukemia - Hematol Oncol 15:209, 1997
- [29] BARBUI T, FINAZZI G, FALANGA A. - the impact of all-trans-retinoic acid on the coagulopathy of acute promyelocytic leukemia - Blood 91:3093, 1998
- [30] LEVI M, DE JONGE E, VAN DER POLL T. - Disseminated intravascular coagulation - Thromb Haemost 82:695, 1999
- [31] PASQUINI E, GIANNI L, AITINI E, et al. - Acute disseminated intravascular coagulation syndrome in cancer patients - Oncology 52:505, 1995
- [32] WARREN BL, EID A, SINGER P, et al. - Caring for the critically ill patient: high-dose antithrombin III in severe sepsis: a randomized controlled trial - JAMA 286:1869, 2001
- [33] DE JONGE E, VAN DER POLL T, KESECIOGLU J, et al. - Anticoagulation factor concentrates in disseminated intravascular coagulation: rational for use and clinical experience - Semin Thromb Hemost 27:667, 2001
- [34] ELTING LS, RUBENSTEIN EB, MARTIN CG, et al. - Incidence, cost, and outcomes of bleeding and chemotherapy dose modification among solid tumors patients with chemotherapy-induced thrombocytopenia - J Clin Oncol 19:1137, 2001

- [35] SCHIFFER CA, ANDERSON KC, BENETT CL, et al. - Platelet transfusion for patients with cancer: clinical practices guidelines of the American Society of clinical Oncology - *J Clin Oncol* 19:1519, 2001
- [36] ISAACS C, ROBERT N, BAILEY F, et al. - Randomized placebo-controlled study of recombinant human interleukine-11 to prevent chemotherapy-induced thrombocytopenia in patients with breast cancer receiving dose-intensive cyclophosphamide and doxorubicin - *J Clin Oncol* 15:3368, 1997
- [37] REYNOLDS CH. - Clinical efficacy of rhIL-11 - *Oncology (Huntingt)* 14:32, 2000
- [38] ELLIOT MA, NICHOLS WL. - Thrombotic thrombocytopenic purpura and hemolytic uremic syndrome - *Mayo Clin Proc* 76:1154, 2001
- [39] HOSLER GA, CUSUMANO AM, HUTCHINS GM. - Thrombotic thrombocytopenic purpura and hemolytic uremic syndrome are distinct pathologic entities: a review of 56 autopsy cases - *Arch Pathol Lab Med* 127:834, 2003
- [40] MOAKE JL, BYRNES JJ. - Thrombotic microangiopathies associated with drugs and bone marrow transplantation - *Hematol Oncol Clin North Am* 10:485, 1996
- [41] ROCK GA, SHUMAK KH, BUSKARD NA, et al. - Comparison of plasma exchange with plasma infusion in the treatment of thrombotic thrombocytopenic purpura - Canadian Apheresis Study Group. *N Engl J Med* 325:393, 1991
- [42] ZEIGLER ZR, SHADDUCK RK, GRYN JF, et al. - Cryoprecipitate poor plasma does not improve early response in primary adult thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) - *J Clin Apheresis* 16:19, 2001
- [43] CHANG JC, KATHULA SK. - Various clinical manifestations in patients with thrombotic microangiopathy - *J Investig Med* 50:201, 2002
- [44] SNYDER HW Jr, MITTELMAN A, Oral A, et al. - Treatment of cancer chemotherapy-associated thrombotic thrombocytopenic purpura/ hemolytic uremic syndrome by protein. A immunoadsorption of plasma - *Cancer* 71:1882, 1993
- [45] ITALA M, REMES K. - Excellent response of refractory life-threatening thrombotic thrombocytopenic purpura to cyclosporine treatment - *Clin Lab Haematol* 26:65, 2004

- [46] ALLFORD SL, HUNT BJ, ROSE R, et al. - Guidelines on the diagnosis and the management of the thrombotic microangiopathic haemolytic anaemias - *Br J Haematol* 120:556, 2003
- [47] AHMAD A, AGGARWAL A, SHARMA D, et al. - Rituximab for treatment of refractory/ relapsing thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) - *Am J hematol* 77:171, 2004
- [48] MALIK IA, KHAN WA, KARIM M, et al. - Feasibility of outpatient management of fever in cancer patients with low-risk neutropenia: results of a prospective randomized trial - *Am J Med* 98:224, 1995
- [49] RUBENSTEIN EB, ROLSTON KV. - Outpatient treatment of febril neutropenic patients with cancer - *Eur J Cancer* 31A:2, 1995
- [50] ROLSTON KV. - New trends in patient management: risk-based therapy for febril patients with neutropenia - *Clin Infect Dis* 29:515, 1999
- [51] MORSTYN GM, Campbell L, Lieschke G, et al. - Treatment of chemotherapy-induced neutropenia by subcutaneously administered granulocyte colony-stimulating factor with optimization of the dose and duration of therapy - *J Clin Oncol* 7:1554, 1989
- [52] GIANNI AM, BREGNI M, SIENA S, et al. - Recombinant human granulocyte-macrophage colony-stimulating factor reduces hematologic toxicity and widens clinical applicability of high-dose cyclophosphamide treatment in breast cancer and non-Hodgkin's lymphoma - *J Clin Oncol* 8:768, 1990
- [53] HOLMES FA, O'SHAUGNESSY JA, VUKELJA S, et al. - Blinded, randomized, multicenter study to evaluate single administration pegfilgrastim once per cycle versus daily filgrastim as an adjunct to chemotherapy in patients with high-risk stage II or stage III/IV breast cancer - *J Clin Oncol* 8:768, 1990
- [54] OZER H, ARMITAGE JO, BENETT CL, et al. - 2000 update of recommendations for the use of hematopoietic colony-stimulating factors: evidence-based, clinical practice guidelines - *J Clin Oncol* 18:3558, 2000

- [55] HUGHES WT, ARMSTRONG D, BODEY GP, et al. - 2002 guidelines for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer - Infectious Disease Society of America. Clin Infect Dis 34:730, 2002
- [56] PIZZO PA. - Fever in immunocompromized patients - N Engl J Med 341:893, 1999
- [57] JONES RN. - Contemporary antimicrobial susceptibility patterns of bacterial pathogens commonly associated with febrile patients with neutropenia - Clin Infect Dis 29:495, 1999
- [58] VISCOLI C. - The evolution of the empirical management of fever and neutropenia in cancer patients - J Antimicrob Chemoter 41(suppl D): 65, 1998
- [59] RAMPHAL R. - Is monotherapy for febrile neutropenia still a viable alternative? - Clin Infect Dis 29:508, 1999
- [60] Fever and Neutropenia, Version 1.2004. National Comprehensive Cancer Network Clinical Practices Guidelines in Oncology. National comprehensive Cancer Network, November 1, 2004 http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/fever.pdf
- [61] FELD R. - Criteria for response in patients in clinical trials of empiric antibiotic regimens for febrile neutropenia: is there agreement? - Support Care Cancer 6:444, 1998
- [62] FREIFELD A, MARCHIGIANI D, WALSH T, et al. - A double-blind comparison of empirical oral and intravenous antibiotic therapy for low-risk febrile patients with neutropenia during cancer chemotherapy - N Engl J Med 341/305, 1999
- [63] KERN WV, COMETTA A, DE BOCK R, et al. - Oral versus intravenous empirical antimicrobial therapy for fever in patients with granulocytopenia who are receiving cancer chemotherapy - International Antimicrobial Therapy Cooperative Group of the European organization for Research and Treatment of Cancer. N Engl J Med 341:312, 1999
- [64] HUGHES WT, ARMSTRONG D, BODEY GP, et al. - Guidelines for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with unexplained fever - J Infect Dis 161:381, 1990
- [65] CAGNONI PJ, WALSH TJ, PRENDERGAST MM, et al. - Pharmacoeconomic analysis of liposomal amphotericin B versus conventional amphotericin B in the empirical treatment of persistently febrile neutropenic patients - J Clin Oncol 18:2476, 2000

- [66] MAYORDOMO JI, RIVERA F, DIAZ-PUENTE MT, et al. - Improving treatment of chemotherapy-induced neutropenic fever by administration of colony-stimulating factors - J Natl Cancer Inst 87:803, 1995
- [67] RAVAUD A, CHEVREAU C, CANY L, et al. - Granulocyte-macrophage colony-stimulating factor in patient with neutropenic fever is potent after low-risk but not after high-risk neutropenic chemotherapy regimens: results of a randomized phase III trial - J Clin Oncol 16:2930, 1998
- [68] GARCIA-CARBONERO R, MAYORDOMO JI, TORNAMIRA MV, et al. - Granulocyte colony-stimulating factor in the treatment of high-risk febrile neutropenia: a multicenter randomized trial - J Natl Cancer Inst 93:31, 2001
- [69] CLARK OA, LYMAN G, CASTRO AA, et al. - Colony stimulating factors for chemotherapy induced febrile neutropenia - Cochrane Database Syst Rev (3):CD003039, 2003
- [70] BRIGDEN ML, PATTULLO AL. - Prevention and management of overwhelming post-splenectomy infection-an update - Crit Care Med 27:836, 1999
- [71] THERIAULT RL. - Hypercalcemia of malignancy: pathophysiology and implications for treatment - Oncology 7:47, 1993
- [72] WALLS J, BUNDRED N, HOWEL A. - Hypercalcemia and bone resorption in malignancy - Clin Orthop (312):51, 1995
- [73] ODELL WD. - Endocrine/metabolic syndromes of cancer - Semin Oncol 24:299, 1997
- [74] BARRI YM, KNOCHEL JP. - Hypercalcemia and electrolytes disturbance in malignancy - Hematol Oncol Clin North Am 10:775, 1996
- [75] LING PJ, A'HERN RP, HARDY JR. - Analysis of survival following treatment of tumour-induced hypercalcemia with intravenous pamidronate (ADP) - BR J Cancer 72:206, 1995
- [76] STEWART AF: Clinical Practice. - Hypercalcemia associated with cancer - N Engl J Med 352:373, 2005

- [77] MAJOR P, LORTHOLARY A, HON J, et al. - Zoledronic acid is superior to pamidronate in the treatment of hypercalcemia of malignancy: a pooled analysis of two randomized, controlled clinical trials - *J Clin Oncol* 19:958, 2001
- [78] NAVOLANIC PM, PUI CH, LARSON RA, et al. - Elitek-rasburicase: an effective means to prevent and treat hyperuricemia associated with tumor lysis syndrome, a Meeting Report - Dallas, Texas, January 2002. *Leukemia* 17:499, 2003
- [79] PUI CH, MAHMOUD HH, WILEY JM, et al. - Recombinant urate oxidase for the prophylaxis or treatment of hyperuricemia in patients with leukemia or lymphoma. *J Clin Oncol* 19:697, 2001
- [80] COIFFIER B, MOUNIER N, BOLOGNA S, et al. - Efficacy and safety of rasburicase (recombinante urase oxidase) for the prevention and treatment of hyperuricemia during induction chemotherapy of aggressive non Hodgkin's lymphoma: results of the GRAALI (Groupe d'Etude des Lymphomes de l'Adulte Trial on Rasburicase Activity in Adult Lymphoma) study - *Cancer* 98:1048, 2003
- [81] BOSLY A, SONET A, PINKERTON CR, et al. - Rasburicases (recombinante urate oxydase) for the management of hyperuricemia in patients with cancer: report on an international compassionate use study - *Cancer* 98:1048, 2003
- [82] WEN PY, LOEFFLER JS. - Brain metastases - *Curr Treat Options Oncol* 1:447, 2000
- [83] VECHT CJ. - Clinical management of brain metastasis - *J Neurol* 245:127, 1998
- [84] MICALI G, LINTHICUM K, HAN N, et al. - Increased risk of erythema multiforme major with combination anticonvulsivant and radiation therapies - *Pharmacotherapy* 19:223, 1999
- [85] PATCHELL RA, TIBBS PA, WALSH JW, et al. - A randomized trial of surgery in the treatment of single metastases to the brain - *N Engl J Med* 322:494, 1990
- [86] VECHT CJ, HAAXMA-REICHE H, NOORDIJK EM, et al. - Treatment of single brain metastasis: radiotherapy alone or combined with neurosurgery - *Ann Neurol* 33:583, 1993
- [87] BOYD TS, MEHTA MP. - Stereotactic radiosurgery for brain metastases - *Oncology (Huntingt)* 13:1397, 1999

- [88] SNEED PK, LAMBORN KR, FORSTERN JM, et al. - Radiosurgery for brain metastases: is whole brain radiotherapy necessary? - *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 43:549, 1999
- [89] REGINE WF, HUHJL JL, PATCHELL RA, et al. - Risk of symptomatic brain tumor recurrence and neurologic deficit after radiosurgery alone in patients with newly diagnosed brain metastases: results and implications - *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 52:333, 2002
- [90] SCHEATA MK, YOUNG B, REID EB, et al. - Stereotactic radiosurgery of 468 brain metastases ≤ 2 cm: implications for SRS dose and whole brain radiation therapy - *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 59:87, 2004
- [91] PETROVICH Z, YU C, GIANNOTTA SL, et al. - Survival and pattern of failure in brain metastasis treated with stereotactic gamma knife radiosurgery - *J Neurosurg* 97:499, 2002
- [92] ANDREWS DW, SCOTT CB, SPERDUTTO PW, et al. - Whole brain radiation therapy with or without stereotactic radiosurgery boost for patient with one to three brain metastases: phase III results of the RTOG 9508 randomised trial - *Lancet* 363:1665, 2004
- [93] BYRNE TN. - Spinal cord compression from epidural metastases - *N Engl J Med* 327:614, 1992
- [94] HUSBAND DJ. - Malignant spinal cord compression: prospective study of delays in referral and treatment - *BMJ* 317:318, 1998
- [95] SOLBERG A, Brennes RM. - Metastatic spinal cord compression: diagnostic delay, treatment and outcome - *Anticancer Res* 19:677, 1999
- [96] KOVNER F, SPIEGEL S, RIDER I, et al. - Radiation therapy of metastatic spinal cord compression - Multidisciplinary team diagnosis and treatment. *J Neurooncol* 42:85, 1999
- [97] HELWEG-LARSEN S, SORENSEN PS, KREINER S. - Prognostic factors in metastatic spinal cord compression: a prospective study using multivariate analysis of variables influencing survival and gait function in 153 patients - *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 46:1163, 2000
- [98] RADES D, HEIDENREICH F, KARSTENS JH. - Final results of prospective study of the prognostic value of the time to develop motor deficits before irradiation in metastatic spinal cord compression - *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 53:975, 2002

- [99] LOBLAW DA, LAPERIERRE NJ. - Emergency treatment of malignant extradural spinal cord compression: an evidence-based guideline - *J Clin Oncol* 16:1613, 1998
- [100] PATCHELL RA, TIBBS WF, REGINE WF, et al. - A randomized trial of direct decompressive surgical resection in the treatment of spinal cord compression caused by metastasis - *Proc Am Soc Clin Oncol* 22:1, 2003, Abstract 2
- [101] HOSKIN PJ, GROVER A, BHANA R. - Metastatic spinal cord compression: radiotherapy outcome and dose fractionation - *Radiother Oncol* 68:175, 2003
- [102] RADES D, FEHLAUER F, HARTMANN A, et al. - Reducing the overall treatment time for radiotherapy of metastatic spinal cord compression (MSCC): 3-year results of a prospective observational multi-center study - *J Neurooncol* 70:77, 2004
- [103] SUNDARESAN N, SACHDEV VP, HOLLAND JF, et al. - Surgical treatment of spinal cord compression from epidural metastasis - *J Clin Oncol* 13:2330, 1995
- [104] WOLFGANG G, MARCUS D, ULRIKE S: LC. - Clinical syndrome in different primaries - *J Neurooncol* 38:103, 1998
- [105] CHAMBERLAIN MC. - Leptomeningeal metastases: a review of evaluation and treatment - *J Neurooncol* 37:271, 1998
- [106] DEANGELIS LM. - Current diagnosis and treatment of leptomeningeal metastasis - *J Neurooncol* 38:245, 1998
- [107] HERRLINGER U, FORSCHLER H, KUKER W, et al. - Leptomeningeal metastasis: survival and prognostic factors in 155 patients - *J Neuro Sci* 223:167, 2004
- [108] CHAMBERLAIN MC, KORMANIK PA, BARBA D. - Complications associated with intraventricular chemotherapy in patients with leptomeningeal metastases - *J Neurosurg* 87:694, 1997
- [109] CARLSON RW. - Palliation of lung cancer: Part I: Thoracic complications and pain control - *Primary care and cancer*, April 1987
- [110] GILBERT RW, KIM JH, POSNER JB. - Epidural spinal cord compression from metastatic tumor: diagnosis and treatment - *Ann Neurol* 3:40, 1978

- [111] CARLSON RW. - Oncologic Emergencies - Oncology: XII. ACP medicine online, 2002
- [112] BAILAR JC, SMITH EM. - Progress against cancer? - N Engl J Med 314:1226-32, 1986
- [113] BOYD JB, BRADFORD B, WATNE AL. - Operative risk factors of colon resection in the elderly - Ann Surg 192:743-746, 1980
- [114] CADMEN EC, BERTINO EA, LUNDBERG WB. - Hyperphosphatemia and hypocalcemia accompanying rapid cell lysis with Burkitt's lymphoma and Burkitt cell leukemia - Am J Med 62:283-290, 1977
- [115] COHEN HJ. - Effect of age on response to treatment and survival in multiple myeloma - J Am Geriatr Soc 31:272-277, 1983
- [116] CORNBLEET M, BONDY PK, POWELS TJ. - Fatal irreversible hypercalcemia in breast cancer - Br Med Journal 1:145-149, 1977
- [117] DEDOMBAL FT, MATHARU SS, STUNILAND JR, et al. - Presentation of cancer to hospital as "acute abdominal pain" - Br Surg 69:413-416, 1980
- [118] DREW M, DICKSON RB. - Osseous complication of malignancy - In Lohick J (ed): Clinical Cancer Management. Boston, GR Hall, 1980, p 18
- [119] DUARTE CG, WINNACKER JI, BECKER KL, et al. - Thiazide-induced hypercalcemia - N Engl J Med 284:828-830, 1971
- [120] GILBERT RW, KIM JH, POSNER JB. - Epidural spinal cord compression from metastatic tumor: Diagnosis and treatment - Ann Neurol 3:40-51, 1978
- [121] GRAUS F, ROGERS LR, POSNER JB. - Cerebrovascular complications in patient with cancer - Medicine (Baltimore) 64:16-35, 1985
- [122] GREENBURG HS, KIM JH, POSNER JB. - Epidural spinal cord compression from metastatic tumor: Results with a new treatment protocol - Ann Neurol 8:361-366, 1980
- [123] LENTZ R, BROWN D, KJELLSTRAND C. - Treatment of severe hypophosphatemia - Ann Intern Med 89:941-944, 1978
- [124] MAUCH PM, DREW MA. - Treatment of metastatic cancer to bone - Cancer: Principles and Practice of Oncology. Philadelphia, JB Lippincott, 1985, pp 2132-2142
- [125] MC KEE LC, COLLINS RD. - Intravascular leukocyte thrombi and aggregates as a cause of morbidity and mortality in leukemia - Medicine (Baltimore) 53:463-478, 1974
- [126] MUGGIA FM, HEIMANN HO. - Hypercalcemia associated with neoplastic disease - Ann Intern Med 73:281-290, 1970

- [127] MULLINS GM, FLYNN MB, EL-MAHDI AM, et al. - Malignant lymphoma of the spinal epidural space - *Ann Intern Med* 74:416-423, 1971
- [128] NIARCHOS AP. - Electrical alternans in cardiac tamponade - *Thorax* 30:228-223, 1975
- [129] PERZ CA, PRESANT CA, VAN AMBURG AL. - Management of superior vena syndrome - *Semin Oncol* 5:123-134, 1978
- [130] PETERSON BA. - Acute non-lymphocytic leukemia in the elderly: Biology and treatment in adult leukemia - The Hague, Martinus Nijhoff, 1982, pp 199-235
- [131] PONTOPPIDIN H, ABBOTT W, BREWSTER D, et al. - Optimum care for hopelessly ill patients: Report of the Clinical Care Committee of the Massachusetts General Hospital - *N Engl J Med* 295:362, 1976
- [132] PORIES WJ, GAUDIANI VA. - Cardiac tamponade - *Surg Clin North Am* 55:573-589, 1975
- [133] SAFAR P. - Pathophysiology of acute central nervous system failure - In Schwartz GR, Safar P, Stone JH, et al: *Principles and Practice of Emergency Medicine*. Philadelphia, WB Saunders, 1986
- [134] SPODICK DH. - Acute cardiac tamponade. Pathologic physiology, diagnosis, and management - *Prog Cardiovasc Dis* 10:64-96, 1967
- [135] TORMA T. - Malignant tumors of the spine and spinal extradural space: A study based on 250 histologically verified cases - *Acta Chir Scand [Suppl]* 225:1-138, 1957
- [136] TURNBULL AD. - Life threatening complications in the cancer patient - *Curr Prob Cancer* 5:5-69, 1979
- [137] USHIO Y, POSNER R, KIM JH, et al. - Treatment of experimental spinal cord compression caused by extradural neoplasms, - *J Neurosurg* 47: 380-390, 1977
- [138] WILD WO, PORTER RW. - Metastatic epidural tumor of the spine: A study of 45 cases - *Arch Surg* 87:137-142, 1963
- [139] WILSON D, STEWART A, SZWED J, et al. - Cardiac arrest due to hyperkalemia following therapy for acute lymphoblastic leukemia - *Cancer* 39:2290-2293, 1977
- [140] WRIGHT RL. - Malignant tumors of the spinal extradural space: Results of surgical treatment - *Ann Surg* 157: 227-231, 1963
- [141] YARBORO JW, BORNSTEIN RS. - *Oncologic Emergencies* - New York, Grune and Stratton, 1981
- [142] YARBORO JW, BORNSTEIN RS, MASTRANGELO MJ (eds). - *Oncologic Emergencies* - *Semin Oncol* V: 123-231, 1978

- [143] ZUSMAN J, BROWN BM, NESBIT ME. - Hyperphosphatemia, hyperphosphaturia, and hypocalcemia in acute lymphoblastic leukemia - *N Engl J Med* 289: 1135-1340, 1973
- [144] MC CAHREN SS, SILBERMANN HR. - Approach to oncologic Emergencies in the Elderly - *Clin Geriatr Med* 3(3):575-586, 1987
- [145] LEVERGER G, SOMMELET D. - Groupe français d'études des cancers et des leucémies de l'enfant(GFECLE). Les urgences en hématologie-oncologie pédiatrique - *arch fr pédiatr* 1999 ; 6 suppl 2 :459-60.
- [146] SADOWITZ PD, AMANULLAH S, SOUID AK. - Hematologic emergencies in the pediatric emergency room - *Emerg Med Clin North Am* 2002; 20(1):177-98.
- [147] SOMMELET D. - La cancérologie pédiatrique française : organisation actuelle et prospective - *Ann Pédiatr* 1998 ; 45 :185-91.
- [148] KELLY KM, LANGE B. - Oncology emergencies - *Pediatr Clin N Am* 1997; 44:809-30.
- [149] LEVERGER G, TOURANI JM, SCHAISON G. - Leucémies aiguës hyperleucocytaires (> 100000 leucocytes/mm³). Perturbations métaboliques lors du traitement d'induction - Etudes, prévention et traitement. *Arch Fr Pédiatr* 1985; 42 : 295-9.
- [150] BLEYER WA. - What can be learned about childhood cancer from "Cancer statistics review 1973-1988" - *Cancer* 1993; 71: 3229-36.
- [151] KENNEDY GA, SOUID AK, NEWMAN N, et al. - Newborn hemogram: The reference ranges for complete blood counts and differential - *Intl J Pediatr Hematol Oncol* 6:1, 1999
- [152] MATOTH Y, ZAIZOZ R, VARSANO I. - Post natal changes in some red cell parameters - *Acta Pediatr* 60:317, 1971
- [153] SOUID AK, REINERS CH, NEWMAN N, et al. - Newborn hemogram: The reference range by age, gender and race - *Intl J Pediatr Hematol Oncol* 1:611, 1994
- [154] STOCKMAN JA, OSKI FA. - RBC values in low birthweight infants during the first seven weeks of life - *Am J Dis Child* 134:134, 1980
- [155] MANROE RL, WEINBERG AG, ROSENFELD CR, et al. - The neonatal blood count in health and disease, I. Reference values for neutrophilic cells - *J Pediatr* 95:89, 1979

[156] SHAPER AG, LWEN P. - Genetic neutropenia in people of African origin - Lancet 2:1023, 1971

[157] SOUID AK, KENNEDY G. - The congenital neutropenic disorders - Intl J Pediatr Hematol Oncol 3:367, 1996

[158] SOUID AK, KENNEDY G. - Physiology of neutrophil development - Intl J Pediatr Hematol Oncol 3:375, 1996

[159] MAYNADIE IPEAU A. - Fin de vie à l'hôpital: le vécu des proches et des médecins de familles - Thèse de doctorat de médecine, LIMOGES, 2007

[160] Réseau ONCOLOR. - Guide pratique du cancer en Lorraine - janvier 2007. Disponible sur le site : www.oncolor.org (page consultée le 8 octobre 2007)

[161] CARPENTIER J.P. - Soins infirmiers aux urgences et en réanimation, Transfusion sanguine - Ed. Masson, coll. Nouveaux cahiers de l'infirmier, Paris, 2002

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins, sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères.

Conscient de mes responsabilités envers mes patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples ;

Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 3142

UNIVERSITÉ DE LA ROCHELLE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME

Sujet : Les hémopathies malignes sont source de complications nécessitant parfois le recours aux urgences.

Objectifs et méthodes : Cette étude s'intéresse aux motifs d'admission aux urgences des patients atteints d'hémopathies. Il s'agit d'une analyse rétrospective des dossiers de 174 patients atteints d'hémopathies malignes, admis aux urgences du CHRU de Limoges au cours des années 2005-2006.

Résultats : Les patients âgés de 69 ans en moyenne, sexe ratio : 1,04, origine géographique: région 82%, hors région 18%. Les hémopathies sont myéloïdes 49%, lymphoïdes 47%, en phase palliative 47%, curative 26%, rechute 9%, ND 18%. 75% des patients sont adressés par un médecin, dont 86% par le médecin traitant. Les 3 motifs principaux d'admission sont: complications d'aplasie 40% (30% infections, 10% syndrome hémorragique), 32% symptômes non hématologiques, 28% anomalies biologiques. Signes de gravité : anémie 88% (53% <6g/dl), neutropénie 47% <1G/l (35%<0,5G/l), thrombopénie 71%<50 G/L (29%< 20G/L). 91% des patients sont hospitalisés, 9% retour à domicile. Ne sont pas des facteurs prédictifs d'une hospitalisation directe en hématologie: la phase palliative ou curative, les signes de gravité biologique. Les patients de 65ans et plus, sont moins hospitalisés directement vers le service d'Hématologie (p=0,017) ce qui conduit à développer des structures d'hématogériatrie spécifiques.

Conclusions : Les urgences demeurent une structure d'assistance médicale indispensable. L'action commune des médecins traitants et des hématologues est indispensable pour réduire les admissions aux urgences. La rédaction d'un guide du médecin de famille face aux hémopathies sera la continuité de ce travail.

TITLE: ANALYTICAL AND RETROSPECTIVE STUDY OF THE MOTIVES FOR ADMITTANCE IN THE LIMOGES UNIVERSITY HOSPITAL'S EMERGENCY DEPARTMENT OF THE PATIENTS REACHED BY HEMOPATHIES.

ABSTRACT

Background: The malignant hemopathies are source of complications which sometimes require the appeal to the emergency departments (ED).

Objectives and Methods: Our study analyses the motives for admittance to the ED of patients reached by hemopathies. It consists in a retrospective analysis of the 174 files of patients reached by malignant hemopathies, admitted to the CHRU of Limoges's ED during the years 2005 and 2006.

Results: Patient's median age: 69 years old, sex ratio: 1, 04; geographic origin: Limousin area 82%, outside this region 18%. The hemopathies are: myeloid 49%, lymphoid 47%, palliative care 47%, curative care 26%, relapse 9%. ND 18%. 75% of patients are sent by a physician, which 86% by the general practitioner. The 3 main admissions motives are: aplasia's complications (40%), infections (30%), hemorrhagic syndrom (10%), non-haematological symptoms (32%), biological abnormalities (28%). Signs of gravity: anemia 88% (53% <6g/dl), neutropenia 47% <1G/l (35 %< 0,5G/l), trombopenia 71%< 50 G/L (29%< 20G/L). 91% of the patients admitted are hospitalised, 9% came back home. Are not predictive factors of a direct access to an hospitalisation in hematology: palliative or curative care, signs of biological severity. 65 years old patients and more are less hospitalized directly to the clinical hematology department (p=0,017) which lead to develop specific hematogeriatric structures.

Conclusions: Emergency hospital department remains the structure of indispensable urgent medical care. GP's involvement with hematologists is indispensable to reduce patient's admissions from the ED. The writing of a therapeutic guidebook for GP will be the next step to continue this work.

Médecine générale- Doctorat en Médecine

MOTS-CLEFS Urgences, hémopathies, motifs, hospitalisations, complications, médecin généraliste

Key-words: Emergencies, hemopathies, motives, hospitalizations, complications, generalist practitioner

UFR de Médecine - Faculté de Médecine de Limoges --2 rue du Docteur MARCLAND-- 87025 LIMOGES cedex.