

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 22 novembre 2013 à Poitiers
par **Mademoiselle Laura THESILLAT**

ETAT DES LIEUX DES PATIENTS CANCEREUX ADMIS AUX URGENCES DU CHU DE POITIERS

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Jean-Marc TOURANI

Membres : Monsieur le Professeur Bertrand DEBAENE
Madame le Docteur Virginie MIGEOT
Madame le Docteur Brigitte DREYFUS

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Yves LARDEUR



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncérologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (**surnombre**)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre**)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncérologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**de septembre à décembre**)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**surnombre**)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncérologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

**Maitres de Conférences des Universités-Praticiens
Hospitaliers**

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

**Maitre de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant
en médecine**

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Marc TOURANI, d'avoir bien voulu présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir, Monsieur le Professeur, l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Bertrand DEBAENE, d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Virginie MIGEOT, d'avoir acceptée d'être membre de ce jury. Je vous suis reconnaissante pour l'aide que vous m'avez apporté pour l'analyse statistique de cette étude. Veuillez accepter l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Brigitte DREYFUS, d'avoir acceptée d'être membre de ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Jean-Yves LARDEUR, d'avoir dirigé ce travail de thèse. Ce fut un plaisir pour moi de travailler avec toi, tant sur ce projet d'étude qu'au cours du stage dans le service des urgences.

A Monsieur le Docteur Etienne QUOIRIN et Monsieur le Docteur Youcef GUECHI pour votre aide dans ce travail.

REMERCIEMENTS

A mes parents, qui m'ont toujours poussée et soutenue dans mes choix.

A Grégoire, merci de m'avoir aidée jusqu'au bout pour ce travail de rédaction et merci pour tous les moments de bonheur que tu m'as apporté depuis que je t'ai rencontré.

A tous mes amis qui m'ont suivis au cours de mes études :

Claire, merci de m'avoir soutenue depuis le début de nos études

Caroline, Audrey, Marion, Bertrand, Franck, François, Julien et tous mes amis de Limoges

Sandy, Tiphaine, Carolyne, Tomasz, Julien et tous mes co-internes du Poitou-Charentes

Manon, Aurélie, Joanna, Pierrick, Anesly, Hugo, Vincent, Roderick, un grand merci pour votre participation à cette thèse et merci pour tous les moments partagés durant le stage aux urgences

A tous les médecins du service des Urgences du CHU de Poitiers, merci pour votre participation et merci pour votre enseignement

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	10
2. MATERIELS ET METHODES	12
2.1. Environnement de l'étude	12
2.2. Population d'étude.....	12
2.2.1. Critère d'inclusion	12
2.2.2. Critères de non-inclusion	12
2.3. Critères de jugement	13
2.3.1. Critère de jugement principal	13
2.3.2. Critères de jugements secondaires	13
2.4. Déroulement de l'étude	13
2.5. Analyse statistique	14
3. RESULTATS	15
3.1. Population d'étude.....	15
3.2. Caractéristiques des admissions.....	15
3.3. Etat de la maladie des patients inclus	17
3.4. Motifs d'admission	18
3.5. Prise en charge et orientation des patients	19
4. DISCUSSION.....	22
4.1. Analyse des résultats	22
4.1.1. Population admise aux urgences.....	22
4.1.2. Avant les urgences	23
4.1.3. Prise en charge aux urgences	25
4.1.4. Circuits du patient hospitalisé et devenir	27
4.2. Forces et limites de l'étude.....	28
4.2.1. Les forces de l'étude.....	28
4.2.2. Les limites de l'étude	28

4.3. Perspectives d'avenir	29
4.3.1. Développer les soins de support, encourager l'HAD	29
4.3.2. Formations des médecins généralistes	29
4.3.3. Promouvoir le système de régulation téléphonique et augmenter les lits de régulation du PRC.....	30
4.3.4. Le problème du statut de la maladie et du dossier médical : un dossier mobile type classeur HAD	31
4.3.5. Améliorer la prise en charge aux urgences	32
4.3.6. Une équipe mobile d'oncologie ?.....	32
4.3.7. Augmenter les lits du PRC.....	32
5. CONCLUSION.....	33
LISTE DES ABREVIATIONS.....	34
BIBLIOGRAPHIE.....	35
ANNEXE.....	38
RESUME.....	41
SERMENT.....	42

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition en fonction de l'âge.....	15
Tableau 2 : Horaires d'admission aux urgences.....	15
Tableau 3 : Distance hôpital – domicile.....	16
Tableau 4 : Praticiens orientant le patient aux urgences.....	16
Tableau 5 : Tumeurs primitives.....	17
Tableau 6 : Traitements.....	17
Tableau 7 : Motifs d'entrée aux urgences.....	18
Tableau 8 : Indications d'hospitalisation.....	19

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme descriptif du circuit du patient hospitalisé.....	20
------------------------------------------------------------------------	----

1. INTRODUCTION

En 2012, 355 350 nouveaux cas de cancer (200 350 hommes et 155 004 femmes) ont été estimés [1]. Depuis 1980, l'incidence des cancers augmente alors que la mortalité diminue, du fait du vieillissement de la population, de l'augmentation de la fréquence de certaines néoplasies, de l'amélioration du dépistage et du développement de nouveaux traitements. En parallèle, le nombre de consultations aux urgences est en hausse et la possibilité d'accueil dans les services d'Oncologie est en baisse [2,3]. Par conséquent, le nombre de patients suivis pour un cancer, consultants au Service d'Accueil des Urgences (SAU) est en augmentation.

Les patients cancéreux représentent une population particulière avec une pathologie chronique et des traitements lourds, nécessitant des besoins spécifiques. La prise en charge de ces patients peut se révéler difficile pour un urgentiste. Ce sont des patients complexes avec un état général fragile qui peut décompenser rapidement. Le statut de la maladie est aussi problématique. Souvent l'urgentiste n'a pas de référence sur l'état antérieur du patient comme sur le caractère curatif ou palliatif de la maladie, alors qu'il doit prendre des décisions rapidement.

Il existe, au sein du Pôle Régional de Cancérologie (PRC) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers, trois lits de régulation ouverts de 10 heures à 18 heures, et une ligne téléphonique disponible de 9 heures à 17 heures, réservée aux professionnels de santé. Suivant les demandes, l'oncologue peut proposer soit une hospitalisation sur ces lits de régulation, soit un passage par les urgences ou un conseil téléphonique. Les patients peuvent donc être vus en consultation dans un service adapté, puis hospitalisés si leur état le nécessite.

Malgré ces différentes problématiques, le service d'accueil des urgences reste le lieu de premier recours de consultations de ces patients. Ce service est-il l'endroit le mieux adapté pour leur prise en charge ? Les équipes des urgences sont-elles bien formées pour accueillir cette population ? Les lits de régulation du PRC semblent représenter la meilleure solution pour ces patients. Faut-il développer ce service ?

Afin d'apporter des réponses à ces questions, nous avons réalisé une étude pour faire l'état des lieux. Ce travail s'inscrit dans un projet d'établissement de réflexion sur la prise en charge du patient cancéreux admis dans le service des urgences du CHU de Poitiers.

L'objectif principal de cette étude était de décrire le profil des patients admis aux urgences adultes du CHU de Poitiers, pour un motif en rapport avec une pathologie néoplasique, suivie au PRC.

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- évaluer la prise en charge aux urgences de ces patients
- décrire le parcours du patient après la consultation aux urgences

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Environnement de l'étude

Le service des Urgences du CHU de Poitiers accueille environ 41.000 personnes chaque année. Il reçoit en moyenne 110 passages par jour avec un recrutement général (urgences médicales et chirurgicales), hormis la gynécologie et la pédiatrie (âge inférieur à 183 mois). L'équipe médicale se compose de 22 médecins séniors et de 11 internes. L'équipe paramédicale comporte 39 infirmiers diplômés d'état et 30 aides-soignants. Il est constitué de 17 salles de consultations, de 4 box représentant la Salle d'Accueil des Urgences Vitales, et de 16 lits d'hospitalisations de courte durée (UHCD). Par ailleurs, 4 salles de consultations sont disponibles pour une filière courte.

L'étude a été réalisée en partenariat avec le PRC.

Le service de Santé Publique de la Faculté de Médecine de Poitiers a également été sollicité pour l'aide méthodologique et statistique de l'étude.

2.2. Population d'étude

2.2.1. Critère d'inclusion

Etaient inclus tous les patients âgés de plus de 18 ans, atteints d'une néoplasie (cancer solide ou hémopathie), en cours de traitement ou de suivi au PRC, se présentant aux urgences adultes du CHU de Poitiers pour un motif en rapport avec cette pathologie néoplasique.

2.2.2. Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion étaient les suivants :

- Cancers en rémission, sans surveillance oncologique ou hématologique.
- Patients pris en charge uniquement par l'unité médico-psychologique.

2.3. Critères de jugement

2.3.1. Critère de jugement principal

Caractéristiques des patients selon les critères suivants : âge, sexe, provenance, pathologie néoplasique primitive, stade de leur maladie, présence de métastases, traitements en cours, motifs d'admissions.

2.3.2. Critères de jugements secondaires

Ils étaient définis ainsi :

- délai de prise en charge aux urgences.
- hospitalisation adaptée ou non adaptée

Nous avons considéré que l'hospitalisation était adaptée quand le patient était admis au PRC, dans l'unité de Soins Palliatifs (USP), dans le service où il était habituellement suivi ou dans un service spécialisé en rapport avec l'état aigu. Une hospitalisation en UHCD de moins de 48 heures, ou en Unité de Post-Urgences (UPU) de moins de 5 jours quelque soit l'orientation définitive était également adaptée.

2.4. Déroulement de l'étude

Une étude unicentrique prospective observationnelle, a été réalisée dans le service des Urgences adultes du CHU de Poitiers.

L'inclusion des patients était décidée par le médecin responsable du malade. Un questionnaire informatisé (Annexe) était alors rempli, au moment de la consultation, par le médecin ou l'interne. Les données suivantes étaient recueillies : identité (âge, sexe, adresse), provenance du patient, temps passé aux urgences, motifs d'admissions, état de la maladie et orientation à l'issue de la prise en charge aux urgences.

Afin d'obtenir un taux d'exhaustivité maximal, une procédure d'inclusion a posteriori a été mise en place. Une recherche était effectuée à partir du résumé de passage aux urgences. Tous les patients admis aux urgences et dont on retrouvait un courrier de suivi du PRC de moins d'un an étaient alors inclus. Les données manquantes étaient recueillies de façon rétrospective, en consultant le dossier médical informatique.

2.5. Analyse statistique

Une pré-étude a été réalisée. Elle mettait en évidence une incidence de 3 patients répondant aux critères d'inclusion par jour. Pour l'analyse statique, nous avons estimé qu'une population d'étude de 150 patients était suffisante. Ainsi, la durée d'étude envisagée initialement était de 2 mois.

Les données étaient recueillies informatiquement via le progiciel ResUrgence[®], puis compulsées en un fichier Excel[®].

L'exploitation statistique des résultats a été réalisée avec le logiciel Excel[®].

3. RESULTATS

3.1. Population d'étude

Entre le lundi 4 février et le dimanche 31 mars 2013, 148 patients étaient inclus, soit 2,2% du total des entrées aux urgences pour la même période (6589 admissions). La moyenne d'âge était de 67 ans (écart-type 13 ans). Le plus jeune avait 21 ans, le plus âgé avait 98 ans. La population d'étude comprenait 92 hommes pour 56 femmes (sex-ratio 1,6).

Le tableau 1 indique la répartition des patients en fonction des catégories d'âge.

Tableau 1 : Répartition en fonction de l'âge

Age (années)	n	%
< 50	16	10,8
50-60	30	20,3
60-70	48	32,4
70-80	34	23,0
> 80	20	13,5

3.2. Caractéristiques des admissions

Le tableau 2 montre la répartition des patients en fonction du moment de leur admission.

Tableau 2 : Horaires d'admission aux urgences

Horaires d'admission	n	%
Journée (du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30)	78	52,7
Nuit (du lundi au jeudi de 18h30 à 8h30)	30	20,3
Week-end (du vendredi 18h30 au lundi 8h30)	40	27,0

Le tableau 3 indique la répartition des patients en fonction de la distance de leur logement par rapport au CHU.

Tableau 3 : Distance hôpital - domicile

Distance CHU-Domicile	n	%
≤ 15 km	65	43,9
15 – 40 km	42	28,4
40 – 80 km	34	23,0
> 80 km	7	4,7

139 patients (93,9%) provenaient de leur domicile. 2 patients venaient d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), 2 de foyers logements, et 1 d'un Institut médico-éducatif (IME). 4 patients provenaient d'un autre hôpital.

Le tableau 4 représente la répartition des malades selon la fonction du praticien qui a décidé de l'orientation vers le SAU.

Tableau 4 : Praticiens orientant le patient aux urgences

Adressé par :	n	%
Médecin traitant	56	37,8
Médecin du 15	30	20,3
Oncologue ou Hématologue référent	7	4,7
Médecin hospitalier	10	6,8
Non adressé	33	22,3
Ne sait pas	12	8,1

Pour 11 patients, le médecin traitant avait appelé le service du PRC, et un patient avait appelé le PRC avant de venir consulter. Pour les 136 autres malades (91,9%), le service référent n'était pas au courant de leur admission.

Trente deux patients (21,6%) avaient déjà consultés aux urgences le mois précédent leur inclusion.

3.3. Etat de la maladie des patients inclus

Le tableau 5 montrait la répartition des malades en fonction de leur néoplasie.

Tableau 5 : Tumeurs primitives

Type de tumeur primitive	n	%
Tumeurs urologiques	22	14,8
Tumeurs gynécologiques	19	12,8
Tumeurs digestives	47	31,8
Tumeurs broncho-pulmonaires	23	15,5
Hémopathies	21	14,2
Tumeurs ORL	12	8,1
Tumeurs dermatologiques	1	0,7
Tumeurs cérébrales	1	0,7
Tumeurs des os et des tissus mous	1	0,7
Primitif inconnu	1	0,7

Le tableau 6 montrait les différents traitements dont bénéficiaient les patients au moment de leur inclusion

Tableau 6 : Traitements

Traitements	n	%
Chimiothérapie	77	52,0
Radiothérapie	10	6,8
Hormonothérapie	7	4,7
Essai thérapeutique	1	0,7
Surveillance	40	27,0
Abstention thérapeutique	13	8,8

Parmi les malades, 77 (52%) avaient une maladie métastatique connue.

Cent vingt six patients (85,1%) étaient au stade curatif. Le stade palliatif était avéré pour 18 patients (12,2%). La connaissance du stade palliatif était faite par courrier pour quinze patients, par téléphone à l'oncologue ou hématologue référent pour un patient, par la famille pour deux patients. Pour 4 patients, le stade évolutif n'était pas connu.

3.4. Motifs d'admission

Cent onze patients (75,0%) étaient admis pour un motif en rapport avec leur pathologie propre et trente sept patients (25,0%) pour un motif en rapport avec le traitement de cette pathologie (effets secondaires, etc.).

Le tableau 7 montrait la répartition des patients en fonction de leur(s) motif(s) d'admission.

Tableau 7 : Motifs d'entrée aux urgences

Motifs d'entrée	n	%
Asthénie, AEG	26	17,6
Douleur	8	5,4
Hyperthermie	30	20,3
Symptômes neurologiques	13	8,8
Symptômes cardio-vasculaires	5	3,4
Symptômes respiratoires	38	25,7
Symptômes ORL	4	2,7
Symptômes digestifs	30	20,3
Symptômes urologiques	4	6,1
Symptômes ostéo-articulaires	6	4,1
Symptômes cutanés	7	4,7
Anémie	12	8,1
Neutropénie	7	4,7
Thrombopénie	2	1,4

3.5. Prise en charge et orientation des patients

Le délai de prise en charge était de moins de 6 heures pour 47 patients (31,7%). Il était compris entre 6 et 12 heures pour 65 patients (43,9%). Trente six patients (24,3%) avaient un délai de prise en charge supérieur à 12 heures.

Après la consultation, 132 patients relevaient d'une indication d'hospitalisation dont les motifs sont décrits dans le tableau 8.

Tableau 8 : Indications d'hospitalisation

Indications d'hospitalisation	n	%
Reprise évolutive ou nouvelle manifestation clinique	58	43,9
Douleur	8	6,0
Infection	29	22,0
Complication du traitement	31	23,5
Fin de vie	5	3,8
Problème social	1	0,8

La figure 1 décrit l'orientation des malades après la consultation aux urgences.

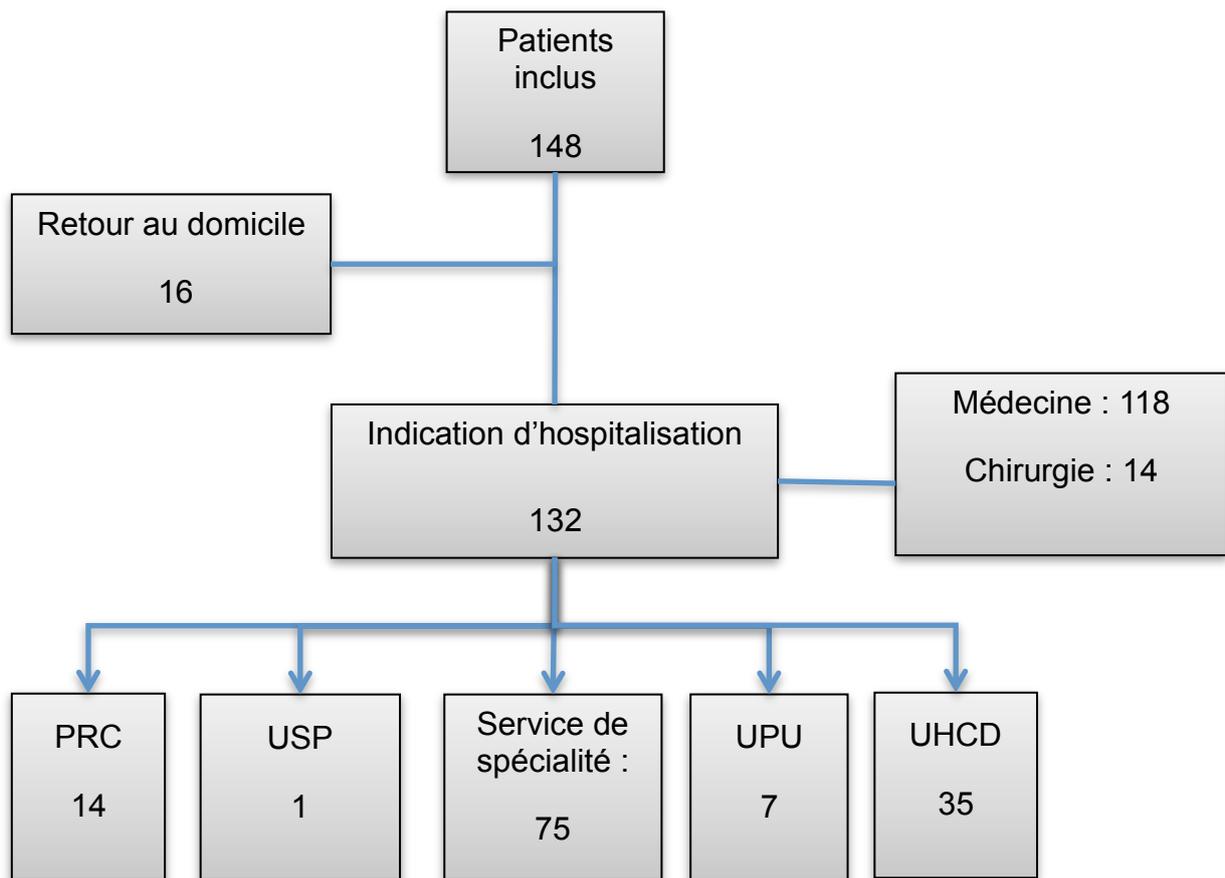


Figure 1 : Diagramme descriptif du circuit du patient hospitalisé

Selon le médecin urgentiste responsable de la consultation : 42 patients répondaient aux critères de prise en charge sur les lits de régulation du PRC.

Cent douze patients ont bénéficié d'une orientation dans un service adapté. Vingt hospitalisations étaient considérées comme non adaptées.

La durée d'hospitalisation en UHCD était inférieure à 24 heures pour 21 patients. Sept patients sont restés entre 24 et 48 heures, et sept patients ont une durée d'hospitalisation comprise entre 3 et 10 jours. Après une admission en UHCD de plus de 24 heures, 13 patients ont été réorientés vers une autre unité. Ainsi, 5 patients étaient réorientés dans un service de spécialité, 6 au PRC, 1 en USP, 1 patient était transféré vers un autre établissement.

Parmi les 7 patients hospitalisés en UPU, 3 étaient restés plus de 5 jours.

Vingt et un patients (14,2%) avaient à nouveau consulté aux urgences le mois suivant leur inclusion dans l'étude. Trente neuf patients (26,3%) étaient décédés un mois après leur inclusion.

4. DISCUSSION

4.1. Analyse des résultats

4.1.1. Population admise aux urgences

Le nombre de patient inclus dans notre étude concordait avec les données de la littérature. Ainsi une étude nantaise menée en 2004, qui décrivait le profil des patients cancéreux admis aux urgences, montrait qu'ils représentaient 3,4 % des entrées du secteur médecine [4].

La moyenne d'âge était sensiblement identique aux études françaises : 62 ans pour l'étude de E. Kerrouault [4], 64 ans pour une étude grenobloise [4,5]. Une étude réalisée en Argentine en 2003, qui évaluait les vraies urgences parmi les consultations des patients atteints de cancer, trouvait un âge médian de 56 ans [6]. Nous avons donc affaire à une population jeune.

C'était les hommes qui consultaient le plus aux urgences. Cette donnée était corrélée à l'incidence des cancers en France : en 2012, 200 350 nouveaux cas masculins contre 155 004 cas féminins [1]. Les autres études françaises allaient dans le même sens [4-5]. L'étude canadienne de L. Barbera qui portait sur la relation entre la gravité des symptômes et la probabilité d'une consultation aux urgences, mettait en évidence que les femmes étaient moins susceptibles de consulter aux urgences [7]. Un autre travail canadien mené en 2006, qui étudiait les consultations aux urgences des patients cancéreux l'année précédent leur décès, confirmait cette donnée [8].

Les tumeurs les plus fréquentes dans notre étude étaient les tumeurs digestives et broncho-pulmonaires. Venaient ensuite les tumeurs urologiques, les hémopathies et les tumeurs gynécologiques. Ces données concordent avec l'étude américaine menée en 2008, sur le profil des patients cancéreux admis aux urgences [9]. Selon l'Institut National du Cancer, les néoplasies de la prostate chez l'homme (53 465 cas incidents) et du sein chez la femme (48 763 cas) sont les plus fréquents puis viennent le cancer du poumon et le cancer colorectal [1,10]. La différence avec nos résultats peut s'expliquer par le fait que les cancers du sein et de la prostate sont moins symptomatiques, et ont une survie plus importante. D'autre part, une partie des patientes atteintes de cancers gynécologiques a pu consulter aux urgences gynécologiques.

Une importante proportion de patient avait une maladie métastatique et seulement pour un petit nombre, le stade palliatif avéré était connu. Le pourcentage de stade palliatif dans notre étude était probablement sous estimé. En effet, la notion de « stade palliatif » était peu retrouvée dans les dossiers, et peu demandée directement aux patients. Dans l'étude nantaise, 66,6% des patients étaient en évolution palliative de leur maladie [4]. Il s'agit donc d'une population jeune mais très fragile.

4.1.2. Avant les urgences

En majorité, les patients venaient de leur domicile. Une étude française réalisée sur les décès liés à une pathologie maligne aux urgences, constatait qu'une large majorité d'entre eux vivaient auparavant à domicile (72%) [11].

Les patients provenaient dans la majorité des cas de Poitiers ou de sa périphérie. Un nombre non négligeable de patient avait eu un parcours supérieur à 40 Km. Nous pouvons supposer que ces patients suivis au PRC désirent une prise en charge dans leur centre de référence. Contrairement à une étude réalisée en Angleterre, qui prouvait que le risque d'admission aux urgences était plus important pour les patients vivants dans les zones rurales [12], notre population était majoritairement citadine.

Si un certain nombre de patients avait consulté le mois précédent, nous ne connaissons malheureusement pas les motifs d'admission. L'étude américaine de DK. Mayer montrait que 22,8% des patients avaient consultés plus d'une fois au cours de l'année [9].

C'est le médecin généraliste qui orientait la majorité des patients vers les urgences, probablement par simplicité. Dans l'étude grenobloise de C. Paquier, les patients étaient adressés par le médecin traitant dans 80% des cas [5]. L'étude de B. Tardy trouvait des données sensiblement identiques : 59% adressés par le généraliste, 23% par un autre médecin et 18% par le centre 15 [11]. Dans de rares cas, c'est l'oncologue ou l'hématologue référent qui adressait le patient. Deux situations se sont présentées : le patient avait appelé le spécialiste référent qui lui avait conseillé de venir aux urgences, et dans le deuxième cas, au cours d'une consultation, une décision d'hospitalisation avait été prise et faute de place dans le service, le patient avait été adressé au SAU.

Dans trop peu de cas le service référent du patient était informé en amont. Cela montre la méconnaissance de cette ligne de régulation par les médecins de la région malgré l'information. En effet, le numéro ainsi que les horaires du service sont affichés en bas de page de chaque courrier.

4.1.3. Prise en charge aux urgences

Les patients consultaient majoritairement dans la journée en semaine. Des résultats similaires étaient trouvés dans les études américaine et nantaise [4,13]. Dans l'étude américaine de DK. Mayer, avec un taux de consultation sensiblement identique en journée (44,9%), les consultations aux urgences variaient de 13,4 à 15,1% selon les jours de la semaine, le lundi étant le jour où le plus grand nombre de consultations étaient enregistrées. Les mois d'avril et de novembre enregistraient le taux le plus faible de consultations tandis que décembre correspondait au taux le plus fort de consultations [9]. Ces résultats sont intéressants car une réponse spécialisée peut être optimisée la semaine en heure ouvrable. En effet, 40% des admissions aux urgences étaient liées à une reprise évolutive donc probablement pas aigüe. On peut se demander si ces admissions n'auraient pas pu bénéficier d'une programmation « semi-urgente » soit moins de 72 heures.

Les motifs d'entrée les plus fréquents étaient les symptômes respiratoires, l'hyperthermie, les symptômes digestifs et l'altération de l'état général. Les complications hématologiques venaient ensuite. Ces données sont comparables avec la littérature. L'étude de DK. Mayer répertoriait comme motifs d'admission les plus fréquents : la douleur, les troubles digestifs et respiratoires. Une étude brésilienne qui évaluait les consultations aux urgences des patients atteints de cancer trouvait des résultats identiques [14]. Dans la méta-analyse canadienne de 201, parmi les vingt huit symptômes rapportés, les plus fréquents étaient la neutropénie fébrile, les infections, la douleur et la dyspnée [15].

Les consultations aux urgences peuvent être une épreuve pour tous les patients. L'attente peut être longue et inconfortable, d'autant plus pour les personnes âgées et les patients d'onco-hématologie. Dans notre étude, la plupart des patients attendaient plus de 6 heures dans le service, certains restaient même plus de 12 heures. Un biais lié à la clôture du dossier informatique peut entrer en compte dans les délais indignes de 12 heures et plus. Le temps de passage a été évalué par l'heure d'admission et l'heure de sortie du service. Hors l'heure où le dossier est clôturé par un médecin est souvent supérieure à l'heure de sortie réelle du service. Ce délai est aussi le reflet du manque de lit dans tous les services. Dans l'étude grenobloise de C. Paquier, 27% des patients attendaient une place dans un service pendant plus de 10 heures [5]. Dans une étude américaine menée en mars 2011, visant à améliorer la rapidité des soins aux urgences, l'utilisation d'un système d'identification des patients d'oncologie en cours de chimiothérapie admis aux urgences, était efficace pour diminuer le temps de passage en box [16].

Le pourcentage total de patients d'oncologie hospitalisés était supérieur à la moyenne des hospitalisations tous secteurs confondus (38,5%) pour la période étudiée. La population étudiée relève donc plus souvent d'une indication d'hospitalisation. L'étude nantaise, qui trouvait des données sensiblement identique (81,3%) avait évalué la pertinence des hospitalisations à partir de l'échelle AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) : 80% étaient jugées pertinentes [4]. Les études américaines trouvaient des taux d'hospitalisations identiques : 87,6% pour l'étude de Mc Kenzie [17]. Le travail de Uramoto, qui avait pour but de prédire la nécessité d'une hospitalisation chez des patients sous chimiothérapie, prouvait qu'un nombre significativement plus élevé de cas d'urgence était associé à un performans statut à 2, et à des comorbidités importantes [18].

Dans la majorité des cas, l'indication d'hospitalisation retenue était la reprise évolutive ou une nouvelle manifestation du cancer. Dans l'étude de Ahn et al. , 55% des admissions dans l'unité d'urgences étaient en rapport avec une progression de la maladie [19]. Le travail réalisé par Yates et al. avait des résultats identiques [20].

4.1.4. Circuits du patient hospitalisé et devenir

Contre toute attente, le taux d'hospitalisation en service adapté apparaît très satisfaisant. Toutefois, il persiste une minorité n'a pas pu bénéficier d'une orientation adaptée. Des solutions doivent être trouvées pour résoudre ce problème.

Une importante proportion des patients était décédée à un mois. Le taux réel de décès était sous estimé, car les données étaient récupérées sur le logiciel Télémaque[®], via les courriers d'hospitalisations. Les décès au domicile ou dans d'autres structures n'étaient donc pas pris en compte. Dans l'étude nantaise, 58,3% des patients étaient décédés à trois mois et dans un délai de 29 jours en moyenne [4]. Une étude américaine réalisée en 2000 montrait que les patients en récurrence de leur cancer, admis aux urgences étaient plus susceptibles de mourir dans les 14, 90 et 180 jours suivant leurs admissions que les patients ayant une maladie stable (47% de décès à 90 jours) [21]. Selon plusieurs études, 70% des patients aimeraient mourir chez eux, mais les trois quarts meurent à l'hôpital [22–24]. On assiste à une médicalisation de la mort. L'entourage proche des patients a de plus en plus de difficultés à gérer la fin de vie, à domicile.

4.2. Forces et limites de l'étude

4.2.1. Les forces de l'étude

Tout d'abord, nous avons souhaité réaliser une étude prospective. Le but était de se placer en observateur par rapport à la prise en charge globale du patient cancéreux admis aux urgences. Ce mode d'étude était donc le plus adapté. Nous avons étudié la prise en charge globale du patient, en amont avec l'environnement du patient, et en aval avec le parcours d'hospitalisation et son devenir.

Sur notre période de 2 mois, le nombre de patient inclus est important. Il est proche de notre population d'étude estimée. Le taux d'exhaustivité est maximal puisque nous avons repris les dossiers de façon rétrospective, afin de limiter les pertes d'inclusion. Les différentes communications aux urgences ont permis de sensibiliser les différents praticiens intervenants dans le service.

4.2.2. Les limites de l'étude

L'étude est unicentrique, ce qui diminue la force de notre étude. Une étude multicentrique aurait été plus difficile à mettre en place. Par ailleurs, il existe un biais d'information lié au recueil prospectif et rétrospectif des données. Certains items du questionnaire n'ont pu être analysés par manque de données (informations non demandées au patient ou non écrites dans le dossier informatique).

4.3. Perspectives d'avenir

4.3.1. Développer les soins de support, encourager l'HAD

La notion de soins de support désigne « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements oncologiques spécifiques, lorsqu'il y en a ». L'HAD fait intervenir des infirmières, des aides soignantes, des psychologues, et s'articule autour du médecin généraliste qui reste le pilier de la prise en charge. La gestion de la fin de vie à domicile est difficile pour les proches alors que la majorité des patients voudraient décéder chez eux. Le plan cancer 2009-2013 prévoit dans ses objectifs, dans les cas de retour à domicile des malades en phase terminale, d'assurer le financement des gardes de nuit et de l'ensemble des coûts liés aux soins de support. En renforçant la prise en charge à domicile avec des professionnels médicaux et paramédicaux, donc en soutenant le malade et l'entourage, il y aurait peut être une diminution des hospitalisations des patients en fin de vie.

4.3.2. Formations des médecins généralistes

Dans des études menées en Aquitaine et en Poitou-Charentes, les généralistes déclaraient suivre 16 patients cancéreux en moyenne, mais pensaient être mal formés sur les traitements de la douleur et sur les effets secondaires de différentes thérapeutiques du cancer [25,26]. Le rapport Grünfeld rappelle qu' « en 2004, en France, la prévalence de la douleur est encore de 56% chez les patients atteints de cancer, tous stades confondus » et que « 30 % des patients ayant une douleur modérée et 14 % des patients ayant une douleur intense ne reçoivent aucun traitement antalgique » [27]. Une meilleure prise en charge de la douleur fait partie des mesures de ce plan cancer.

Le réseau d'oncologie du Poitou Charente est en train de développer une plaquette à l'intention des médecins généralistes sur les différents effets secondaires des traitements.

Le 3^e plan cancer renforce le rôle central du médecin traitant, en ayant pour objectif de le faire participer au parcours de soins dans l'établissement, et en améliorant son information (transmission par voie informatique sécurisée de toutes les informations de son patient hospitalisé, mettre en place un numéro de téléphone mobile dédié à cet effet permettant de joindre un médecin de l'équipe qui pourra répondre à toutes ses questions). Il prévoit aussi une sensibilisation à l'oncologie et à la prévention dans ce domaine, en facilitant les stages en cancérologie durant le cursus de Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine générale, et en insistant sur la formation des internes sur la prévention et le dépistage des cancers.

4.3.3. Promouvoir le système de régulation téléphonique et augmenter les lits de régulation du PRC

Notre étude montre que peu de médecins généralistes avaient appelé la ligne de régulation du PRC. Il serait intéressant de mener une enquête auprès des généralistes du département afin de savoir s'ils ont connaissance de cette ligne téléphonique et de ces lits de régulation, puis de savoir s'ils ont déjà fait appel à ce système. En fonction des résultats, nous pourrions trouver un moyen de promouvoir cette ligne, notamment via le réseau Onco-Poitou-Charentes.

Il existe actuellement trois lits de régulation au PRC. La moitié des admissions pour notre population d'étude s'était effectuée en journée, en semaine, et plus des trois quarts avaient bénéficiés d'une prise en charge médicale. En augmentant ces lits, cela pourrait permettre par exemple de prendre en charge des patients admis pour une transfusion, ou des problèmes liés aux traitements instaurés.

4.3.4. Le problème du statut de la maladie et du dossier médical : un dossier mobile type classeur HAD

Beaucoup de médecins, sont confrontés au problème de patients d'oncologie, parfois non suivis au CHU, et donc sans renseignements sur le stade évolutif de la maladie, les traitements en cours et les dernières décisions prises. Cette situation est identique pour les patients suivis au CHU, admis aux urgences la nuit, dont les derniers comptes-rendus ne sont peut-être pas encore disponibles. Les confrères examinant le malade se trouvent donc démunis sur la conduite à tenir. Jusqu'où doit-on aller dans certaines situations ? Quand décide t-on d'arrêter les traitements actifs, alors que nous ne connaissons pas l'état général habituel du patient ? L'existence d'un dossier de soins mobile qui suivrait le patient, sur le modèle des classeurs d'HAD, permettrait de connaître les derniers éléments et de faciliter la prise en charge du patient. Cette idée était déjà présente avec le plan cancer 2003-2007, prévoyant un dossier communicant de cancérologie (DCC). Jusque là, le DCC était limité à l'enregistrement des Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (RCP) à un niveau régional. Dans le plan cancer 2009-2013, le DCC a pour objectif de devenir un véritable outil national de communication d'informations utiles (médicales et sociales), notamment pour les médecins traitants. Le dernier plan cancer prévoit aussi la relance du dossier médical personnel (DMP) qui dans l'esprit de la loi du 13 août 2004, est un dossier dont le patient est propriétaire et qu'il est amené à gérer lui-même. Ces projets risquent de prendre quelques années avant une mise en place optimale. En attendant, nous pourrions imaginer un carnet de liaison hôpital ville qui accompagnerait le patient dans ses différentes consultations et qui permettrait d'avoir les dernières informations (dernier traitement réalisé, état général).

4.3.5. Améliorer la prise en charge aux urgences

Notre étude montre que les patients attendent trop longtemps dans le service des urgences. Dans la majorité des cas, le médecin référent n'est pas prévenu. Le signalement systématique en journée du patient au service d'oncologie permettrait probablement de diminuer certains délais.

Nous pourrions aussi développer des protocoles de soins pour certaines pathologies comme les aplasies. Ainsi l'infirmière pourrait prélever le bilan dès l'arrivée du patient, sans attendre la consultation du médecin, ce qui permettrait de réduire le temps passé aux urgences.

4.3.6. Une équipe mobile d'oncologie ?

Une équipe mobile d'oncologie permettrait de réduire le nombre d'hospitalisations, en examinant le patient aux urgences la journée. Elle pourrait peut-être permettre de réduire la durée d'hospitalisation et d'optimiser la prise en charge globale, pour les patients hospitalisés en UHCD ou dans les services de spécialités, en apportant des conseils. Elle pourrait être composée d'un interne en oncologie ou d'un médecin polyvalent ayant des compétences en oncologie.

4.3.7. Augmenter les lits du PRC

Il manque des lits notamment en Onco-hématologie, mais aussi en USP, puisque dans notre population d'étude, environ un quart des patients étaient décédés à un mois, donc en fin de vie. Le plan cancer 2009-2013 prévoit d'augmenter le nombre d'USP et de mieux organiser l'offre de soins palliatifs (services dédiés, unités d'hospitalisation de jour, unités d'hospitalisation à domicile).

5. CONCLUSION

L'objectif principal de notre étude était de décrire le profil de la population de patients atteints de cancer admis aux urgences. Nous avons pu montrer qu'il s'agissait d'une population jeune, essentiellement masculine, et fragile. La plupart des patients ont été hospitalisés dans une structure adaptée, mais malheureusement ont attendu trop longtemps aux urgences, et une proportion non négligeable est décédée à un mois.

Certaines perspectives restent à développer pour améliorer la prise en charge de ces patients, et notamment diminuer leur temps d'attente aux urgences.

LISTE DES ABREVIATIONS

AEG	Altération de l'état général
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DCC	Dossier communicant de cancérologie
DES	Diplôme d'études spécialisées
DMP	Dossier médical personnel
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HAD	Hospitalisation à domicile
IME	Institut médico-éducatif
PRC	Pôle Régional de Cancérologie
ORL	Oto-rhino-laryngologie
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UPU	Unité de Post-Urgences
USP	Unité de Soins Palliatifs
SAU	Service d'Accueil des Urgences

BIBLIOGRAPHIE

1. Institut national du cancer. "Epidémiologies, les données essentielles"
<http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-thematiques/21-epidemiologie/28-donnees-essentielles.html>.
2. Meunier L (2009) Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. Thèse de médecine.
3. Illef D, Caillière N, Josseran L (2008) Surveillance des urgences Réseau Oscour (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences). Résultats nationaux 2004/2008. Institut de veille sanitaire.
4. Kerrouault E, Denis N, Le Conte P, et al (2007) Improving organization of care could reduce referrals of cancer patients to the emergency department. Prospective analysis of 123 patients. *La Presse Médicale*, 36:1557–62.
5. Paquier C, Dumanoir P, Roncoroni C, et al (2010) Accueil de patients d'oncologie aux Urgences de Grenoble. Congrès Urgences 2011, Paris, cp199.
6. Díaz-Couselo FA, O'Connor JM, Nervo A, et al (2004) Non-scheduled consultation in oncologic patients. How many of them are true emergencies? An observational prospective study. *Support Care Cancer J*,12:274–7.
7. Barbera L, Atzema C, Sutradhar R, et al (2013) Do patient-reported symptoms predict emergency department visits in cancer patients? A population-based analysis. *Ann Emerg Med*, 61:427–437.
8. Barbera L, Taylor C, Dudgeon D (2010) Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? *Can Med Assoc J*, 182:563–8.
9. Mayer DK, Travers D, Wyss A, et al (2011) Why do patients with cancer visit emergency departments? Results of a 2008 population study in North Carolina. *J Clin Oncol*, 29:2683–8.

10. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, et al (2013) Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Institut de veille sanitaire.
11. Tardy B, Venet C, Zeni F, et al (2002) Death of terminally ill patients on a stretcher in the emergency department: a French speciality? *Intensive Care Med*, 28:1625–8.
12. Pollock AM, Vickers N (1998) Deprivation and emergency admissions for cancers of colorectum, lung, and breast in south east England: ecological study. *BMJ*, 317:245–52.
13. Swenson KK, Rose MA, Ritz L, et al (1995) Recognition and evaluation of oncology-related symptoms in the emergency department. *Ann Emerg Med*, 26:12–7.
14. Kraft Rovere R, Dagnoni C, Figueira FC, et al (2012) Profile of cancer patients treated at the emergency room of a tertiary cancer care centre in southern Brazil. *Klin Onkol Cas České Slov Onkol Spolecnosti*, 25:452–6.
15. Vandyk AD, Harrison MB, Macartney G, et al (2012) Emergency department visits for symptoms experienced by oncology patients: a systematic review. *Support Care Cancer Off J*, 20:1589–99.
16. Kaufman MS, McCullough M, Lomibao A, et al (2012) 273 Improving Care for Oncology Patients in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*, 60:S98.
17. McKenzie H, Hayes L, White K, et al (2011) Chemotherapy outpatients' unplanned presentations to hospital: a retrospective study. *Support Care Cancer Off J*, 19:963–9.
18. Uramoto H, Iwashige A, Kagami S, et al (2007) Prediction of Emergency Hospitalization of Outpatients Receiving Cancer Chemotherapy. *Anticancer Res*, 27:1133–6.
19. Ahn S, Lee Y-S, Lim KS, et al (2012) Emergency department cancer unit and management of oncologic emergencies: experience in Asan Medical Center. *Support Care Cancer Off J*, 20:2205–10.

20. Yates M, Barrett A (2009) Oncological emergency admissions to the Norfolk and Norwich University Hospital: an audit of current arrangements and patient satisfaction. *Clin Oncol R Coll Radiol Gt Br*, 21:226–33.
21. Geraci JM, Tsang W, Valdres RV, et al (2006) Progressive disease in patients with cancer presenting to an emergency room with acute symptoms predicts short-term mortality. *Support Care Cancer Off J*, 14:1038–45.
22. Leak A, Mayer DK, Wyss A, et al (2013) Why do cancer patients die in the emergency department?: an analysis of 283 deaths in NC EDs. *Am J Hosp Palliat Care*, 30:178–82.
23. Abom BM, Obling NJ, Rasmussen H, et al (2000) Unplanned emergency admission of dying patients. Causes elucidated by focus group interviews with general practitioners, *Ugeskr Laeger*, 162:5768–71.
24. Saunal V (1999) Urgences en soins palliatifs. Lieu de décès des patients atteints de cancer en Ile De France et réflexions sur la création d'une unité de soins palliatifs d'urgence. Thèse de médecine.
25. Dagada C, Mathoulin-Pelissier S, Monnereau A, et al (2003) Prise en charge des patients cancéreux par les médecins généralistes. Résultats d'une enquête auprès de 422 médecins d'Aquitaine. *Presse Médicale*, 32 :1060-5.
26. Pinganaud G (2013) Difficultés du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de cancer (rôles, besoins et perspectives). Thèse de médecine.
27. Grünfeld JP (2009) "Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013 - Pour un nouvel élan" <http://www.plan-cancer.gouv.fr/historique/la-comission-grunfeld.html>

ANNEXE : Questionnaire

ETAT DES LIEUX DES PATIENTS CANCEREUX ADMIS AUX URGENCES

- 1) Identité du patient (Nom, Prénom, Date de naissance, Adresse) :
.....
.....
- 2) Médecin traitant et coordonnées :
- 3) Arrivée au SAU :
Date et heure d'entrée :
Date et heure de sortie :
- 4) Provenance du patient :
- Domicile
 - EHPAD
 - Hôpital
 - Ne sait pas
- 5) Si domicile, le patient bénéficie-t-il d'aides ?
- Aucunes
 - Familiales
 - Aides à domicile, IDE...
 - HAD
- 6) Le patient a été adressé :
- Non adressé
 - Par le médecin traitant
 - Par le médecin de garde ou remplaçant
 - Par l'oncologue ou l'hématologue référent (du CHU)
 - Par le médecin du centre 15
- 7) Le médecin traitant a-t-il appelé l'oncologue référent ou le PRC ?
- Oui Non Ne sait pas
- 8) Le motif d'entrée est-il en rapport avec le cancer ?
- Oui Non Ne sait pas
- 9) Le motif d'entrée est-il en rapport avec le traitement du cancer ?
- Oui Non Ne sait pas

10) Motif d'entrée (plusieurs réponses possibles) :

- Asthénie, Altération de l'état général
- Douleur
- Hyperthermie
- Symptômes respiratoires
- Symptômes ORL
- Symptômes cardio-vasculaires
- Symptômes digestifs
- Symptômes urinaires
- Symptômes cutanés
- Symptômes ostéo-articulaire
- Troubles biologiques :
 - Neutropénie
 - Anémie
 - Thrombopénie
 - Troubles électrolytiques

11) Pathologie :

- Hémopathies
- Tumeurs cérébrales
- Tumeurs ORL
- Cancers broncho-pulmonaires
- Tumeurs digestives
- Tumeurs urologiques
- Tumeurs gynécologiques
- Tumeurs des os et tissus mous
- Tumeurs dermatologiques

12) Type de traitement actuel (plusieurs réponses possibles):

- Chimiothérapie
- Radiothérapie
- Curiethérapie
- Hormonothérapie
- Surveillance
- Abstention thérapeutique

13) Le patient est-il en situation palliative ? :

- Oui Non Ne sait pas

14) Si oui, par quels moyens avons nous eu cette information ?

- Par le patient ou la famille
- Par un courrier
- Par téléphone au médecin traitant ou à l'oncologue
- Autre

- 15) Mode de prise en charge à domicile jusqu'ici (plusieurs réponses possibles):
- Aucune
 - Familiale
 - Aides à domicile, IDE, Médecin traitant
 - EHPAD
 - HAD

- 16) Indication de l'hospitalisation :
- Douleur
 - Reprise évolutive ou nouvelle manifestation clinique en rapport avec le cancer
 - Complication du traitement
 - Infection
 - Fin de vie
 - Problème social : impossibilité de maintien à domicile,...
 - Sans rapport avec le cancer ou le traitement

17) Prise en charge aux urgences : Médicale Chirurgicale

- 18) Selon vous, la prise en charge de ce patient aurait-elle pu être effectuée directement dans un service du PRC ?
- Oui Non

- 19) Orientation :
- Retour à domicile
 - Hospitalisation :
 - PRC
 - Service de Soins Palliatifs
 - UHCD
 - UPU
 - Service de spécialité :
 - Hébergement : pour le service de :
- Hébergement adapté : Oui Non

- 20) Si hospitalisation en UHCD, orientation ensuite :
- Retour à domicile
 - PRC
 - Service de Soins Palliatifs
 - Service de Médecine
 - Service de Chirurgie
 - Décès

- 21) Consultation aux urgences entre -J30 et J0 :
- Oui Non

- 22) Consultation aux urgences entre J0 et J30 :
- Oui Non

- 23) Devenir du patient à 1 mois :
- Patient décédé Patient non décédé

RESUME

OBJECTIF : Etudier le profil des patients atteints d'un cancer solide ou d'une hémopathie admis aux urgences.

MATERIELS ET METHODES : Nous avons réalisé une étude prospective observationnelle dans le service des urgences adultes du CHU de Poitiers. Etaient inclus les patients atteints d'une néoplasie (cancer solide ou hémopathie), en cours de traitement ou de suivi au PRC, admis pour un motif en rapport avec cette pathologie néoplasique. Un questionnaire à réponses fermées relevait les caractéristiques de ces patients.

RESULTATS : Entre le 4 février et le 31 mars 2013, 148 patients étaient inclus. La moyenne d'âge était de 67 ans (+/- 13 ans). Le sex-ratio était de 1,6. Les tumeurs les plus fréquentes étaient les tumeurs digestives (N=47) et broncho-pulmonaires (N=23). 77 patients avaient une maladie métastatique connue. 139 provenaient de leur domicile. 56 malades étaient adressés par le médecin traitant, et 78 consultaient en journée la semaine. Les motifs d'admission les plus fréquents étaient les symptômes respiratoires (N=38), les symptômes digestifs (N=30) et l'hyperthermie (N=30). Pour 136 patients, le service référent n'était pas au courant de leur admission. 36 patients ont eu une prise en charge supérieure à 12 heures aux urgences. 132 patients étaient hospitalisés dont 112 dans un service adapté. 39 patients étaient décédés un mois après leur inclusion.

CONCLUSION : Les urgences sont le lieu de consultation de premiers recours pour ces patients. Des efforts restent à réaliser pour diminuer le temps d'attente aux urgences et améliorer la prise en charge de cette population spécifique.

Mots clés : Cancer, Service des urgences, Symptômes, Admissions

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans 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 le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

