

Intérêt de la mise en place d'une consultation post-urgence de pneumologie : évaluation à 21 mois

Usefulness of a Respiriology Consult after Emergency Department: Results at 21 Months

M. Valentian · J.-M. Naccache · J. Cadranel · J. Pernet · C. Gast · I. Mewasing · C. Mayaud · P. Ray

Reçu le 25 juillet 2015 ; accepté le 8 décembre 2015
© SFMU et Lavoisier SAS 2015

Résumé *Introduction* : Les consultations aux urgences pour des problèmes respiratoires sont fréquentes. Certains patients n'ont pas de critères d'hospitalisation mais nécessitent une réévaluation clinique à court terme par un pneumologue. Or, il existe une réelle difficulté d'accès aux soins spécialisés. Pour contourner cet obstacle, une consultation post-urgence (CPU) a été mise en place dans le service de pneumologie de l'hôpital Tenon. L'objectif de ce travail était d'en évaluer l'activité et l'impact sur la prise en charge des patients.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective de janvier 2012 à septembre 2013 sur la CPU de l'hôpital Tenon.

Résultats : Au total, 297 patients ont été programmés et 231 (78 %) sont venus en CPU lors de cette période. Nous avons inclus 170 patients dans l'étude car 21 % des patients venus n'étaient pas passés préalablement par les urgences. Les délais de consultation étaient relativement courts (huit jours en moyenne). L'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et les pathologies infectieuses représentaient la majorité des pathologies diagnostiquées. Le diagnostic retenu à la sortie de la CPU comparé à celui des urgentistes était concordant dans 50 % des cas, précisé dans 32 % des cas et discordant dans 18 % des cas. Dans 44 %, une modification thérapeutique a été effectuée à l'issue de la CPU. Dans 89 %, une nouvelle consultation de pneumologie, habituellement dans le service, a été programmée afin d'instaurer une prise en charge spécialisée exclusive ou partagée.

Conclusion : La CPU a permis de modifier le diagnostic et/ou le traitement à court terme de près de 50 % des patients et d'organiser leur prise en charge pneumologique dans près de 90 % des cas.

Mots clés Affections respiratoires · Asthme · Consultation

Abstract *Introduction*: The number of emergency consultations for respiratory issues increases. Despite no hospitalization's criteria, some patients require a clinical assessment by a pulmonologist in a short delay. However, there is a lack of access for specialists. Thus, a post-emergency consultation has been set up in the respirology department at Tenon hospital. The objective of this study was to evaluate the usefulness of this new post-emergency consultation.

Materials and methods: We conducted a retrospective observational study, from January 2012 to September 2013 on the post-emergency consultation of Tenon hospital.

Results: 297 patients were scheduled and 231 (78%) came in post-emergency consultation during this period: 170 were finally included in the study because 21% of patients who came, were no previously been through the emergency department (ED). The consultation's delay was relatively short (eight days on average). Asthma, COPD and respiratory infectious diseases represented the main diagnosis. The diagnosis retained at the post-emergency consultation compared to that of ED was concordant in 50% of cases, improved in 32% of cases and discordant in 18% of cases. In 44%, a therapeutic change was made at the end of the post-emergency consultation. In 89%, a new pulmonology consultation was scheduled to establish a specialized care.

Conclusion: The post-emergency consultation is useful to improve the diagnosis and/or the treatment close to 50% of patients and to organize their respirology management in nearly 90% of cases.

Keywords Respiratory diseases · Asthma · Consultation

M. Valentian · J. Pernet · C. Gast · I. Mewasing · P. Ray (✉)
Service d'accueil des urgences, hôpital Tenon,
55 rue Pelleport, F-75020 Paris
e-mail : patrick.ray@tnn.aphp.fr

J.-M. Naccache · J. Cadranel · C. Mayaud
Service de pneumologie, hôpital Tenon, 4 rue de la Chine,
75020 Paris

J. Cadranel · P. Ray
Sorbonne universités UPMC université Paris 06, F-75006 Paris

Introduction

Le nombre de consultations aux urgences en France ne cesse d'augmenter. En 2011, les 750 structures d'accueil et de traitement des urgences de France ont accueilli 18,5 millions de patients [1]. Sur la période 2001-2011, le nombre de passages annuels aux urgences est passé de 13,6 millions à 18,5 millions. Sur les 18,5 millions de personnes ayant été prises en charge, un quart a reconsulté au moins une fois dans l'année aux urgences. Il existe par ailleurs un nombre croissant de patients hospitalisés depuis les urgences (3,6 millions en 2004, 4,7 millions en 2011 soit environ 25 %) [1], alors que le nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle ne cesse de diminuer. Au vu du nombre croissant de passages aux urgences, de la diminution des lits d'aval, il est nécessaire de mieux organiser les urgences. En effet, un certain nombre de patients sont adressés aux urgences pour faciliter l'accès aux avis spécialisés. Une enquête de l'Institut français d'opinion publique (IFOP) réalisée en 2011 révèle une problématique grandissante d'accès à la médecine spécialisée, plus pour une raison de délais que de coûts [2]. Cinquante-huit pour cent des Français déclarent avoir déjà renoncé à des soins chez un spécialiste à cause d'un délai d'attente trop long. Le délai d'attente moyen constaté pour obtenir une consultation chez un spécialiste est de 44 jours. En 2012, une enquête de l'union régionale des professions de santé (URPS) a évalué les délais de rendez-vous proposés par les pneumologues à leurs patients [3]. En conclusion, 33 % disent proposer un rendez-vous dans les 48h, 45 % dans les quinze jours et 21 % dans le mois.

Afin d'améliorer le parcours de soins de certains patients, des consultations post-urgence de spécialités ont été mises en place sur le territoire. Des études françaises [4-6] mettent en avant l'utilité de ces consultations en répondant à la fois aux attentes des patients, des urgentistes et des spécialistes. Sur le plan international, seules des études sur le suivi des patients après une consultation aux urgences ont été publiées précisant également l'intérêt d'une réévaluation rapide après un épisode aigu [7,8].

L'objectif de notre étude était d'évaluer la typologie des patients qui ont bénéficié de la consultation post-urgence de pneumologie (CPU) de l'hôpital Tenon et d'en discuter l'intérêt et son bénéfice.

Patients et méthodes

En 2013, le service d'accueil des urgences de Tenon (SAU) a accueilli 45 000 adultes. Environ 18,4 % de ces patients ont été hospitalisés après leur passage aux urgences dont 1 % en pneumologie. Depuis septembre 2012, les services de pneumologie des hôpitaux de Saint-Antoine et de Tenon sont regroupés sur le site de l'hôpital Tenon. Ce service comprend

un secteur d'hospitalisation avec 56 lits d'hospitalisation et 10 places d'hôpital de jour (HDJ) de traitement et de diagnostic.

Après discussion entre pneumologues et urgentistes, la décision de mise en place d'une CPU a été décidée en janvier 2012. Les pathologies ciblées étaient : l'asthme aigu, l'exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive et la pneumonie aiguë communautaire. Les pneumothorax et les suspicions de tumeur étaient peu concernés par cette CPU du fait d'un parcours de soins spécifique (SOS pneumothorax, HDJ). Une plage de consultation par semaine (lundi après-midi de 14-16h) a donc été réservée aux patients vus aux urgences de Tenon ou d'autres hôpitaux de proximité dans les jours ou semaines précédents et dont la pathologie justifiait une réévaluation à court terme. Six rendez-vous sont disponibles le jour dédié. La CPU est effectuée, à tour de rôle, par un pneumologue du service de pneumologie dans un box dédié à cette CPU. Pour les patients des urgences de l'hôpital Tenon, les rendez-vous sont pris directement par les médecins urgentistes sur le logiciel informatisé interne de prise de rendez-vous. Le patient quitte alors les urgences avec une feuille de rendez-vous précisant la date, l'horaire, le lieu et le nom du pneumologue. Concernant la prise de rendez-vous pour l'hôpital Saint-Antoine, une demande doit être faxée par l'équipe médicale au service des consultations puis le personnel de la consultation appelle directement le patient pour fixer un rendez-vous.

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective et monocentrique évaluant la CPU de l'hôpital Tenon. L'étude a été réalisée sur une durée de 21 mois, de janvier 2012 à septembre 2013. La 1^{ère} consultation a eu lieu le 09/01/2012.

Les patients de plus de 15 ans (c'est-à-dire ne relevant pas de la pédiatrie), ayant consulté aux urgences adultes, ne nécessitant pas initialement une hospitalisation et ayant reçu une convocation pour une consultation post-urgence de pneumologie ont été inclus.

Les patients n'ayant pas préalablement consulté aux urgences, non venus à la consultation ou ceux avec un dossier inexistant ou incomplet ont été exclus de l'étude.

L'âge, le sexe, les antécédents, le tabagisme, le lieu d'habitation et le suivi habituel (médecin généraliste, pneumologue) ont été recueillis afin d'établir les caractéristiques générales de la population. D'autres informations ont été récupérées par l'intermédiaire du compte-rendu des urgences (logiciel médical informatisé Urqual[®]) comme le motif de consultation, le diagnostic et le traitement de sortie des urgences. Enfin, les informations relatives à la CPU (délai de rendez-vous, diagnostic de sortie de la consultation, prise en charge thérapeutique entreprise et orientation du patient à l'issue de cette consultation) ont été récupérées à partir du dossier de consultation ou du compte-rendu ou lettre lorsqu'ils ont été rédigés.

Analyse statistique

L'ensemble des données ont été analysées grâce au logiciel Excel.

Résultats

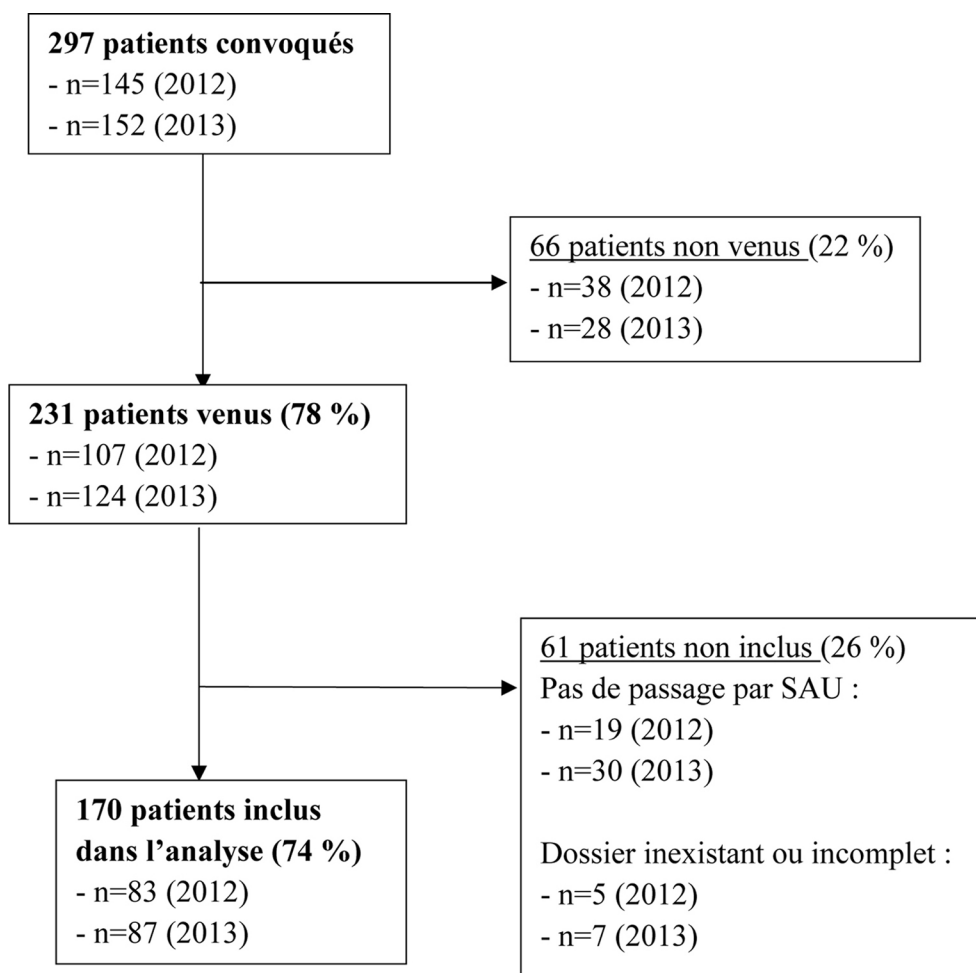
Entre janvier 2012 et septembre 2013, 88 jours de CPU de pneumologie ont été assurés, concernant 297 patients programmés et 231 (78 %) effectivement venus en consultation. Le nombre de patients consultant aux urgences de Tenon était d'environ 45 000/an donc 3,8 % des patients vus aux urgences ont été programmés à la CPU.

Sur les 231 patients, 170 ont finalement été inclus dans l'étude. En effet, 61 patients ne répondaient pas aux critères d'inclusion (Fig. 1) : 49 étaient des patients chroniques en exacerbation directement programmés par le pneumologue

du service qui les suivait sans passage par les urgences et le dossier des 12 autres était inexistant ou incomplet. Les 170 patients inclus étaient adressés par les urgences de Tenon (n=142 soit 84 %), de Saint-Antoine (n=26 soit 15 %) ou d'un autre hôpital (n=2 soit 1 %). Le délai moyen auquel les patients étaient vus à la CPU était de 8 ± 7 jours (extrêmes allant de 0 à 60 jours) et seuls 10,6 % des patients ont été vus avec un délai supérieur à 15 jours.

Le Tableau 1 montre les caractéristiques des patients inclus. 61 % des patients de la population (n=103) ont initialement consulté aux urgences pour une symptomatologie de type gêne respiratoire (Tableau 2).

Le diagnostic principal établi par le médecin urgentiste était d'ordre respiratoire pour 77 % des patients (n=131) avec une majorité de diagnostic de crise d'asthme (40 %, n=68). Aucun diagnostic d'insuffisance cardiaque n'était retenu. Les suspicions de néoplasie correspondaient à 2 % des patients (n=3). Au décours des urgences, un diagnostic



SAU : service d'accueil des urgences

Fig. 1 Diagramme de flux

Tableau 1 Caractéristiques des patients.	
Caractéristiques	n=170
Âge	47 ± 18
Sexe	
Masculin	98 (58 %)
Féminin	72 (42 %)
Pas d'antécédents	48 (28 %)
Antécédents respiratoires (asthme, BPCO, néoplasie pulmonaire, pneumonie...)	101 (59 %)
Tabac	106 (62 %)
Lieu d'habitation	
Paris 20 ^e	64 (38 %)
Autre	106 (62 %)
Suivi	
Médecin traitant	131 (77 %)
Pneumologue	29 (17 %)
BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive.	

Tableau 2 Symptôme principal motivant la consultation aux urgences.	
Motifs IOA	n=170
Gêne respiratoire/dyspnée	103 (61 %)
Toux (± fièvre)	20 (12 %)
Douleur thoracique	16 (9 %)
Hémoptysie	17 (10 %)
Anomalies du bilan fait en ville	5 (3 %)
Autre	9 (5 %)
IOA : infirmière d'orientation et d'accueil.	

extra-respiratoire était retenu chez 9 % des patients (n=16) et aucun diagnostic n'était établi chez 13 % des patients (n=23). Un asthme, une BPCO ou une pathologie infectieuse étaient majoritairement diagnostiqués au décours de la consultation post-urgence. Le Tableau 3 compare le diagnostic de sortie des urgences avec celui du pneumologue au décours de la CPU notamment en ce qui concerne les trois pathologies pour laquelle la CPU a été mise en place (asthme, BPCO, pneumopathie). Chez la majorité des patients, il n'y avait pas de différence majeure entre le diagnostic à la sortie des urgences et celui à l'issue de la CPU.

Lors de la CPU, dans la moitié des cas (n=86), le diagnostic par le pneumologue était concordant avec celui de l'urgentiste, dans 32 % des cas (n=54) le diagnostic était affiné et dans 18 % des cas (n=30), le diagnostic était discordant (asthme vs BPCO, pathologie respiratoire vs cardiopathie décompensée, pneumopathie bactérienne vs infection virale...). Cependant, dans 21 % des cas (n=36), le diagnostic après la CPU n'a pas été établi.

Les traitements les plus fréquemment prescrits à la sortie des urgences étaient les β_2 -agonistes de courte durée d'action inhalés (38 %, n=64), les corticoïdes par voie orale (29 %, n=49), les antibiotiques (28 %, n=48), et les β_2 agonistes de longue durée d'action en association avec des corticoïdes inhalés (31 %, n=52). Lors de la CPU, la décision thérapeutique entreprise aux urgences a été maintenue (poursuite du traitement ou maintien de l'absence de traitement) dans la moitié des cas. Dans 44 % des cas (n= 74), une modification thérapeutique était entreprise avec dans la majorité des cas l'ajout d'un autre traitement. Les modifications les plus fréquentes étaient l'ajout ou l'intensification d'un traitement de fond, la prescription d'une cure courte de corticoïdes, l'ajout d'un antibiotique ou un changement de classe thérapeutique en cas d'erreur diagnostique. Dans

Tableau 3 Diagnostics comparés de sortie des urgences et après la CPU par le pneumologue.		Diagnostic principal à la sortie des urgences (n=170)			
		Asthme (n=68)	BPCO (n=17)	Pneumopathie (n=16)	Autre (n=69)
Diagnostic principal après la CPU (n=170)	Asthme (n=64)	57	1	0	6
	BPCO (n=18)	2	11	0	5
	Pneumopathie (n=20)	3	1	14	2
	Autre (n=68)	6	4	2	56
CPU : consultation post-urgence ; BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive.					

une minorité des cas (6 %, n=11), le traitement prescrit à la sortie des urgences était interrompu à l'issu du rendez-vous avec le pneumologue (modification diagnostique, arrêt d'un traitement de fond jugé inutile...).

Au décours de la CPU, seulement 17 % des patients (n=29) ont été hospitalisés majoritairement en pneumologie (Tableau 4). La grande majorité des patients étaient programmés pour une nouvelle consultation spécialisée dans le service.

Discussion

Notre étude poursuivait un double objectif, descriptif et comparatif : identifier les caractéristiques des patients convoqués et venus à la CPU et comparer les prises en charge diagnostique et thérapeutique des urgences à celles de la CPU.

Deux éléments concernant les caractéristiques des patients semblent particulièrement intéressants. Une grande majorité des patients réside dans un arrondissement ou une ville limitrophe à notre hôpital. Cela souligne l'importance et le besoin d'une prise en charge spécialisée de proximité. Seulement 17 % des patients adressés à la CPU étaient suivis par un pneumologue alors que, paradoxalement, 60 % de ces patients avaient des antécédents respiratoires. Il existe seulement quatre pneumologues (dont un seul secteur 1) dans le xx^e arrondissement pour un peu plus de 180 000 habitants. L'accès à la consultation spécialisée est par conséquent difficile dans notre périmètre. Cette CPU permettrait donc de palier ce déficit de suivi spécialisé et serait l'occasion d'instituer une prise en charge pneumologique exclusive ou partagée des patients atteints de pathologies respiratoires.

L'intérêt de la CPU réside aussi dans la rectification partielle ou totale du diagnostic de sortie des urgences (50 %).

Dans 32 % des cas, le diagnostic a été précisé et dans 18 % des cas, le diagnostic était discordant entre les urgences et la CPU. Ces différences de diagnostics entre pneumologues et urgentistes (asthme vs BPCO, dyspnée d'origine respiratoire vs dyspnée d'origine extra-respiratoire, pneumopathie bactérienne vs syndrome grippal...) peuvent s'expliquer par différentes hypothèses : l'évolution spontanée de la symptomatologie du patient, l'appréciation de l'efficacité ou de l'inefficacité des thérapeutiques entreprises par l'urgentiste, la réalisation d'examen complémentaires prescrit par l'urgentiste pour la CPU et par le pneumologue permettant de remettre en cause certains diagnostics difficiles relevant d'une expertise supplémentaire. Le pourcentage de rectification thérapeutique (modification ou arrêt du traitement entrepris aux urgences) à la sortie de la CPU était de 50 %. Dans 44 % des cas, le pneumologue a effectué une modification thérapeutique (modification de la classe, de la molécule, ajout d'un autre traitement, modification de la dose ou de la durée). Dans 6 % des cas, le traitement entrepris aux urgences a été interrompu par le spécialiste à l'issue de la consultation. Les différences de prise en charge thérapeutique entre pneumologues et urgentistes (ajout ou diminution d'un traitement de fond entrepris aux urgences, ajout d'un antibiotique...) peuvent également s'expliquer par différentes hypothèses : évidemment une connaissance plus précise des recommandations de bonne pratique dans leur spécialité, mais aussi des habitudes de prescription des spécialistes, un changement de traitement en rapport avec un changement de diagnostic, une évolution de la symptomatologie nécessitant de modifier certaines thérapeutiques entreprises, la possibilité de réaliser une fenêtre thérapeutique en cas de nouvelle consultation prévue. Les patients non venus à la consultation correspondent à 22 % des patients convoqués et, les raisons de cette inobservance n'ont malheureusement pas été étudiées.

L'essentiel du recrutement de la CPU est assuré par les urgences de Tenon. Cependant, le taux de remplissage des consultations n'étant pas complet, il existe un nombre non négligeable de plages de rendez-vous octroyées par les pneumologues pour des patients ne relevant pas de cette consultation (patients chroniques, patientèle du service de pneumologie) ce qui correspondait à 18 % des consultations totales en 2012 et 24 % en 2013.

La CPU permettrait en théorie également de désengorger le service des urgences en évitant des reconsultations précoces ou répétitives. Mais ceci n'est pas évaluable dans notre travail rétrospectif et monocentrique.

Enfin, le personnel médical et paramédical de la CPU, le personnel médical des urgences et les patients eux-mêmes n'ont pas été interrogés sur leur ressenti, ni leur satisfaction.

L'analyse coût/efficacité de ce type de consultation n'a évidemment pas été évaluée.

Tableau 4 Orientation du patient à l'issue de la consultation post-urgence.	
Orientation du patient	n=170
Hospitalisation en pneumologie	27 (16 %)
Hôpital de jour (HDJ)	8 (30 %)
Hospitalisation conventionnelle	19 (70 %)
Hospitalisation dans un autre service	2 (1 %)
Consultation de suivi par un pneumologue	
Du service	146 (86 %)
En ville	5 (3 %)
Pas de suivi spécialisé	19 (11 %)
HDJ : hôpital de jour.	

Conclusion

Notre travail avait comme objectif d'évaluer l'intérêt d'une CPU de pneumologie. Cette consultation permet dans un certain nombre de cas de corriger ou d'affiner des diagnostics faits aux urgences, de réévaluer la justesse des thérapeutiques entreprises afin de modifier, d'adapter ou de poursuivre la prise en charge thérapeutique mise en route par le médecin urgentiste. Enfin, cette consultation permet aussi de mettre dans un circuit de suivi spécialisé un certain nombre de patients atteints de pathologies respiratoires chroniques n'ayant pas de suivi pneumologique. Cependant, le rôle et les missions de cette consultation post-urgence doivent être bien précisés. D'autres études sont désormais nécessaires afin de déterminer si leur généralisation à d'autres spécialités serait bénéfique.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) (2014) Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html> (dernier accès le 25/11/2015)
2. L'observatoire de l'accès aux soins. Enquête IFOP-JALMA 2011. http://www.leciss.org/sites/default/files/111030_Enquete_IFOP-JALMA_nov2011.pdf (dernier accès le 25/11/2015)
3. Assyag P, Renard P (2014) Les médecins spécialistes médicotéchniques de proximité en Île-de-France. URPS médecins Île-de-France. http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/Rapport_specialisteproximite_0.pdf (dernier accès le 25/11/2015)
4. Barge S, Boubaker B, Chitic G, et al (2015) La consultation post-urgence en hépatogastroentérologie contribue-t-elle à améliorer l'aval des urgences ? Résumé présenté aux Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive. Paris, France. <http://www.snfge.org/content/la-consultation-post-urgence-en-hepato-gastroen> (dernier accès le 25/11/2015)
5. Ingen-Housz-Oro S, Mirkamali A, Valeyrie-Allanore L, et al (2010) Activity report on a rapid post-emergency surgery for the management of dermatological emergencies. *Ann Dermatol Venerol* 137:519–22
6. Lekouky (2009) Consultation traumatologique post-urgences au CHU Saint-Antoine : étude descriptive et comparative en fonction du parcours de soins : place accordée par les consultants à la médecine ambulatoire en traumatologie (thèse d'exercice, Faculté de médecine de Paris 7 Diderot)
7. Smith SR, Jaffe DM, Fisher EB, et al (2004) Improving follow-up for children with asthma after an acute emergency department visit. *J Pediatr* 146:413
8. Zorc JJ, Scarfone RJ, Li Y, Hong T, Harmelin M, Grunstein L, et al (2003) Scheduled Follow-up after a pediatric Emergency department visit for asthma: a randomized trial. *Pediatrics* 111:495–502