



HAL
open science

**Anémie aux urgences : étude de la pertinence de l'envoi
des patients pour anémie par le médecin généraliste
dans le service des urgences adultes de Libourne du 1er
janvier au 31 décembre 2018**

Pauline Dicharry

► **To cite this version:**

Pauline Dicharry. Anémie aux urgences : étude de la pertinence de l'envoi des patients pour anémie par le médecin généraliste dans le service des urgences adultes de Libourne du 1er janvier au 31 décembre 2018. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03116849

HAL Id: dumas-03116849

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03116849>

Submitted on 20 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR en MEDECINE
DIPLOME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES (D.E.S) DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Année 2020 Thèse n° 138

Anémie aux urgences :

**Étude de la pertinence de l'envoi des patients pour anémie
par le médecin généraliste dans le service des urgences
adultes de Libourne du 1er janvier au 31 décembre 2018**

Soutenue par Pauline DICHARRY, née le 13/06/1990 à Biarritz

Le 26/11/2020

Directeur de Thèse : Mme le Docteur PERNIN Océane

Membres du jury :

Mr. Le Professeur MILPIED	Président
Mr le Docteur ADAM	Rapporteur
Mr. Le Docteur PROTHON	Juge
Mr. Le Docteur FORCADE	Juge
Mr. Le Docteur CHAIGNE-DELALANDE	Juge

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Au Président de thèse, Monsieur le Professeur Noël MILPIED, Professeur des Universités en hématologie, Praticien Hospitalier au CHU de Bordeaux, responsable du service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire, vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider cette thèse. Je vous exprime toute ma gratitude et mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur Christophe ADAM, Professeur associé du département de médecine générale de l'université de Bordeaux, pour le temps que vous avez accordé à la lecture de mon travail et à la réalisation du rapport, et pour avoir accepté d'évaluer cette thèse, je vous remercie.

A Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON, Médecin généraliste, Maître de conférence associé à l'Université de Bordeaux, pour avoir accepté d'évaluer mon travail, également pour tout ce que vous faites à l'égard de notre formation, je vous remercie.

A Monsieur le Dr Edouard FORCADE, Maître de conférence des Universités – Praticien Hospitalier au CHU de Bordeaux, dans le service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire, pour avoir accepté d'évaluer mon travail, et de la même façon pour votre implication dans notre formation, je vous remercie.

A Monsieur le Docteur Séverin CHAIGNE-DELALANDE, Médecin coordinateur de l'Hôpital de Jour commun de Médecine, Chef de Service dans le service de rhumatologie au CH de Libourne, je vous remercie pour votre disponibilité et votre aide pour la réalisation de mon travail, et pour avoir accepté d'évaluer cette thèse, je vous remercie.

A Madame le Docteur Océane PERNIN, Médecin Urgentiste dans le service SAMU-SMUR au CHU de Bordeaux, je te remercie d'avoir accepté de m'accompagner sur ce travail, pour le temps accordé à sa lecture et son évaluation. De la même façon, pour ta patience et ton implication, je te remercie.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS et ACRONYMES	5
LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES	6
RESUME	7
INTRODUCTION	8
1. Définitions	8
1.1 Anémie.....	8
1.2 Transfusion	9
1.3 Décision transfusionnelle.....	10
a) Contexte d'urgence ou anémie aigue.....	10
b) Contexte d'anémie chronique	10
c) Contexte d'anémie chez la personne âgée	11
2. Anémie et pratiques transfusionnelles	14
a) En France	14
b) Aux urgences.....	15
c) En médecine de ville.....	15
3. Dans le territoire du Libournais.....	16
a) Service des urgences	16
b) Hôpital de Jour	17
c) Médecine de ville	18
4. Problématique.....	19
5. Objectifs de l'étude	19
MATERIEL et METHODE	20
1. Etude.....	20
2. Population	20
3. Recueil de données :.....	21
3.1 Outils de recueil.....	21
3.2 Recueil de la population.....	22
3.3 Recueil des variables.....	22

a) Caractéristiques épidémiologiques de la population.....	22
b) Caractéristiques d'admission au SU	23
c) Pertinence de l'envoi au SU	24
d) Objectif secondaire : Devenir de la population transfusée.....	26
4. Ethique	27
RESULTATS	28
1. Population	28
2. Caractéristiques de la population.....	28
3. Caractéristiques d'admission au SU	29
4. Pertinence de l'envoi au SU	31
5. Objectif secondaire : devenir de la population transfusée	33
DISCUSSION	35
1. Population	35
2. Méthode	36
a) Type d'étude.....	36
b) Algorithme.....	37
3. Pertinence de l'envoi au SU	38
a) Discussion des cas non pertinents	38
c) Discussion des cas pertinents asymptomatiques	40
4. Objectif secondaire : Devenir de la population transfusée	44
5. Synthèse : ce qui ressort de cette étude.....	45
6. Ouverture	47
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES.....	53
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	59

ABREVIATIONS et ACRONYMES

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AMLL : Amicale des Médecins Libéraux du Libournais

ATCD : antécédents

CGR : concentré de globules rouges

CH : centre hospitalier

CHU : centre hospitalier universitaire

CRU : compte rendu du passage aux urgences

DIM : département d'information médicale

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HB : hémoglobine

HDJ : hôpital de jour

IDE : infirmier(e) diplômé(e) d'état

ORL : oto-rhino-laryngologiste

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

PSL : produits sanguins labiles

SU : service des urgences

UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de la population analysée : antécédents et comorbidités.....	23
Tableau 2 : Caractéristiques de la population analysée	29
Tableau 3 : Signes de mauvaise tolérance avant admission au SU	30

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Seuils transfusionnels	13
Figure 2 : Analyse de la pertinence d'envoi au SU des patients anémié	25
Figure 3 : Distribution de l'âge dans notre population	28
Figure 4 : Distribution des taux d'hémoglobine préhospitalière dans notre population	30
Figure 5 : Analyse de la pertinence de l'envoi au SU des patients anémiés.....	32
Figure 6 : Patients asymptomatiques sous le seuil d'hémoglobine recommandé	33
Figure 7 : Délai de la 1 ^{ière} transfusion.....	34

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Audit réalisé auprès des médecins généralistes de la région du Libournais	53
Annexe 2 : Conduite à tenir devant la découverte d'une anémie par le médecin généraliste	58

RESUME

Introduction : Il existe peu de recommandations sur la conduite à tenir devant la découverte d'une anémie modérée à sévère en médecine de ville, situation pourtant fréquente. A Libourne, un patient sur deux transfusé au service des urgences (SU) est adressé par le médecin généraliste mais le traitement en urgence n'est pas toujours justifié. L'objectif de ce travail est d'évaluer la pertinence de l'envoi au SU des patients pour anémie par le médecin généraliste.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive monocentrique rétrospective du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018 au sein du SU de l'hôpital de Libourne. Le critère de jugement principal était la pertinence de l'envoi au SU pour anémie par le médecin généraliste, définie par un algorithme tenant compte des signes de mauvaise tolérance clinique, du taux d'hémoglobine et des comorbidités du patient.

Résultats : Sur les 147 patients analysés, la pertinence de l'envoi au SU pour anémie par le médecin généraliste n'était pas avérée dans 34% des cas.

Discussion : La pertinence de l'envoi au SU par le médecin généraliste pour anémie n'est pas toujours avérée. Cela semble être expliqué par l'absence de filière fonctionnelle entre la médecine de ville et l'hôpital. Pour améliorer les pratiques devant une anémie en ville, nous proposons de protocoliser la conduite à tenir devant la découverte d'une anémie en ville, lorsque le médecin généraliste a besoin d'un avis spécialisé immédiat et/ou d'une prise en charge hospitalière en urgence.

Mots-clés : anémie – médecin généraliste – service des urgences – hôpital de jour – filière ville-hôpital

INTRODUCTION

1. Définitions

1.1 Anémie (1,2)

L'anémie se définit par une baisse du dosage sérique de l'hémoglobine en dessous de 13g/dl chez l'homme et 12g/dl chez la femme. Nous n'aborderons pas dans ce travail l'anémie chez l'enfant et la femme enceinte chez qui les seuils sont différents.

Selon le taux d'hémoglobine, l'anémie est dite légère (entre 11 et 11,9g/dl chez la femme et 11 et 12,9g/dl chez l'homme), modérée (entre 8 et 10,9g/dl) ou sévère (< 8g/dl).

On distingue *l'anémie aigüe* qui selon les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) se définit comme « se constituant en moins de 48 heures, et, par extension, les situations postopératoires où l'anémie se constitue en quelques jours à 3 semaines », de *l'anémie chronique* qui se met en place progressivement et est souvent secondaire à des pathologies sous-jacentes chroniques (3).

La diminution de la quantité d'hémoglobine circulante, qui a pour rôle le transport de l'oxygène dans le sang, entraîne une hypoxie tissulaire. C'est ce qu'on appelle le syndrome anémique : potentiellement grave et délétère pour l'organisme.

Devant une anémie, l'organisme enclenche ainsi des mécanismes de compensation pour continuer à assurer une perfusion et une oxygénation suffisantes des tissus. En résultent des symptômes fonctionnels anoxiques et physiques secondaires, pouvant être sévères et aller jusqu'à la décompensation de pathologie sous-jacente préexistante. Nous détaillerons ces symptômes dans le chapitre suivant.

Le traitement de l'anémie est à la fois étiologique et symptomatique. Dans le contexte de l'urgence, le traitement principal repose sur la transfusion de Concentrés de Globules Rouges (CGR).

1.2 Transfusion (4–8)

La transfusion sanguine est le transfert de sang ou de constituants du sang d'un individu *donneur* à un autre individu *transfusé*.

Concernant la transfusion de CGR, elle a pour but essentiel de prévenir ou de corriger une hypoxie tissulaire liée à un déficit en hémoglobine au cours d'une anémie.

L'acte transfusionnel n'est pas anodin et de nombreux textes réglementaires l'encadrent. La chaîne transfusionnelle doit respecter une série d'étapes réglementaires, depuis la collecte du sang jusqu'à la transfusion du patient.

Conformément à la circulaire DGS/DHOS/Afssaps n° 03/582 du 15 décembre 2003 : « - *L'acte transfusionnel est réalisé par les médecins ou, sur prescription médicale, par les sages-femmes, ou par les infirmiers(e)s à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment.* - *La surveillance infirmière est particulièrement attentive au moins pendant les 15 premières minutes.* » L'acte transfusionnel doit être organisé en conséquence : il ne peut être réalisé hors structure médicale.

La traçabilité du CGR, indispensable dès le début de cette chaîne transfusionnelle, se poursuit tout au long de la transfusion. Tout effet indésirable lié ou susceptible d'être lié à la transfusion doit être notifié à un correspondant de l'hémovigilance. C'est cette dernière qui assure un suivi à cours, moyen et long terme du patient transfusé.

Le choix d'une transfusion est une décision médicale engageant la responsabilité du prescripteur, qui doit prendre en compte la notion de bénéfice-risque devant les effets indésirables et complications possibles, notamment : accident d'immuno-incompatibilité, infections, surcharge volémique, surcharge ferrique.

L'acte transfusionnel est ainsi un traitement complexe dont la décision repose sur plusieurs arguments.

1.3 Décision transfusionnelle

- **Seuils transfusionnels : notion de stratégie restrictive**

Le seuil transfusionnel correspond au taux d'hémoglobine en dessous duquel il est recommandé de ne pas descendre et où une transfusion sanguine peut-être indiquée : il a été défini par les Sociétés Savantes selon les facteurs extrinsèques (comorbidités, terrain) et intrinsèques (tolérance de l'anémie) des patients (3,7,9–12).

La stratégie restrictive est recommandée depuis 2014 par la Haute Autorité de Santé (HAS) en France. Il a été démontré qu'abaisser le seuil transfusionnel n'augmente pas la morbi mortalité, mais permet de diminuer le risque transfusionnel (13).

On distingue ainsi différents seuils transfusionnels selon le contexte clinique :

a) **Contexte d'urgence ou anémie aiguë**

Nous citerons dans ce contexte d'urgence les anémies d'apparition aiguë, comprenant également les hémorragies médicales actives extériorisées (d'origine digestives, gynécologiques, urologiques et oto-rhino-laryngologiques (ORL)).

En général, quel que soit le contexte, **le seuil transfusionnel est de 7 g/dl d'hémoglobine** pour tout patient sous réserve qu'il soit asymptomatique, c'est-à-dire qu'il ne présente pas de signes de mauvaise tolérance de l'anémie.

Pour les patients présentant des **antécédents cardiovasculaires définis par l'insuffisance cardiaque et/ou la coronaropathie**, le seuil transfusionnel est augmenté à **8g/dl**.

b) **Contexte d'anémie chronique**

Sont incluses dans ce contexte **les hémopathies** (les leucémies aiguës, les hémopathies malignes chroniques myéloïdes et lymphoïdes, les myélodysplasies, et les aplasies médullaires) et **les néoplasies solides**.

Le **seuil transfusionnel est de 8 g/dl** pour tout patient sous réserve qu'il soit asymptomatique et ne présente pas de signes de mauvaise tolérance de l'anémie. Il est cependant recommandé de ne pas dépasser une concentration en hémoglobine de 10 g/dl.

Dans les cas particuliers où l'anémie chronique est connue et bien tolérée : le seuil transfusionnel peut s'abaisser à 6g/dl, mais les recommandations sont peu claires, et cela reste à l'appréciation du clinicien (5,9).

Concernant **les anémies hémolytiques auto-immunes**, il est recommandé de ne pas suivre de seuil transfusionnel, et de se référer au plan personnalisé de soins.

Concernant **les anémies carencielles** (martiale, dues à un déficit en folates ou vitamine B12), il n'existe pas d'indication transfusionnelle : cette dernière est discutée selon la tolérance du patient.

Concernant les patients atteints d'**insuffisance rénale chronique**, traités par Erythropoïétine ou non, les indications transfusionnelles sont similaires à celles qui sont recommandées pour les différents autres groupes. De ce fait, il s'agit de déterminer la nature de l'anémie, de traiter les causes réversibles, et de déterminer quels symptômes pourraient justifier une transfusion. Si aucun n'est décelable, il n'est probablement pas indiqué de transfuser. Le niveau transfusionnel doit être individualisé en fonction de l'âge, de la vitesse d'installation de l'anémie, des problèmes médicaux associés et de la tolérance individuelle (14).

Enfin, compte tenu de leurs prises en charge spécifiques, les patients atteints de thalassémie ou de drépanocytose ne seront pas abordés dans ce travail. En effet, il est recommandé de se référer au médecin spécialiste et/ou au plan de soin personnalisé éventuel.

c) Contexte d'anémie chez la personne âgée

Pour la population gériatrique, définie par un âge supérieur à 80 ans. Les seuils transfusionnels restent les mêmes que pour les patients de moins de 80 ans.

Le **seuil transfusionnel reste à 7 g/dl** pour l'ensemble des patients sans antécédents ni comorbidités sous réserve qu'ils soient asymptomatiques et ne présentent pas de signes de mauvaise tolérance, et il passe à **8 g/dl pour un patient aux antécédents cardiovasculaires ou présentant une hémopathie ou une néoplasie solide**.

- **Tolérance de l'anémie et délai d'urgence de la prise en charge**

Au-delà des seuils transfusionnels, la décision de transfuser repose également sur d'autres facteurs (7) :

- La tolérance clinique de l'anémie ;
- La rapidité d'installation de l'anémie ;
- Le degré de correction de la volémie.

L'évaluation du clinicien prend une part importante pour juger ces différents facteurs, et notamment dans quel délai d'urgence doit être faite la transfusion, si elle est nécessaire (15).

En effet, devant des *signes de mauvaise tolérance clinique, et sous 10g/dl d'hémoglobine*, il existe une indication à transfuser le patient en urgence, quel que soit son taux d'hémoglobine.

Comme abordé précédemment, les signes de mauvaise tolérance sont dus à une hypoxie tissulaire responsable d'une symptomatologie fonctionnelle anoxique. Celle-ci peut se manifester par divers symptômes : dyspnée d'effort ou de repos, tachycardie ou palpitations, insuffisance cardiaque clinique, signes de souffrance coronarienne aigue, malaises, céphalées, vertiges, confusion (16,17), pouvant aller jusqu'au signes de choc (tachycardie, hypotension artérielle, signes cliniques d'hypoperfusion tissulaire) (3,18).

Il n'existe pas de recommandations claires sur le délai de prise en charge entre le diagnostic de l'anémie et l'acte transfusionnel lorsque celui-ci est indiqué. Cela reste à l'appréciation du médecin (12).

L'ensemble des seuils transfusionnels est résumé sur la figure 1 :

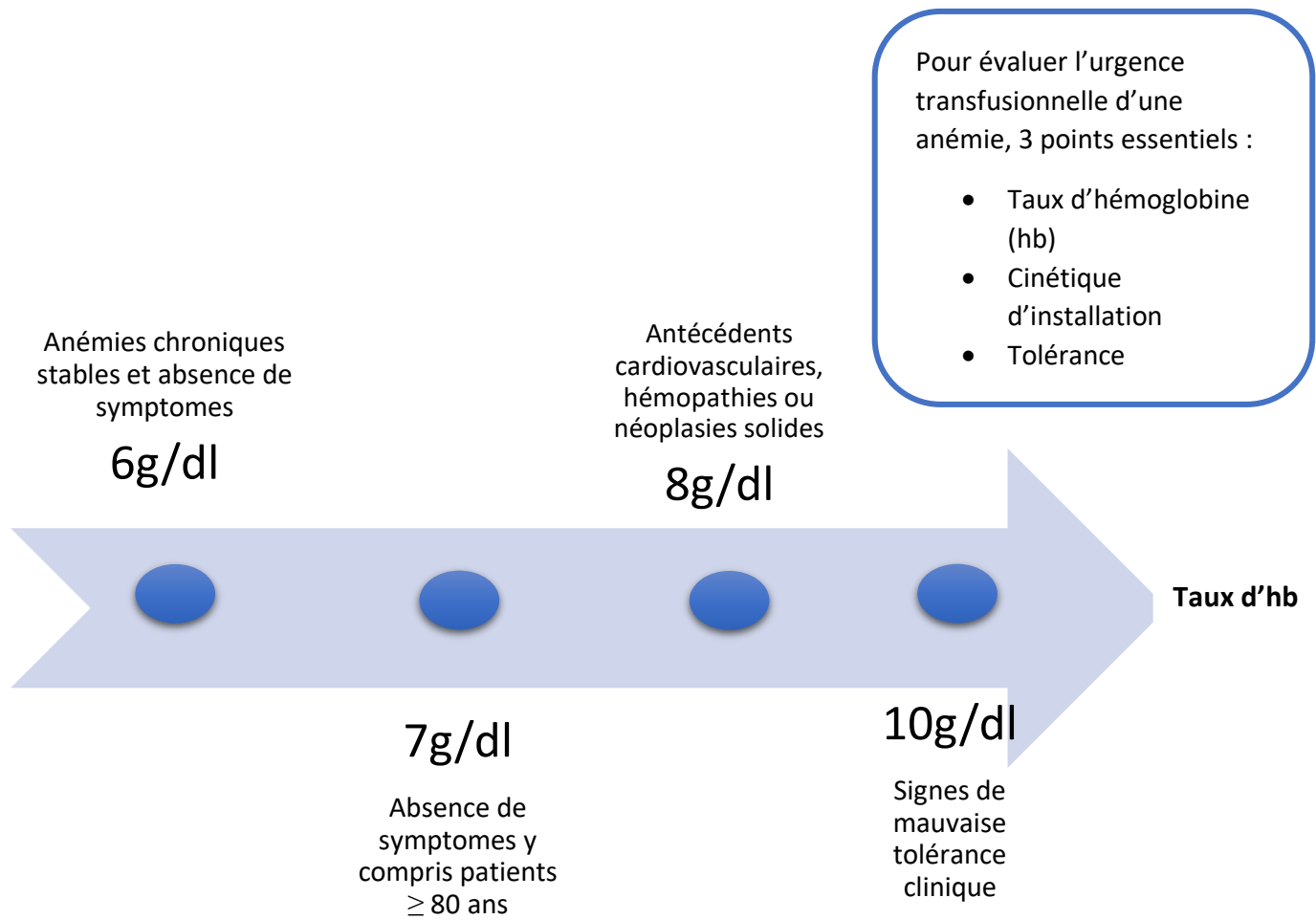


Figure 1 : Seuils transfusionnels (5,10,19)

2. Anémie et pratiques transfusionnelles

a) En France

L'anémie est un problème de santé publique qui touche plus particulièrement la personne âgée, institutionnalisée ou non (1).

On ne retrouve pas d'études sur la prévalence exacte de l'anémie en France dans la population générale. Les données statistiques et épidémiologiques sur l'anémie en général sont étonnamment limitées en raison des définitions variables de celle-ci selon les différents groupes de population (18).

Les différentes études portées sur l'anémie déterminent la prévalence de celle-ci sur des étiologies ou des populations spécifiques, ou dans les milieux spécialisés hospitaliers mais non en médecine générale.

La transfusion sanguine a concerné en 2016 et en France, selon le dernier rapport d'activité d'hémovigilance, 520 591 patients, ce qui en fait un acte thérapeutique non négligeable en termes de fréquence et de population traitée (20). Sur l'ensemble des produits sanguins labiles (PSL) prescrits sur le territoire français, les CGR sont les plus fréquents. Ces derniers représentent 80% de l'ensemble des PSL cédés (21).

L'anémie est la principale indication des prescriptions de transfusions (67,9%), suivie de l'hémorragie aiguë (21,8%).

La population concernée par la transfusion de CGR était dans presque la moitié des cas des patients transfusés pour des pathologies hématologiques et cancéreuses, suivis par ordre décroissant de la traumatologie et de la pathologie orthopédique, des pathologies gastroentérologiques, puis des pathologies cardiovasculaires.

La littérature montre que les pratiques transfusionnelles sont très variables, non seulement entre établissements, mais également entre praticiens exerçant au sein d'un même établissement (22), ce qui montre la complexité de l'acte transfusionnel.

b) Aux urgences

La transfusion de CGR est un acte fréquent et un problème quotidien dans les services des urgences (SU). En effet, au moins 20% des transfusions en CGR à l'hôpital sont administrées dans les SU. Cette prévalence s'explique par l'accueil de patients polyopathologiques et par la prise en charge de diverses étiologies d'anémie (3,23).

En revanche, peu de données sont disponibles quant à la pertinence de la transfusion en CGR dans ces services, notamment en termes de lieu et de délai. La pertinence est un terme large, qui est définie de façon différente selon les études.

Par exemple, dans une étude réalisée sur cinq services d'urgences en 2017, la pertinence de la transfusion de CGR au SU était similaire à celle des autres services hospitaliers, mais il existait des patients chez qui le délai de transfusion était relatif, c'est à dire entre 24 et 72 heures (23).

En outre, les données de la littérature montrent que la pertinence de prescription concernant la transfusion au SU n'est pas toujours argumentée, avec parfois jusqu'à 40% de prescriptions inadéquates. La conséquence est celle d'un taux élevé non toujours justifié dans les SU; l'exemple le plus fréquent étant la transfusion d'un patient anémié asymptomatique (9,23,24).

En 2013, dans une étude menée au sein de deux services d'urgence, quasiment un patient sur deux adressé par le médecin traitant pour anémie présentait une anémie chronique et une grande partie aurait pu être pris en charge de manière programmée sans passer par les urgences (25).

c) En médecine de ville

Actuellement, il n'existe que peu de recommandations claires sur la conduite à tenir devant la découverte d'une anémie modérée à sévère en médecine de ville. Elles sont principalement orientées sur les indications transfusionnelles, mais sans indication du délai de prise en charge entre la découverte de l'anémie et la transfusion, ni de l'orientation du patient (service d'urgences, service d'hospitalisation conventionnelle, Hôpital de Jour (HDJ)). La décision d'orientation et son délai repose principalement sur le regard clinique du médecin généraliste, et sur son interprétation (12,26,27).

3. Dans le territoire du Libournais

a) Service des urgences

Au SU du Centre Hospitalier (CH) de Libourne, le rapport de novembre 2018 de la HAS objectivait une moyenne de 124 passages par jour, classant ainsi ce SU en deuxième position en termes d'accueil après le SU du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) à Pellegrin (Bordeaux). On note également une nette augmentation de l'activité du SU de Libourne au fur et à mesure des années, avec une majoration de 45% de passages entre 2015 et 2018 (33 325 passages aux urgences en 2015 contre 48 352 en 2018) (28–31).

Il existe au sein du SU de Libourne un service d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), comprenant 10 lits et étant sous la responsabilité 24 heures sur 24 d'un médecin urgentiste. D'après les recommandations, le but de cette unité est de prendre en charge les patients issus du SU et :

- qui nécessitent une courte hospitalisation (de moins de 24 heures au total depuis leur arrivée dans le SU) pour un traitement et pour s'assurer que leur état évolue favorablement avant le retour à domicile ;

- qui nécessitent une observation de moins de 24 heures afin de préciser le diagnostic et l'orientation vers l'hospitalisation ou vers un retour à domicile ;

- qui sont en attente de la disponibilité (sous moins de 24 heures au total depuis leur arrivée dans le SU) d'un lit dans l'hôpital répondant aux conditions requises par leur état médical (32).

Au CH de Libourne, en 2018, on décomptait 8 937 hospitalisations en UHCD pour 48 352 passages au SU, soit une proportion de 18,5% de patients.

Concernant la transfusion en CGR au SU, celle-ci est en plein essor avec une augmentation de la délivrance en CGR de 21% entre 2012 et 2015 (33).

Face à ce constat d'augmentation de transfusions en CGR au SU, comprenant également celles réalisées en UHCD, un travail de thèse a été réalisé au sein du SU de Libourne entre 2015 et 2016. Il s'agissait d'y étudier la population transfusée et les pratiques transfusionnelle des

médecins urgentistes. Les données ont montré que la pertinence transfusionnelle ne semblait pas toujours avérée en termes de délai transfusionnel : certaines transfusions auraient pu être réalisées dans d'autres services, en urgence relative. Par ailleurs, les résultats ont montré que 46% des patients transfusés avaient été adressés par le médecin généraliste : un patient transfusé sur deux était ainsi orienté depuis la médecine de ville (33).

b) Hôpital de Jour

L'HDJ est un service qui permet d'accueillir les patients durant une matinée, une après-midi voire une journée complète, afin de réaliser des soins ou examens qui nécessitent la proximité d'un plateau technique, sans pour autant devoir être hospitalisés plusieurs jours. Cela entre dans le cadre de maladies chroniques le plus souvent.

Il permet ainsi de désengorger les services hospitaliers conventionnels, notamment celui du SU tout en offrant un confort aux malades, qui ne sont plus obligés d'être hospitalisés pour la même efficacité en termes de soins (34).

L'activité comprend des traitements (immunothérapie, transfusions, saignées), des bilans diagnostiques et des évaluations pluridisciplinaires facilitées par l'unité de lieu.

Les perspectives sont le développement des filières courtes, de la radiologie interventionnelle et des transfusions actuellement réalisées au SU (35).

L'HDJ commun de médecine du CH de Libourne fonctionne comme un plateau commun de 19 spécialités, comprenant : la neurologie, l'hématologie, la rhumatologie, la pneumologie, l'hépto-gastro-entérologie, la médecine interne, les maladies vasculaires, les maladies infectieuses, l'urologie, l'algologie, l'anesthésie, l'oncologie pour les transfusions, l'ORL, les soins palliatifs, la dermatologie, l'endocrino-diabétologie, la néphrologie, l'orthogénie et la chirurgie bariatrique. Il existe un quota de lits fixe de 20 places par jour mais sans nombre fixe pour chaque spécialité. C'est le flux en temps réel des patients des différentes spécialités, qui décide le nombre de places occupées.

La responsabilité de l'organisation et de la réalisation d'une prise en charge d'un patient au sein de ce service, dépend du service spécialisé demandeur et de son médecin référent.

Un(e) Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat de programmation est présent(e) afin de coordonner les demandes des différentes spécialités : elle réceptionne et traite ces dernières. L'entrée directe par la médecine de ville doit ainsi passer par un médecin spécialiste de l'hôpital.

Concernant le service d'hématologie : Le moyen de liaison actuel avec les médecins généralistes est un système de fax informatisé. Chaque jour un hématologue dédié étudie et répond aux demandes. C'est ensuite l'hématologue d'astreinte qui décide de programmer le patient en HDJ, en hospitalisation conventionnelle ou en consultation.

Pour les demandes d'avis, il existe un numéro de téléphone, à disposition des médecins généralistes également, géré de 8h à 18h jours ouvrables par un des hématologues et un numéro d'astreinte hors heures ouvrables 24/24 et 7/7.

Pour les demandes téléphoniques par le médecin généraliste concernant un nouveau patient, ce dernier doit envoyer un fax avec les coordonnées du patient et ses bilans récents pour juger la gravité du problème puis pour organiser la suite, soit en consultation soit en hospitalisation complète programmée la plupart du temps.

Chaque hématologue peut aussi être contacté par les médecins généralistes sur leur mail professionnels sécurisés.

Il n'existe pas actuellement de lits dédiés spécifiquement aux patients anémiés, bien qu'il s'y réalise des transfusions et des bilans d'anémie.

Actuellement, nous n'avons pas de données concernant l'effectif de patients envoyés au SU qui auraient pu être pris en charge en HDJ pour anémie et/ou transfusion. Aucune étude sur ce sujet au sein du SU de Libourne n'a été réalisée.

c) Médecine de ville

Concernant la filière médecine de ville - hôpital, l'Amicale des Médecins Libéraux du Libournais (AMLL), une association de médecins libéraux locale, avait été contactée par le médecin coordinateur de l'HDJ de Libourne. Il existe une demande de leur part de favoriser une filière courte évitant le passage des patients aux urgences.

4. Problématique

L'hôpital de Libourne est un gros centre hospitalier, et son SU couvre un large territoire avec un flux de patients journalier massif. L'anémie y est un motif fréquent d'admission, et les patients concernés sont souvent adressés par le médecin généraliste ou la médecine de ville.

Nous avons l'impression que certains de ces patients envoyés pour anémie et/ou transfusion sont adressés à tort au SU, leur prise en charge n'étant pas justifiée en urgence immédiate. En parallèle, nous avons la sensation que l'UHCD fait office de lieu de transfusion pour ces patients, alors que des alternatives de prise en charge plus adaptées pourraient être envisagées : orientation en HDJ par exemple.

Dans ce contexte, nous avons souhaité étudier la population envoyée par le médecin généraliste pour anémie et/ou transfusion : correspond-elle à une prise en charge en urgence ? Ou pourrait-elle correspondre à une autre filière ?

L'intérêt de ce travail étant multiple :

- comprendre les raisons d'un envoi non justifié au SU afin de proposer des solutions,
- diminuer un flux de patients non justifiés au SU,
- proposer à l'HDJ un effectif concret de patients éligibles à cette filière.

5. Objectifs de l'étude

L'objectif de notre étude est d'évaluer la pertinence de l'envoi au SU des patients pour anémie par le médecin généraliste.

Notre hypothèse principale est qu'il existe des patients chez qui cette pertinence de l'envoi au SU n'est pas avérée.

Notre objectif secondaire est d'évaluer dans notre population analysée le devenir des patients transfusés.

MATERIEL et METHODE

1. Etude

Afin de répondre à notre objectif, nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive monocentrique, au sein du service des urgences adultes du centre hospitalier de Libourne.

La population a été recueillie de manière rétrospective du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018.

2. Population

La population cible comprenait les **critères d'inclusion** suivants :

- Patients majeurs (hommes ou femmes âgés de 18 ans et plus)
- Admis dans le service des urgences adultes de Libourne
- Adressés par le médecin généraliste
- Admis pour « anémie » et/ou « transfusion »

Les critères d'exclusion comprenaient :

- Les patients mineurs (âgés de moins de 18 ans) ;
- Les patientes en cours de grossesse ;
- Les patients atteints de thalassémie et/ou de drépanocytose.

3. Recueil de données

3.1 Outils de recueil

- Les logiciels informatiques : CROSSWAY® et URQUAL®

Les dossiers des patients ont été étudiés à partir de deux logiciels informatiques présents au sein de l'hôpital de Libourne.

Le logiciel dénommé Crossway® est utilisé dans l'ensemble des services de l'hôpital. Il nous permet d'accéder à la « Synthèse » du patient qui regroupe les différents séjours en hospitalisation et consultations, les courriers médicaux, les comptes-rendus d'examens d'imagerie ainsi que les résultats biologiques.

Le logiciel Urqual® est utilisé uniquement dans le SU. Ce dernier est directement interconnecté au logiciel Crossway®, permettant ainsi d'y transférer le « compte-rendu du passage aux urgences » (CRU) dans la Synthèse, mais également de prescrire sur Crossway® via Urqual® pour les patients admis dans un service d'hospitalisation.

Ces deux logiciels nous ont permis d'avoir accès au dossier médical informatisé de chaque patient inclus dans notre étude et ainsi aux différentes données nécessaires : d'une part directement via le CRU, mais aussi via la Synthèse pour compléter nos renseignements (hospitalisations antérieures, suivi spécialisé éventuel notamment).

- Le Département d'Information Médicale (DIM) et leur Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)

Le DIM permet de faire le lien entre les activités médicales et le service administratif de l'hôpital. Il organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales sous l'autorité d'un médecin, notamment dans le cadre du PMSI, participant ainsi à la valorisation de l'activité de soins, base de la tarification de l'activité à l'hôpital. Après chaque prise en charge médicale, un codage est réalisé pour chaque diagnostic et acte effectué.

Concernant le SU de Libourne, le codage du diagnostic est fait en deux temps : théoriquement, il est réalisé par le médecin ayant pris en charge le patient, puis éventuellement, après relecture du dossier, il est complété par le secrétariat des urgences a posteriori.

3.2 Recueil de la population

Notre population a été recueillie à partir du PMSI « anémie » et/ou « transfusion » concernant les patients admis au SU de Libourne du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018.

3.3 Recueil des variables

Les variables ont été choisies à partir des différentes recommandations des Sociétés Savantes (7,36,37), ainsi qu'en fonction de notre objectif de travail.

Nous les avons au fur et à mesure retranscrites manuellement dans un tableau Excel® attribuant à chaque patient un numéro afin de maintenir l'anonymat de ces derniers.

a) Caractéristiques épidémiologiques de la population

Pour chaque patient, nous avons recueilli les données épidémiologiques : l'âge, le sexe, puis les comorbidités et antécédents, sélectionnés en fonction de notre étude et des recommandations (Tableau 1).

Tableau 1. Caractéristiques de la population analysée : antécédents et comorbidités

Antécédents cardiovasculaires	<u>Coronaropathie</u> <u>Insuffisance cardiaque</u>
Pathologies malignes	<u>Néoplasie solide :</u> Evoquée comme non guérie, traitée ou non <u>Hémopathie maligne :</u> Myélome, lymphome, leucémie lymphoïde chronique, syndrome myélodysplasique <u>Sous chimiothérapie</u>
Autres comorbidités	<u>Anémie carencielle :</u> martiale, vitamine B9, vitamine B12 <u>Insuffisance rénale chronique</u>

b) Caractéristiques d'admission au SU

Le motif d'admission pour chaque patient analysé était « anémie ». Nous avons considéré comme équivalents les motifs d'admission suivants :

- transfusion,
- anémie de découverte fortuite,
- anémie symptomatique,
- bilan d'anémie,
- prise en charge étiologique de l'anémie.

Nous avons considéré comme « envoyé par le médecin généraliste », les médecins ou professionnels de santé libéraux représentatifs de la médecine de ville, se retrouvant face à la découverte de l'anémie :

- médecins généralistes, traitant ou non ;
- médecins spécialistes libéraux;
- médecins SOS médecins;
- médecins de centres de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR);
- patients adressés par des EHPAD ;
- patients adressés par Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) libéral(e) ou salarié(e) en structure médicale ;
- patients directement envoyés au SU par le biologiste suite à un bilan biologique réalisé en externe ;
- médecins coordinateurs (Hospitalisation à Domicile (HAD) par exemple);

c) *Pertinence de l'envoi au SU*

Afin de répondre à notre objectif principal, nous avons utilisé comme critère de jugement : *la pertinence d'envoi au SU pour anémie par le médecin généraliste.*

La **pertinence d'envoi était considérée comme avérée** chez les patients présentant un des critères suivants :

- Anémie et signes de mauvaise tolérance clinique ;
- Anémie sans signes de mauvaise tolérance clinique, avec un **taux d'hémoglobine inférieur au seuil recommandé** et en-dessous duquel une transfusion est indiquée, selon le terrain du patient :
 - < à 6g/dl pour les patients avec anémie chronique, connue, stable ;
 - < à 7g/dl dans la population générale sans antécédents, y compris > 80 ans ;
 - < à 8g/dl pour les patients avec néoplasie solide, hémopathie maligne et/ou antécédents cardiovasculaires.

La **pertinence d'envoi était considérée comme non avérée** chez les patients avec une anémie asymptomatique et dont le **taux d'hémoglobine était égal ou supérieur au seuil recommandé** (Figure 2).

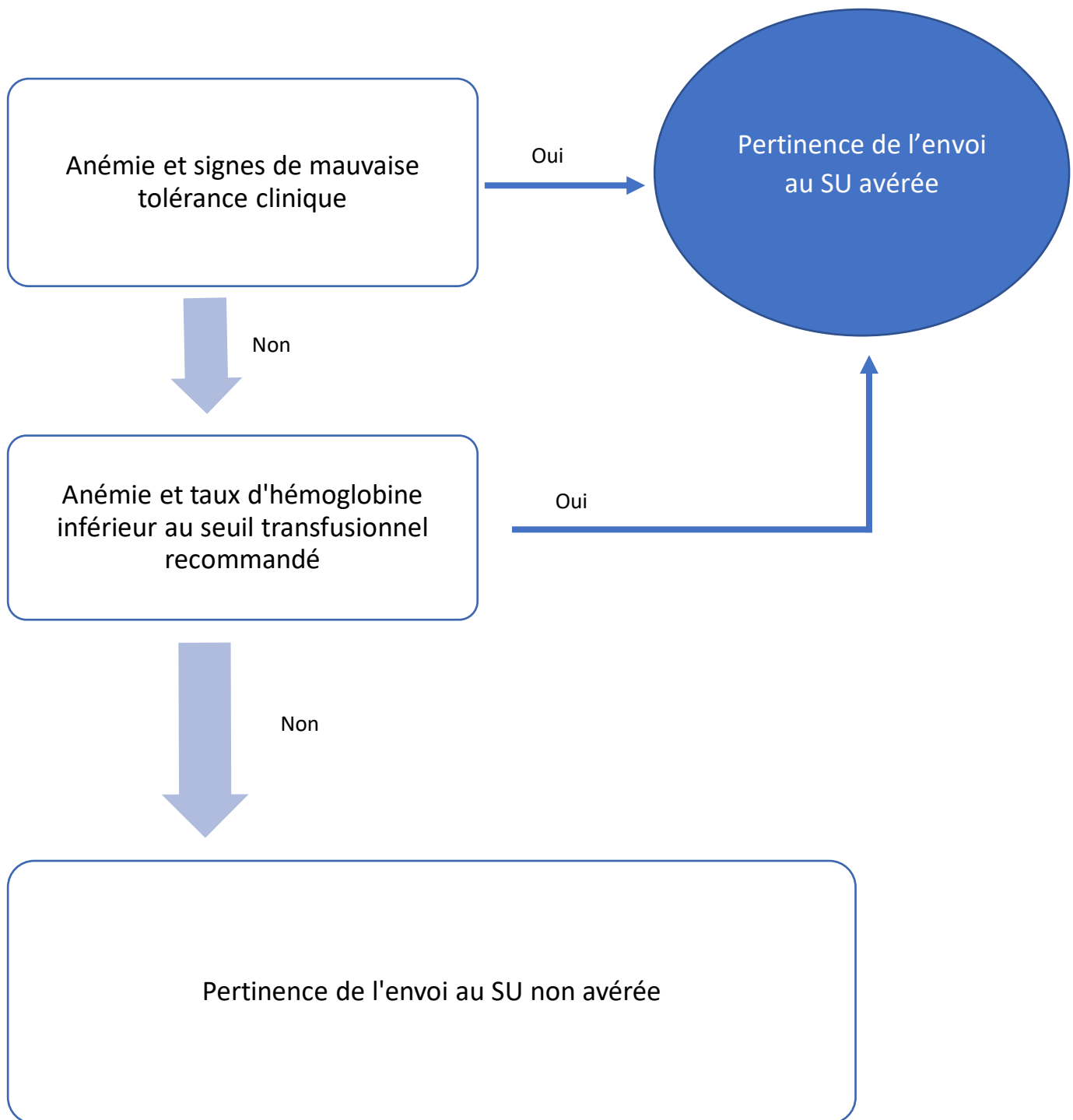


Figure 2 : Pertinence de l'envoi au SU des patients anémiés

Les signes cliniques de mauvaise tolérance de l'anémie ont été définis par la présence d'au moins un des signes cliniques suivant (7,38) :

- douleur thoracique typique évoquant une insuffisance coronarienne ;
- signes cliniques d'insuffisance cardiaque gauche et/ou droite ;
- dyspnée à l'effort ou au repos ;
- malaise et/ou vertiges : tout malaise confondu, vagal, syncopal ou non, non décrit ;
- confusion ;
- tachycardie isolée soit une fréquence cardiaque ≥ 100 bpm ;
- hypotension artérielle soit une pression artérielle systolique (PAS) ≤ 90 mmHg.

Nous n'avons pas pris en compte les signes cliniques comme l'asthénie ou la pâleur cutanéomuqueuse car nous avons considéré qu'il s'agissait de signes subjectifs et que ces derniers ne nécessitaient pas une prise en charge en urgence.

Nous avons recueilli le taux d'hémoglobine préhospitalier de chaque patient analysé et le taux d'hémoglobine initial réalisé à l'admission au SU. En effet, dans le cas où il existait un manque de donnée concernant le taux d'hémoglobine préhospitalier, nous avons pris en valeur de référence le taux d'hémoglobine initiale réalisé au SU.

d) Objectif secondaire : Devenir de la population transfusée

Nous avons regardé chez les patients transfusés **le délai entre l'admission au SU et la première transfusion de CGR** : inférieure à 12h, entre 12 et 24h, ou supérieure à 24h, **le lieu de la 1^{ère} transfusion** et **l'orientation du patient après la transfusion** : hospitalisation en service conventionnel ou retour à domicile.

4. Ethique

Aucun comité d’Ethique n’a été contacté.

De plus, ce travail a été réalisé hors-loi Jardé.

Cette étude monocentrique et réalisée en interne, a été validée par la Direction Qualité Gestion des Risques du CH de Libourne.

RESULTATS

1. Population

A partir des 1147 patients recueillis via le PMSI « anémie » et/ou « transfusion », nous avons inclus, un nombre de patients $n = 148$ patients.

Nous avons exclu un patient pour le motif suivant :

- Cas n° 45 : inexploitable devant le manque de données : absence de chiffre d'hémoglobine pré hospitalier et au SU.

→ Le nombre de patients analysés est $n = 147$ patients.

2. Caractéristiques de la population

Sur les 147 patients analysés : **51,7%** étaient des hommes ($n=76$), et **48,3%** étaient des femmes ($n=71$). La médiane était de 79 ans. (Figure 3)

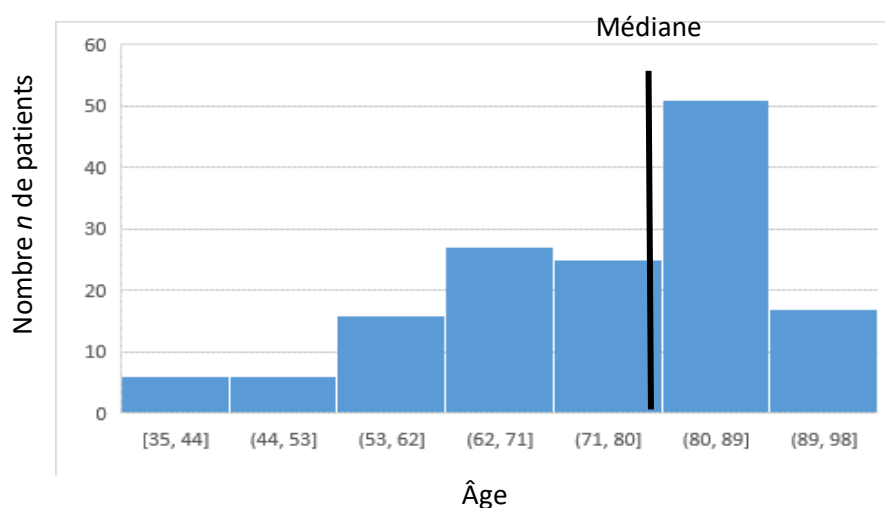


Figure 3 : Distribution de l'âge dans notre population ($n=147$)

Les antécédents et comorbidités sont développés dans le tableau 2.

Tableau 2. Caractéristiques de la population analysée

Caractéristiques épidémiologiques	
Population n	147
Sexe masculin en %	n=76 (51%)
Age médian en années	79
Comorbidités	
Antécédents cardiovasculaires	
Coronaropathies	n=30 (20%)
Insuffisances cardiaques	n=36 (25%)
Pathologies malignes	
Néoplasie solide	n=21 (14%)
Hémopathie	n=13 (9%)
Dont sous chimiothérapie	n=11 (8%)
Autres comorbidités	
Anémie chronique stable, connue	n=15 (10%)
Insuffisance rénale chronique	n=22 (15%)

3. Caractéristiques d'admission au SU

Parmi notre population analysée, 77,5% étaient adressés directement par le médecin généraliste (n=114) et 22,5% adressés par les professionnels de santé considérés comme tel (n=33) :

- 15 sur bilan biologiques externes ;
- 8 par un EHPAD ;
- 3 par un SSR ;
- 2 par un(e) IDE ;
- 4 par des spécialistes libéraux (2 cardiologues et 2 oncologues) ;
- 1 par un médecin coordinateur de l'HAD.

Le taux *d'hémoglobine moyenne était de 6,8g/dl* avec des valeurs extrêmes comprises entre 3 et 9,4 g/dl. La médiane était de 7g/dl. (Figure 4)

Par manque de données pour l'hémoglobine préhospitalière, nous avons pris pour valeur de référence le taux d'hémoglobine initial réalisé au SU dans 24% des cas ($n=36$).

Les moyennes des taux d'hémoglobine, en préhospitalier et au SU, sont comparables et leur différence n'est pas significative avec un $p = 0,92$.

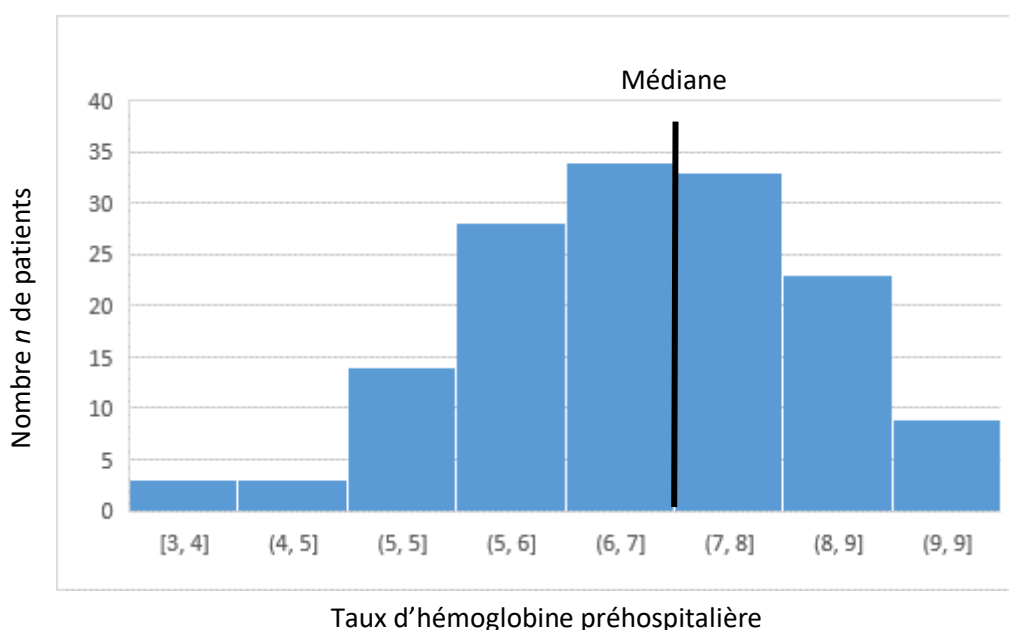


Figure 4 : Distribution des taux d'hémoglobine préhospitalière dans notre population

Concernant les signes de mauvaise tolérance, leur répartition est détaillée dans le tableau 3.

Tableau 3. Signes de mauvaise tolérance avant admission au SU

Signes de mauvaise tolérance clinique	$n=40$ (27% des patients admis)
Dyspnée	$n=20$ (56%)
Tachycardie	$n=6$ (17%)
Décompensation cardiaque	$n=4$ (11%)
Malaise/vertiges	$n=3$ (8%)
Douleur thoracique	$n=2$ (5%)
Hypotension artérielle sans tachycardie	$n=1$ (3%)

4. Pertinence de l'envoi au SU :

D'après nos critères, **la pertinence de l'envoi** au SU pour anémie par le médecin généraliste **n'était pas avérée dans 34%** des cas ($n=50$).

Les critères des patients, dont **la pertinence de l'envoi au SU était avérée dans 66%** des cas ($n=97$), sont détaillés dans les figures 5 et 6.

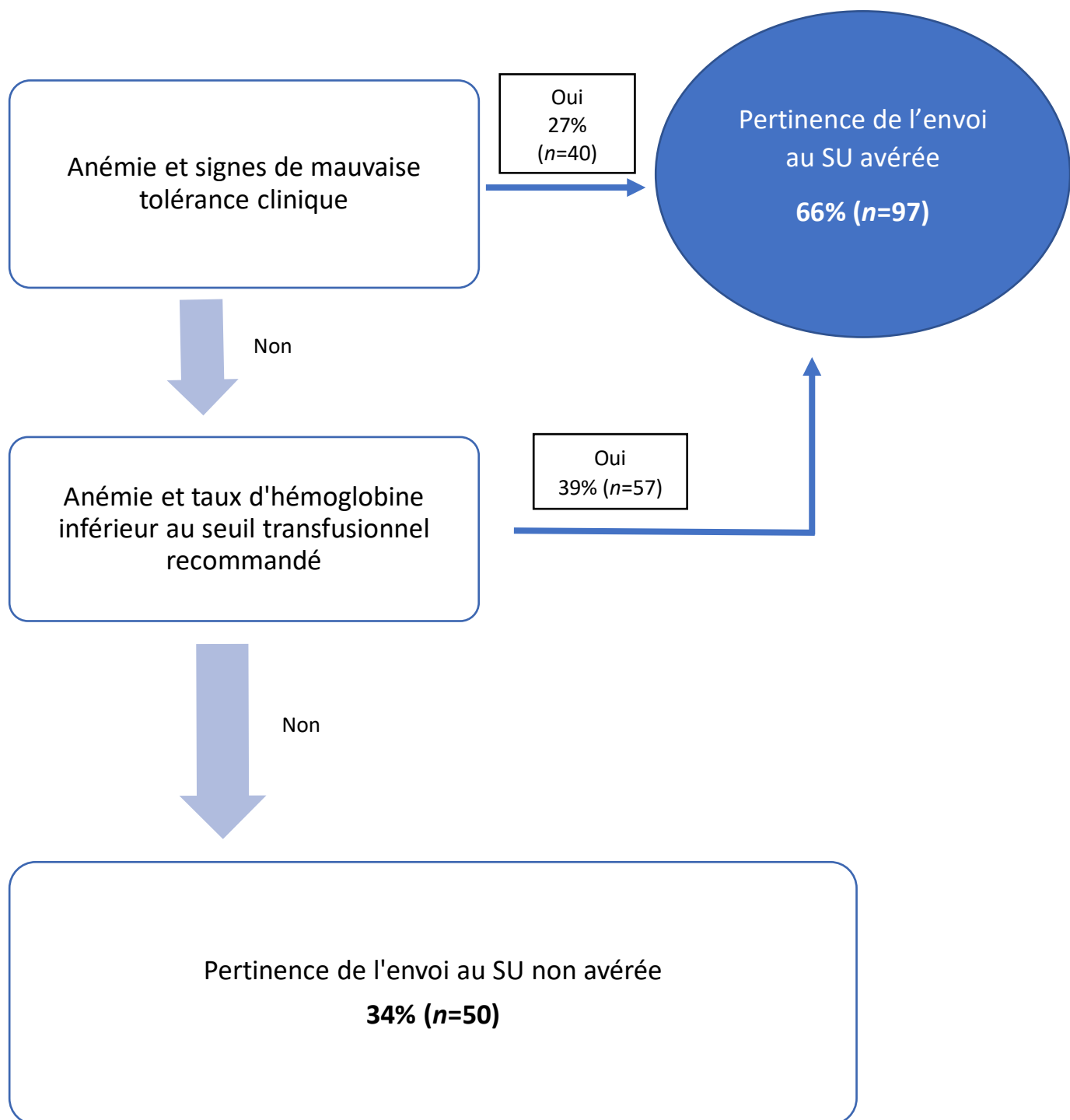


Figure 5 : Analyse de la pertinence de l'envoi au SU des patients anémiés

Concernant la population jugée pertinente et asymptomatique, avec un taux d'hb inférieur au seuil recommandé, la figure 6 explore le terrain des patients.

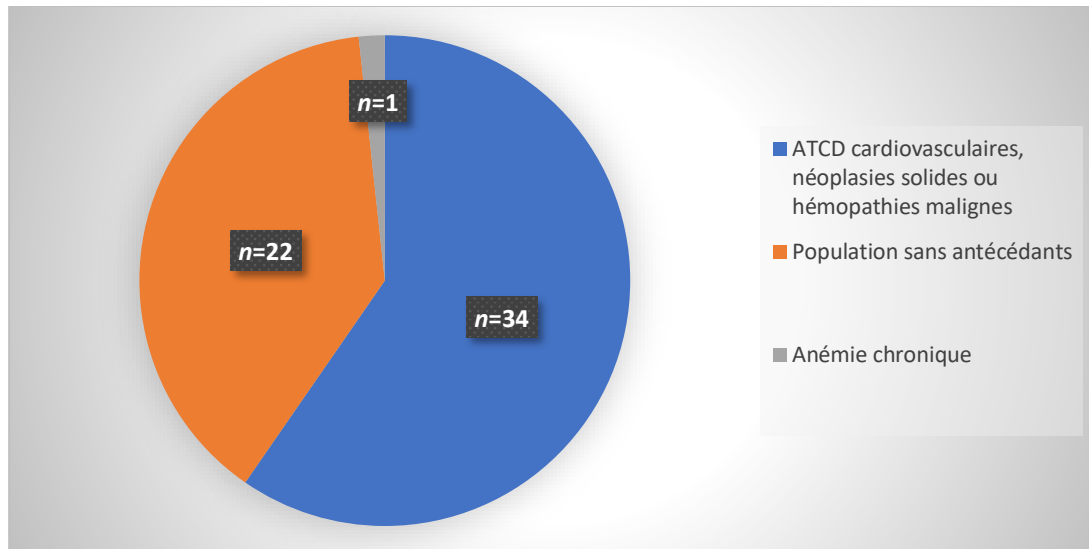


Figure 6 : Patients asymptomatiques sous le seuil d'hémoglobine recommandé

5. Objectif secondaire : devenir de la population transfusée

Sur l'ensemble de la population analysée, **86% des patients ont été transfusés** (n=127) :

- Lieu de première transfusion : **73% à l'UHCD** (n=93), 21% au SU (n=27) et 6% dans un service hospitalier (n=7).
- Délai de la 1^{ière} transfusion : **79,5% des patients transfusés l'ont été dans les 12h** (n=101), 16,5% ont été transfusés entre 12 et 24h (n=21), et 4% ont été transfusés après 24h (n=5) (Figure 7).

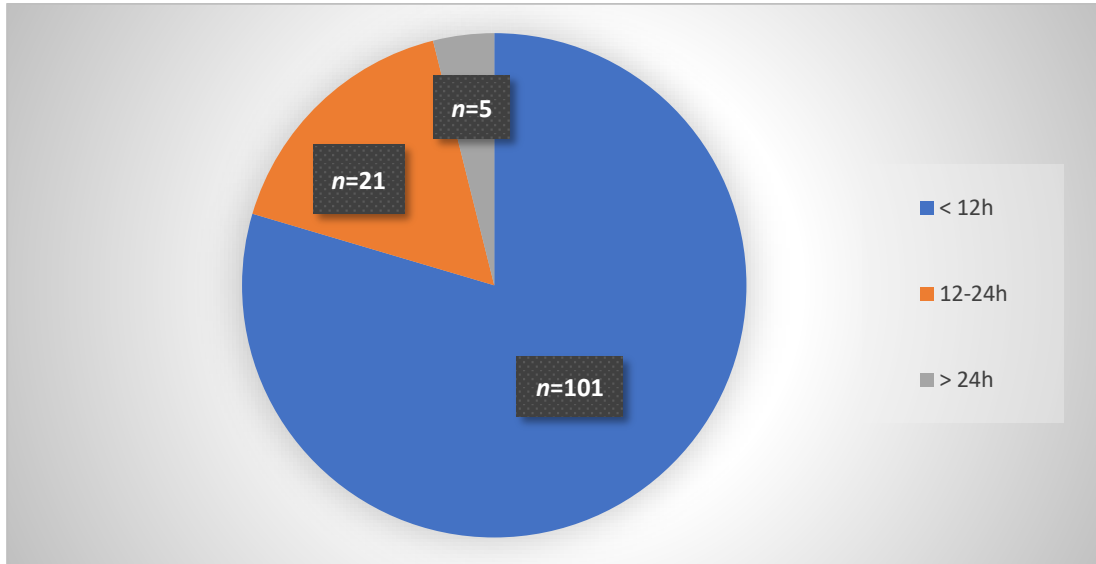


Figure 7 : Délai de la 1^{ière} transfusion

- ***Devenir* : 31.5% (n=40) sont rentrés à leur domicile après transfusion :**
 - 85% (n=34) ont été transfusés en moins de 12h.
 - 12,5% (n=5) ont été transfusés entre 12 et 24h.
 - 2.5% (n=1) ont été transfusés après 24h.

Sur les **73% transfusés en UHCD (n=93) : 39% (n=36) sont rentrés à leur domicile** après leur transfusion, et concernant le délai de transfusion :

- 83% (n=30) ont été transfusés en moins de 12h ;
- 14% (n=5) ont été transfusés entre 12 et 24h ;
- 3% (n=1) ont été transfusés en plus de 24h.

DISCUSSION

1. Population

Comparée à la littérature, notre population est représentative pour les données épidémiologiques, les comorbidité et les antécédents.

Concernant l'anémie, nous ne retrouvons pas de travail étudiant cette dernière aux urgences : les données concernent directement les populations transfusées. Ces populations étant dans la moitié des cas transfusées pour anémie, nous retrouvons des similitudes concernant la répartition des âges, les antécédents et les comorbidités avec notre population. (20,23)

Les signes cliniques de mauvaise tolérance de l'anémie, dans notre population sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature. La dyspnée ressort comme le symptôme le plus fréquent (39,40).

Concernant les caractéristiques d'admission au SU de notre population, nous avons considéré dans 22% des cas comme envoyé par le médecin généraliste, les médecins ou professionnels de santé libéraux représentatifs de la médecine de ville. Ce choix peut engendrer un biais de sélection: en effet, nous n'évaluons pas seulement les médecins généralistes. Cependant nous avons fait ce choix car nous évaluons la réalité du terrain en médecine de ville et tous ces acteurs en font partie : ils adressent également les patients aux urgences pour anémie et/ou transfusion.

2. Méthode

a) Type d'étude

Afin de répondre à notre objectif principal, nous avons évalué la pertinence de l'envoi au SU des patients pour anémie par les médecins généralistes, à l'aide d'une étude observationnelle rétrospective, descriptive et monocentrique sur une durée de 12 mois.

Bien que discutable, le caractère rétrospectif de l'étude nous a permis de respecter l'objectivité de la prise en charge des médecins généralistes : leurs prises en charge n'ont pas été influencées par notre travail et demeurent spontanées.

Il existe cependant un biais d'information par manque de données.

Pour notre objectif principal, le manque de données a concerné le taux d'hb pré-hospitalière : dans près d'un quart des cas, nous avons dû prendre comme valeur de référence le taux d'hb réalisé au SU.

Cependant, le biais est minime : les moyennes des taux d'hémoglobine préhospitaliers et au SU sont comparables. Il n'existe pas de différence significative.

Concernant notre objectif secondaire, la principale difficulté a été celle du recueil du délai entre l'admission au SU et le moment de la première transfusion.

Les prescriptions de CGR et la surveillance paramédicale transfusionnelle étant manuscrites, nous n'avons pas les informations relatives à la prescription ni au déroulement de la transfusion. La prescription informatique de la transfusion était présente mais parfois réalisée a posteriori de la prise en charge du patient. De ce fait, il a fallu déduire la tranche horaire de la première transfusion en recoupant les informations des différentes observations, ce qui reste un biais d'information notable.

b) Algorithme

Le recueil à partir du PMSI reste fiable et nous a permis d'être exhaustif pour l'inclusion de notre population.

Dans notre algorithme, et pour évaluer la pertinence d'envoi au SU, nous avons inclus la notion de seuil transfusionnel.

Les recommandations sur la prise en charge de l'anémie modérée à sévère en médecine de ville sont peu présentes et peu précises dans la littérature. Celles-ci concernent principalement la prise en charge des patients dont la situation clinique n'est pas rencontrée en médecine générale, mais plutôt dans des situations spécifiques et vues en milieu hospitalier et/ou péri-opératoire.

La notion de seuil transfusionnel varie selon les caractéristiques des patients en prenant en compte, hormis leur examen clinique, leurs antécédents et comorbidités.

C'est en ce qui concerne la prise en charge de l'anémie modérée à sévère en médecine générale chez les patients aux antécédents cardiovasculaires que nous nous sommes interrogés sur la valeur du taux d'hémoglobine à retenir comme seuil transfusionnel.

En effet, depuis les nouvelles recommandations impliquant la stratégie restrictive en 2014, les recommandations concernant le seuil transfusionnel chez un patient de moins de 80 ans, stable, asymptomatique, aux antécédents cardiovasculaires restent imprécises et laissent hésiter entre un seuil à 7g/dl pour les cardiopathies stables (HAS (7)), contre 8 à 9g/dl retrouvé dans d'autres revues de la littérature (10).

Nous avons donc préféré garder comme valeur de référence le taux de 8g/dl chez ce type de patients, avec un risque de surestimer la pertinence de l'envoi au SU par le médecin généraliste.

Au-delà des seuils transfusionnels et des autres facteurs cités précédemment (tolérance clinique de l'anémie, rapidité d'installation et degré de correction de la volémie), la décision transfusionnelle et le délai d'urgence sont intimement liés à l'évaluation du clinicien (15). Or, notre algorithme ne prend pas en compte le ressenti du clinicien et donc le côté subjectif et médecin dépendant de l'évaluation clinique du patient.

3. Pertinence de l'envoi au SU

a) Discussion des cas non pertinents

La pertinence de l'envoi au SU pour anémie par le médecin généraliste n'était pas avérée dans 34% des cas ($n=50$), soit plus d'un tiers des cas, ce qui nous semble être un effectif conséquent.

Notre hypothèse principale est donc vérifiée : il existe des patients dont la pertinence de l'envoi au SU par le médecin traitant pour anémie n'est pas avérée d'après notre algorithme.

Afin de proposer des solutions, nous avons regardé au cas par cas les patients non pertinents pour comprendre les problématiques supposées rencontrées par les médecins généralistes.

Deux grands types de situation en sont ressortis. Nous avons choisi d'exposer certains de ces cas afin de les illustrer :

- Nous avons eu la sensation que pour certains cas, les médecins généralistes avaient besoin d'un avis, d'une hospitalisation programmée (pour examen ou bilan) ou d'une consultation externe, plutôt que d'une prise en charge au SU;

*Cas n°6 : Patiente de 94 ans, pas d'antécédents, adressée par le médecin traitant pour anémie ;
Hb préhospitalière à 8,7 g/dl et absence de signe de mauvaise tolérance ;
Non transfusée, retour au domicile.*

*Cas n°35 : Patient de 79 ans, pas d'antécédents, adressée par le médecin traitant pour bilan d'anémie ;
Hb préhospitalière à 8,3 g/dl et absence de signe de mauvaise tolérance ;
Non transfusé, retour au domicile.*

*Cas n°48 : Patiente de 36 ans, pas d'antécédents, adressée par le médecin traitant pour anémie sur suspicion de méléna, non constaté aux SU ;
Hb au SU (hb préhospitalière non connue) à 9,1g/dl, sans signe de mauvaise tolérance ;
Non transfusée, retour au domicile avec exploration endoscopique programmée à distance.*

Cas n°70 : Patient de 87 ans, antécédents de coronaropathie, adressé par le médecin traitant pour bilan d'anémie ;

Hb préhospitalière à 8,8g/dl, sans signe de mauvaise tolérance ;

Non transfusé, retour au domicile.

- Dans d'autres cas, nous avons eu la sensation que les patients avaient tout de même besoin d'un traitement hospitalier mais dans un délai d'urgence relative (programmation en HDJ par exemple) ;

Cas n°12 : Patiente de 90 ans, antécédents d'anémie chronique connue et stable, adressée par le médecin traitant pour anémie ;

Hb préhospitalière à 6,9g/dl, sans signe de mauvaise tolérance ;

Transfusée dans les 12h à l'UHCD puis retour au domicile dans les 24h.

Cas n° 27 : Patient de 71 ans, antécédents d'insuffisance rénale chronique, adressé par le médecin coordinateur de l'HAD pour anémie sur hématome post traumatique ;

Hb préhospitalière à 7,5g/dl, sans signe de mauvaise tolérance ;

Transfusé à l'UHCD dans les 12h et retour au domicile dans les 24h.

Cas n°134 : Patiente de 91 ans, antécédents d'insuffisance cardiaque stable, d'insuffisance rénale chronique, d'anémie chronique carencielle et de démence, connue pour transfusions itératives, adressée par l'EHPAD pour anémie ;

Hb préhospitalière à 8g/dl, sans signe de mauvaise tolérance ;

Transfusée en gériatrie à plus de 24h.

c) Discussion des cas pertinents asymptomatiques

La pertinence de l'envoi au SU pour anémie par le médecin généraliste était avérée dans 66% des cas (n=97). Parmi cette population : 59% étaient asymptomatiques mais leur taux d'hémoglobine était sous le seuil recommandé (n=57).

Comme nous l'avons déjà abordé auparavant, au-delà du seuil transfusionnel « brut », l'indication à la prise en charge en urgence dépend de plusieurs autres facteurs. En regardant au cas par cas, nous avons eu la sensation que pour certains patients, la prise en charge relevait d'une urgence "relative", avec une orientation envisageable ailleurs qu'au SU.

Nous avons choisi de revenir sur 13 cas (soit presque un quart de cette population), qui nous ont fait discuter la pertinence de leur prise en charge en urgence : l'envoi de ces patients au SU était pertinent d'après nos critères, mais nous avons eu l'impression qu'ils auraient pu correspondre à une autre filière. Bien évidemment, nous sommes partis d'une lecture objective du cas mais nous ne connaissions pas le ressenti du clinicien, qui suffisait peut-être à justifier l'envoi au SU et/ou la transfusion en urgence.

Cas n° 8 : Patiente de 68 ans, sans antécédents, adressée après contact téléphonique par son médecin traitant pour bilan d'anémie sur suspicion de méléna depuis plusieurs semaines ; Hb préhospitalière à 6.5g/dl, sans signe de mauvaise tolérance ; Transfusée à l'UHCD dans les 12h puis hospitalisée en gastroentérologie.

➔ Bonne tolérance, anémie probablement d'évolution progressive sur méléna :

L'HDJ sur lits de gastroentérologie semble adaptée pour la transfusion avant une prise en charge en consultation ou hospitalisation en gastroentérologie.

Cas n°17 : Patiente de 93 ans, antécédents d'insuffisance cardiaque et d'anémie chronique, adressée par le médecin traitant pour anémie ;

Transfusions itératives tous les 15 jours ;

Hb préhospitalière à 7,6g/dl, sans signe de mauvaise tolérance ;

Transfusée à l'UHCD entre 12 et 24h et retour au domicile.

➔ L'HDJ semble adaptée pour l'organisation des transfusions itératives.

Cas n° 30 : Patient de 84 ans, antécédents d'anémie chronique sur hémopathie maligne avec transfusions itératives, adressé par le médecin traitant pour anémie ;
Hb initiale au SU à 7,1g/dl (hb préhospitalière non connue), sans signe de mauvaise tolérance ;
Transfusé dans les 12h au SAU et retour à domicile.

➔ L'HDJ sur lits d'hématologie à programmer semble adaptée au vu des transfusions itératives.

Cas n°47 : Patiente de 84 ans, antécédents d'insuffisance rénale chronique et d'anémie chronique sur myélodysplasie, adressée par le médecin traitant pour anémie ;
Hb préhospitalière à 7,5g/dl, sans signe de mauvaise tolérance ;
Transfusée à l'UHCD dans les 12 à 24h et hospitalisée en gériatrie.

➔ Anémie chronique sur terrain d'insuffisance rénale chronique et myélodysplasie, sans signe de mauvaise tolérance : une hospitalisation programmée en urgence relative semble adaptée.

Cas n°65 : Patiente de 87 ans, antécédents d'insuffisance rénale chronique, adressée par le médecin traitant pour découverte fortuite d'anémie sur bilan en EHPAD ;
Hb initiale au SU à 6,9g/dl (hb préhospitalière non connue), sans signe de mauvaise tolérance ;
Transfusée dans les 12h dans le SU puis hospitalisée en gériatrie.

➔ Bonne tolérance, anémie de découverte fortuite : une hospitalisation programmée en urgence relative semble adaptée.

Cas n°67 : Patient de 95 ans, antécédents d'insuffisance rénale chronique, d'hémopathie maligne et d'anémie carencielle chronique, antécédents de transfusions itératives, adressé par le médecin traitant pour anémie ;
Hb préhospitalière à 5,2g/dl, sans signe de mauvaise tolérance ;
Transfusé dans les 12h au SU puis hospitalisé en hématologie.

➔ Bonne tolérance, antécédents de transfusions itératives : une hospitalisation programmée en urgence relative semble adaptée.

Cas n°71 : Patient de 70 ans, antécédents de coronaropathie et de néoplasie solide, adressé par le médecin traitant pour anémie ;

Hb préhospitalière à 7,5g/dl, sans signe de mauvaise tolérance ;

Non transfusé devant hb à 8,5g/dl au SU ;

→ L'HDJ semble être adaptée pour programmer une transfusion en urgence relative.

Cas n° 95 : Patient de 47 ans, antécédents d'hémopathie maligne, adressé par le médecin traitant pour anémie ;

Hb préhospitalière à 6g/dl, sans signe de mauvaise tolérance ;

Non transfusé car patient pris en charge pour une anémie hémolytique sous corticoïdes en cours d'exploration et hospitalisé en hématologie.

→ L'envoi au SU en urgence est discutable. Dans le cadre d'une anémie hémolytique, il est recommandé de se référer à l'hématologue référent et/ou au plan personnalisé de soins.

Cas n° 119 : Patient de 67 ans, antécédents de néoplasie sous radio chimiothérapie au CH de Libourne, adressé par le service d'oncologie où il est suivi pour anémie et transfusion, devant l'absence de place ni de médecin joignable dans le service ;

Hb initiale au SU à 7g/dl (hb préhospitalière non connue), sans signe de mauvaise tolérance ;

Transfusé dans les 12h à l'UHCD puis hospitalisé en oncologie.

→ L'orientation au SU semble avoir été faite à défaut de réponse d'aval, malgré un souhait initial d'hospitalisation programmée.

Cas n°121 : Patient de 88 ans, antécédents de néoplasie solide, adressé pour rectorragie active sur néoplasie en prise en charge palliative en EHPAD ;

Hb préhospitalière à 6g/dl sans signe de mauvaise tolérance ;

Transfusé entre 12 et 24h en UHCD puis hospitalisé en gériatrie.

→ Terrain de soins palliatifs, bien toléré. Une hospitalisation programmée en urgence relative semble adaptée.

Cas n° 123 : Patiente de 88 ans, antécédents d'anémie chronique sur hémopathie maligne (anémie réfractaire avec excès de blastes) adressée par l'IDE de l'EHPAD pour anémie ; Hb initiale au SU à 7,2g/dl, sans signe de mauvaise tolérance ; Transfusée dans les 12h à l'UHCD puis retour au domicile dans les 24h.

→ L'HDJ semble adaptée pour programmer une transfusion.

Cas n°133 : Patiente de 88 ans, antécédents d'anémie chronique sur hémopathie, adressée par le médecin traitant pour anémie et transfusion sur bilan biologique de contrôle ; Hb préhospitalière à 5,4g/dl, sans signe de mauvaise tolérance ; Transfusée dans les 12h au SU puis hospitalisée en hématologie.

→ Terrain d'anémie chronique suivi par hématologue et transfusions itératives : une hospitalisation programmée en urgence relative semble adaptée.

Cas n°143 : Patient de 64 ans, antécédents de néoplasie sous chimiothérapie, adressé par un autre hôpital pour anémie post chimiothérapie et transfusion ; Hb initiale au SU à 7,4g/dl (hb préhospitalière non connue), sans signe de mauvaise tolérance ; Transfusé dans les 12h en UHCD puis retour au domicile.

→ L'HDJ pour transfusion semble adaptée.

Au-delà du seuil transfusionnel, l'indication à la transfusion n'est pas toujours synonyme d'urgence immédiate. La pertinence de l'envoi au SU était discutable pour 23% des cas pertinents asymptomatiques (n=13) avec une prise en charge thérapeutique dont l'urgence était relative. Une programmation en HDJ ou en hospitalisation conventionnelle dans les 24 à 72h semblait adaptée.

4. Objectif secondaire : Devenir de la population transfusée

Sur l'ensemble des patients transfusés (soit 86% ($n=127$)), **près d'un tiers**, soit 31.5% ($n=40$) **sont retournés à leur domicile** après leur transfusion.

Parmi ces patients : **85% ont été transfusés en moins de 12h.**

D'un autre point de vue : Toujours sur l'ensemble des patients transfusés : **73% des patients ont été transfusés en UHCD ($n=93$). Parmi eux, 39% ($n=36$) sont rentrés à leur domicile** après leur transfusion, **dont 83% ($n=30$) en moins de 12h**, 14% ($n=5$) entre 12 et 24h et 3% ($n=1$) après 24h.

Ces données nous incitent à penser que les patients ne présentaient pas de signe de gravité et que l'urgence restait relative.

Par ailleurs, en regardant les résultats obtenus, il est intéressant de discuter du rôle de l'UHCD. La majorité des patients ont été transfusés dans ce service annexe des urgences avant leur retour à domicile. Cette organisation est comparable au fonctionnement de l'HDJ.

On se demande alors si ces patients n'auraient pas pu correspondre à une autre filière, programmée type HDJ.

Pour exemple, nous avons choisi d'exposer un cas illustrant cette idée :

Cas n°11 : Patient de 92 ans, antécédents de coronaropathie et d'insuffisance cardiaque stable, adressé par le médecin traitant pour anémie à 7,8g/dl, sur un méléna connu depuis plusieurs semaines, sans signe de mauvaise de tolérance ;

En effet, compte tenu du terrain cardiovasculaire, nous sommes en dessous du seuil transfusionnel. L'indication transfusionnelle est pertinente. Seulement, le patient a été pris en charge pour transfusion à plus de 24h à l'UHCD et est retourné à son domicile avec un examen endoscopique programmé.

Cette prise en charge est une urgence relative, et l'HDJ semble adapté.

→ *Bien qu'il s'agisse de données secondaires, cela semble rejoindre l'impression évoquée précédemment. Il semblerait qu'il existe des patients adressés au SU par le médecin traitant pour anémie qui, bien qu'éligibles à une transfusion, auraient pu être orientés sur un délai d'urgence plus relatif, par exemple en HDJ dans les 24 à 72 heures.*

5. Synthèse : ce qui ressort de cette étude

De cette étude, nous avons pu constater que l'envoi au SU par le médecin généraliste des patients pour anémie n'était pas toujours adapté :

- *Soit la pertinence de l'envoi au SU n'était pas avérée d'après nos critères*, avec la sensation qu'une consultation externe, un avis, ou une hospitalisation programmée, auraient été plus adaptés, sans nécessité de passer par les urgences.
- *Soit la pertinence de l'envoi au SU était avérée mais discutable*, après étude au cas par cas : l'orientation programmée (HDJ, hospitalisation conventionnelle) aurait peut-être été plus adaptée qu'un envoi au SU.

Notre hypothèse principale est confirmée : il existe des patients dont la pertinence de l'envoi au SU par le médecin traitant pour anémie n'est pas avérée.

Il semblerait que pour certains de ces patients, une prise en charge organisée et programmée, en urgence relative, aurait pu être plus adaptée.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces résultats :

- **Les problèmes de logistique** : Par manque de temps en consultation pour organiser l'hospitalisation, ou par manque de places dans les services hospitaliers : le médecin généraliste peut être confronté à une impossibilité d'hospitalisation directe, avec envoi par défaut des patients au SU ;

- **La crainte du médecin généraliste d'une dégradation rapide et de complications** chez son patient. Il préférera alors l'adresser au SU devant l'absence de surveillance possible en ambulatoire ;
- **La non fonctionnalité de la filière médecine de ville – hôpital**, et/ou sa méconnaissance par les médecins généralistes ;
- **Le manque de connaissances des seuils transfusionnels** : la notion de stratégie restrictive est relativement récente, et les médecins généralistes peuvent encore appliquer les anciennes recommandations.

Nous avons par ailleurs réalisé un audit avec l'aide du Conseil départemental de Gironde de l'Ordre des médecins, auprès des médecins généralistes de la région du Libournais, afin d'évaluer leurs pratiques professionnelles face à la découverte d'une anémie.

Malheureusement, malgré deux relances, nous n'avons obtenu que 14 réponses sur les 54 médecins sollicités, et n'avons donc pu exploiter ces données.

Cependant, les résultats obtenus nous donnent tout de même une idée de leurs pratiques et sont intéressants pour appuyer nos hypothèses précédentes et rejoignent la demande des médecins de l'AMLL (Annexe 1):

- 12 des médecins généralistes **envoient systématiquement le patient aux urgences** sous un certain taux d'hémoglobine ; dans presque la moitié des cas ($n=5$) ce **seuil est de 8g/dl**.
- Les médecins généralistes attestent rencontrer des difficultés pour adresser leurs patients à l'hôpital. Dans 2/3 des cas, ils rapportent avoir un contact fonctionnel mais l'admission en urgence relative (48-72h) est impossible, souvent par manque de places. Ceci expliquerait l'envoi direct aux urgences.

6. Ouverture

Afin de diminuer la proportion de patients envoyés pour anémie par le médecin généraliste dont la pertinence de l'envoi au SU n'est pas avérée, il nous paraît indispensable d'améliorer la filière médecine de ville – hôpital.

En effet, il semblerait qu'il s'agisse surtout d'une non fonctionnalité de cette filière avec la nécessité de rappeler et de recadrer les outils déjà existant, mais non connus ou non utilisés par les médecins généralistes.

Pour cela, nous proposons de protocoliser la conduite à tenir devant la découverte d'une anémie en ville, lorsque le médecin généraliste a besoin d'un avis spécialisé immédiat et/ou d'une prise en charge hospitalière en urgence.

Ainsi, soit en utilisant la ligne directe d'astreinte spécifique à la spécialité, soit après être passé par le standard, le médecin généraliste est mis en contact avec le spécialiste dont il a besoin. De là, cinq situations possibles en découlent:

- le degré d'urgence est tel que le patient est orienté directement vers le SU ;
- un avis simple est donné par le spécialiste pour une prise en charge en ambulatoire ;
- une consultation externe est indiquée ;
- une hospitalisation conventionnelle est programmée ;
- la prise en charge en HDJ est adaptée : dans ce cas-là, le médecin généraliste est réorienté vers l'IDE de l'HDJ afin de programmer l'hospitalisation.

Le schéma récapitulatif, qui pourra être utilisé comme outil de diffusion, après validation auprès des différents protagonistes, se trouve en annexe 2.

Ce protocole sera diffusé à l'ensemble des médecins généralistes de la région du Libournais et des professionnels de santé concernés, par mails via l'Ordre des Médecins. Nous pourrions ensuite dans un premier temps refaire un point à 6 mois avec ces médecins, par le biais d'un questionnaire par mail par exemple, afin d'évaluer l'évolution de la fonctionnalité de la filière, d'étudier les éventuelles améliorations et donc l'efficacité de celle-ci.

Par la suite, nous pourrions proposer une présentation de la structure et des solutions créées lors d'une soirée par exemple, ouverte aux médecins généralistes, aux médecins régulateurs de la permanence des soins et du SAMU, aux médecins des SSR et autres structures médicales pouvant être en relation avec le CH de libourne (exemple du patient habitant dans le libournais mais suivi en oncologie par un autre hopital que Libourne), qui se réitérerait de façon bi-annuelle par exemple, et où les problématiques seraient exposées tant du côté hospitalier que de ville.

Il serait interessant pour compléter ce travail de contacter les autres hôpitaux (CHU, périphérie) pour savoir comment fonctionne leur filière médecine de ville – hôpital et s'ils ont des problématiques similaires.

Il serait également intéressant de refaire un travail qualitatif en interrogeant les médecins généralistes du libournais, via un questionnaire ou à l'aide d'un entretien semi-directif.

Enfin, notre travail pourrait permettre d'élargir la question à d'autres problématiques que l'anémie, entre la médecine de ville et le SU.

CONCLUSION

L'anémie est un problème de santé publique du fait de sa prévalence élevée. Elle est un motif d'admission fréquent aux urgences.

Nous avons constaté que certains des patients envoyés pour anémie et/ou transfusion sont adressés à tort au SU, leur prise en charge n'étant pas justifiée en urgence immédiate.

Notre travail montre que la pertinence de l'envoi au SU pour anémie par le médecin généraliste n'est pas avérée dans 34% des cas, ce qui confirme notre hypothèse de départ.

En parallèle, nous avons également constaté que certains de ces patients étaient parfois mal orientés et qu'une prise en charge organisée et programmée, en urgence relative, aurait été plus adaptée.

Il semblerait que ce soit la conséquence de problèmes de logistique avec un manque de lits d'aval, et/ou par la non fonctionnalité de la filière médecine de ville – hôpital.

Afin de diminuer cette proportion de patients, nous avons décidé d'améliorer cette filière en recadrant les outils déjà existant et en diffusant l'information auprès des médecins et autres professionnels de santé du libournais. Par la suite, il s'agirait de refaire un point avec les médecins généralistes à 6 mois pour évaluer la fonctionnalité, étudier les progrès et donc l'efficacité de la filière.

Le but est l'amélioration des pratiques des médecins généralistes, en les orientant sur la prise en charge du patient en bénéficiant de l'avis d'un médecin spécialiste référent et ainsi obtenir une meilleur collaboration entre la ville et les services hospitaliers.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wullemin T. Anémie. Service de médecine de premier recours–DMCPRU–HUG. 2017;3-4.
2. Pavic M, Gérome P. Hématologie [Internet]. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2013 [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/semiologie/enseignement/esemio5/site/html/4_2.html
3. Pourriat JL, André S, Perruche F, Claessens YE. Anémie et urgences. EM-Consulte. avr 2013;8:1-11.
4. OMS | Transfusion sanguine [Internet]. WHO. [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/blood_transfusion/fr/
5. Jeanne M, Rasonglès P. Indication des produits sanguins labiles. Rev Prat. 2001;(51):1318-9.
6. Pélissier E, Bierling P. Sécurité sanitaire. Quelles sont les étapes réglementaires encadrant une transfusion sanguine ? Rev Prat. 20 janv 2009;59:90-2.
7. HAS, ANSM. Transfusion de globules rouges homologues : produits, indications alternatives. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. nov 2014;
8. Casassus P. Anémie. Rev Prat. 2004;(54):1801-9.
9. Long B, Koyfman A. Emergency Medicine Evaluation and Management of Anemia. 2018;(36):609-30.
10. Laget L, Chiaroni J, Pirenne F. Transfusion sanguine et produits dérivés du sang : Indications, complications. Hémovigilance. Rev Prat. mai 2020;70:168.
11. Ji C, G G, Nm H, Bj G, Cs C, Mk F, et al. Clinical Practice Guidelines From the AABB: Red Blood Cell Transfusion Thresholds and Storage [Internet]. JAMA. 2016 [cité 21 sept 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27732721/>
12. Le Calvé S, Somme D, Prud'homme J, Corvol A. Blood transfusion in elderly patients with chronic anemia: a qualitative analysis of the general practitioners' attitudes. 2017;18(76):1-8.
13. Long B, Koyfman A. Best clinical practice: red blood cell transfusion in the emergency department. 2016;1-11.
14. Tremblay R. Anémie et insuffisance rénale chronique. Médecin Qué. juin 2002;37(6):25-8.
15. B L, A K. Red Blood Cell Transfusion in the Emergency Department [Internet]. The Journal of emergency medicine. 2016 [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262735/>

16. Marx T, Desbrosses Y, Sigaux A, Desmettre T. Anémie aiguë non hémorragique. Démarche diagnostique et prise en charge. Urgences 2016. 2016;21:1-2.
17. Transfusion de globules rouges homologues: produits, indications, alternatives. Agence Fr Sécurité Prod Santé. aout 2002;1.
18. Vieth JT, Lane DR. Anemia. Emerg Med Clin North Am. août 2014;32(3):613-28.
19. Templier F. Transfusion sanguine homologue en urgence :concentrés de globules rouges et concentrés plaquettaires. 2008;(28):269-82.
20. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Rapport d'activité hémovigilance 2016. ANSM. déc 2017;6.
21. Fillet A-M. Transfusion sanguine: Etat des lieux de la transfusion. La Rev Praticien. Novembre 2018. 68:1013-4.
22. Ammouche M. Rationaliser les transfusions sanguines: un enjeu sanitaire et économique. Egora. 4 févr 2019;(204):13-4.
23. Mq D, Am B, Ja GE, C M-E, S F, A C, et al. Appropriate use of red blood cell transfusion in emergency departments: a study in five emergency departments [Internet]. Blood transfusion = Trasfusione del sangue. 2017 [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27416566/>
24. Gutiérrez Macías A, Núñez Cuerda E, Sanz Prieto JC, Martínez Ortiz de Zárate M. [Indications for blood transfusion in the emergency department]. Med Clin (Barc). 1997 Sep 27;109(10):396.
25. Catala-Blanc I, Gil Y. P033 - Prise en compte des seuils transfusionnels de l'Afssaps pour les patients anémiés aux urgences [Internet]. 2013 [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2014/donnees/communications/resume/resume_346.htm#haut
26. Dubois RW, Goodnough LT, Ershler WB, Van Winkle L, Nissenson AR. Identification, diagnosis, and management of anemia in adult ambulatory patients treated by primary care physicians: evidence-based and consensus recommendations. Curr Med Res Opin. févr 2006;22(2):385-95.
27. Beyer I, Compté N, Busuioc A, Cappelle S, Lanoy C, Cytryn E. Anemia and transfusions in geriatric patients: a time for evaluation. Hematol Amst Neth. avr 2010;15(2):116-21.
28. CTRE HOSPIT.R.BOULIN-LIBOURNE [Internet]. SCOPE Santé. [cité 8 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.scopesante.fr/#/etablisements/330000605//0/-0.230826/44.919786///0/7/0/>
29. Urgences / SMUR - Centre Hospitalier Libourne [Internet]. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.ch-libourne.fr/offres-de-soins/nos-services-medicaux/urgences-smur/>
30. Chiffres clés - Centre Hospitalier Libourne 2015 [Internet]. [cité 8 janv 2020]. Disponible sur: http://www.ch-libourne.fr/media/file_uploads/2016-06_chiffres_cles.pdf

31. Chiffres clés - Centre Hospitalier Libourne [Internet]. [cité 8 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.ch-libourne.fr/ch-libourne/nous-connaître/chiffres-clés/>
32. UHCD. In: Wikipédia [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=UHCD&oldid=149015778>
33. Pernin O. La transfusion sanguine en 2015-2016 dans un service d'accueil d'urgences, analyse des pratiques professionnelles et perspectives : étude rétrospective, du 1er avril 2015 au 31 mars 2016, centrée sur la transfusion de concentrés globulaires aux Urgences du CH de Libourne. Bordeaux; 2017.
34. Hôpital de jour. In: Wikipédia [Internet]. 2020. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=H%C3%B4pital_de_jour&oldid=173235364
35. L'Hôpital de jour commun - Centre Hospitalier Libourne [Internet]. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.ch-libourne.fr/actualites/lhopital-de-jour-commun/>
36. Rubin GL, Schofield WN, Dean MG, Shakeshaft AP. Appropriateness of red blood cell transfusions in major urban hospitals and effectiveness of an intervention. *Med J Aust.* 2001 Oct 1;175(7):354–8.
37. Carson JL. Red Blood Cell Transfusion: A Clinical Practice Guideline From the AABB*. *Ann Intern Med.* 3 juill 2012;157(1):49.
38. Vincent J-L, De Backer D. Circulatory Shock. *N Engl J Med.* 2013 Oct 31;369(18):1726–34.
39. Pellerey M, Couderc AL, Pauly V, Gayet S, Leveque P, Mizzi B, et al. Pratiques transfusionnelles en court séjour gériatrique avant et après les recommandations de 2014 de la Haute autorité de santé. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 1 déc 2018;16(4):367-75.
40. Chebbi W, Arfa S, zantour b, sfar m. h. Anémies ferriprives chez les personnes âgées de 65 ans et plus: Etude d'une cohorte de 102 patients. *Rev Med Brux.* 2014;405-10.

ANNEXES

Annexe 1 : Audit réalisé auprès des médecins généralistes de la région du Libournais

Afin d'évaluer les pratiques professionnelles des médecins généralistes de la région du Libournais, nous leur avons envoyé via le Conseil départemental de Gironde de l'Ordre des médecins, un questionnaire sur la conduite à tenir devant la découverte d'une anémie en médecine générale. Il est consultable sur ce lien :

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf9mF9TXSGEHNO7mmqJKeyvvZRbubUgFXAfJE5XxZIHxQxbig/viewform>

Ce questionnaire était précédé d'un texte de présentation afin de situer et d'expliquer l'objectif de notre travail :

« Chers Confrères,

Ce questionnaire concerne les anémies découvertes en cabinet de médecine générale qui impliquent une prise en charge thérapeutique autre qu'une simple surveillance.

Il rentre dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale.

Il a pour but de faire un état des lieux des pratiques des médecins généralistes de la région du libournais devant la découverte et la prise en charge d'une anémie au cabinet et de contribuer à un renforcement du lien médecine de ville – hôpital de Libourne.

Merci de votre participation. »

Conduite à tenir devant la découverte d'une anémie en médecine générale

A quelle fréquence diagnostiquez-vous une anémie ?

- Plusieurs fois par jour
- Plusieurs fois par semaine
- Plusieurs fois par mois
- Moins d'une fois par mois

Admission aux urgences

Existe-t-il un taux d'hémoglobine en dessous duquel vous envoyez systématiquement aux urgences ?

- Oui
- Non

Si oui, lequel ?

Adressez-vous systématiquement le patient aux urgences ?

- Oui
- Non

Si non, sous quelle(s) condition(s) l'envoyez-vous aux urgences ?

Admission en service hospitalier autre que les urgences

Rencontrez-vous des difficultés à adresser vos patients ? Si oui, lesquelles ?

- Vous n'avez pas de contact
- Vous avez un contact mais il n'est pas fonctionnel
- Vous avez un contact fonctionnel mais le délai d'admission en urgence relative (entre 48 et 72h) est impossible
- Autre

Seulement 14 médecins généralistes ont répondu à notre questionnaire sur les 54 médecins sollicités.

En voici les résultats :

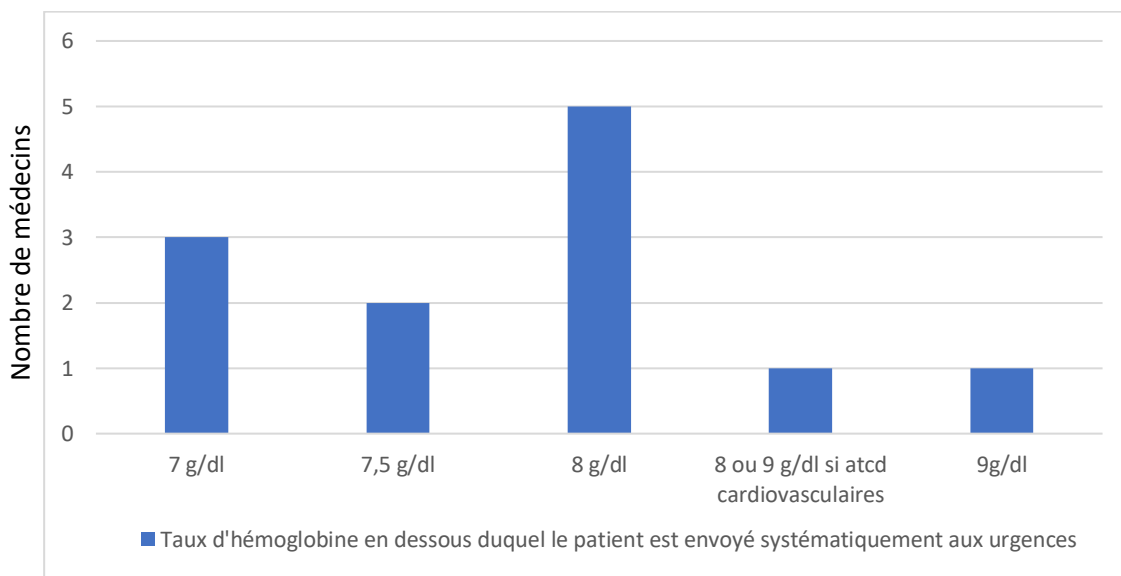
➔ A quelle fréquence diagnostiquez-vous une anémie :

- 10 ont répondu **plusieurs fois par mois** ;
- 4 ont répondu moins d'une fois par mois

➔ Existe-t-il un taux d'hémoglobine en dessous duquel vous envoyez systématiquement aux urgences ?

- 12 ont répondu **oui** ;
- 2 ont répondu non.

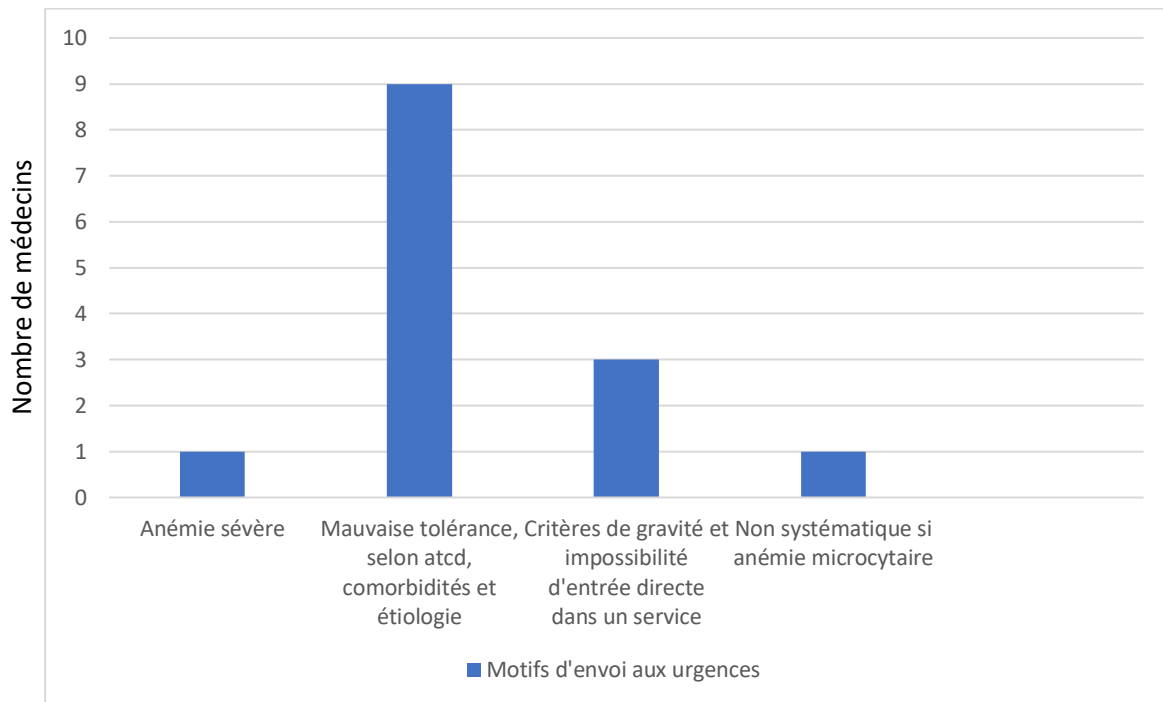
Si oui lequel : (12 réponses)



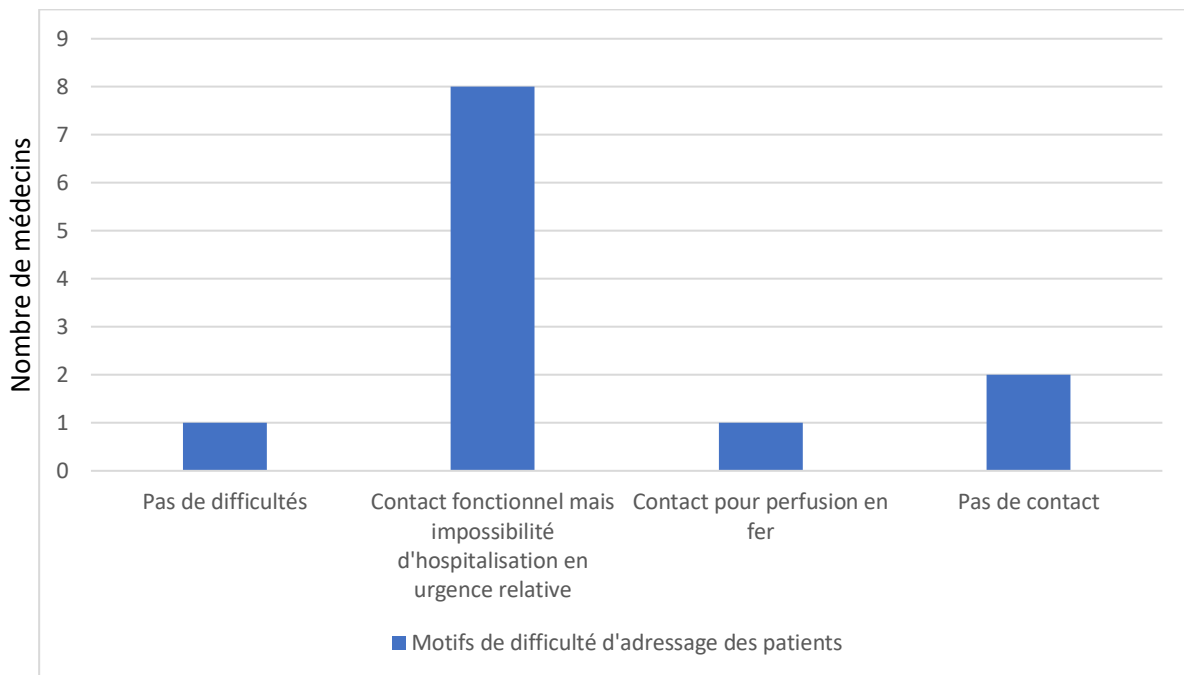
➔ Adressez-vous systématiquement le patient aux urgences ?

- **L'ensemble des médecins ont répondu non** (14 réponses)

➔ Si non, sous quelles conditions l'envoyez-vous aux urgences ? (14 réponses)



➔ Rencontrez-vous des difficultés à adresser vos patients ? Si oui, lesquelles ? (12 réponses)



Nous avons laissé la possibilité d'ajouter un commentaire à la suite des réponses.

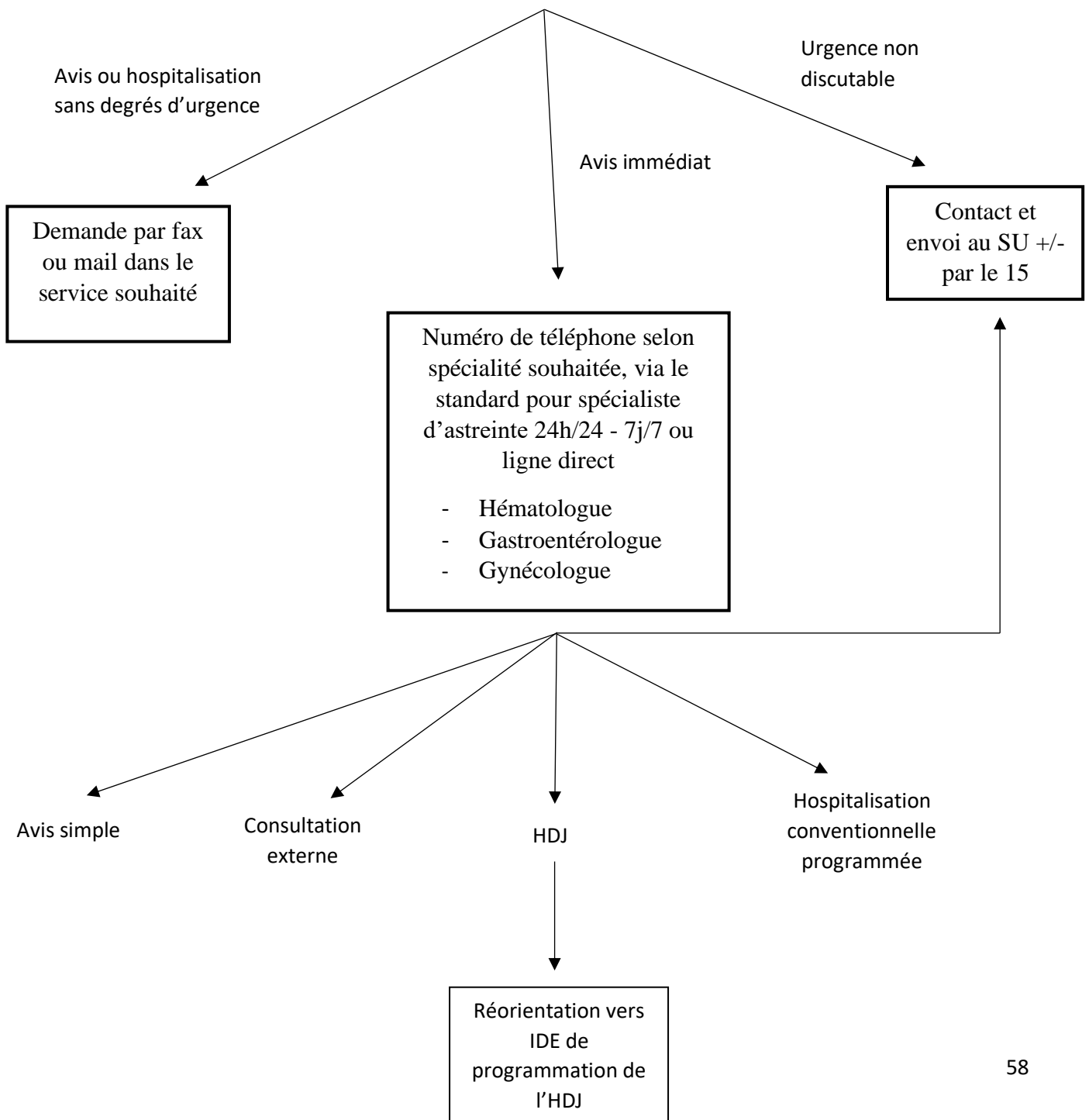
Il est intéressant de noter certaines observations pour la réponse « contact fonctionnel mais délai d'admission en urgence relative impossible » :

- « *Tout dépend du médecin de garde ! Parfois obligation de l'adresser aux urgences* » (n=2)
- « *Variable selon les services (manque de place faisant que malgré le contact établi avec les services, on nous dit souvent d'envoyer le malade aux urgences...)* »
- « *L'hôpital ne fonctionne plus au sens large, nous sommes seuls en ville...* »

Annexe 2 : Conduite à tenir devant la découverte d'une anémie par le médecin généraliste

Découverte par le médecin généraliste d'une anémie en ville

Quelle est la conduite à tenir ?



SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque."

RESUME

Anémie aux urgences :

Étude de la pertinence de l'envoi des patients pour anémie par le médecin généraliste dans le service des urgences adultes de Libourne du 1er janvier au 31 décembre 2018

Introduction : Il existe peu de recommandations sur la conduite à tenir devant la découverte d'une anémie modérée à sévère en médecine de ville, situation pourtant fréquente. A Libourne, un patient sur deux transfusé au service des urgences (SU) est adressé par le médecin généraliste mais le traitement en urgence n'est pas toujours justifié. L'objectif de ce travail est d'évaluer la pertinence de l'envoi au SU des patients pour anémie par le médecin généraliste.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive monocentrique rétrospective du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018 au sein du SU de l'hôpital de Libourne. Le critère de jugement principal était la pertinence de l'envoi au SU pour anémie par le médecin généraliste, définie par un algorithme tenant compte des signes de mauvaise tolérance clinique, du taux d'hémoglobine et des comorbidités du patient.

Résultats : Sur les 147 patients analysés, la pertinence de l'envoi au SU pour anémie par le médecin généraliste n'était pas avérée dans 34% des cas.

Discussion : La pertinence de l'envoi au SU par le médecin généraliste pour anémie n'est pas toujours avérée. Cela semble être expliqué par l'absence de filière fonctionnelle entre la médecine de ville et l'hôpital. Pour améliorer les pratiques devant une anémie en ville, nous proposons de protocoliser la conduite à tenir devant la découverte d'une anémie en ville, lorsque le médecin généraliste a besoin d'un avis spécialisé immédiat et/ou d'une prise en charge hospitalière.

Mots-clés : anémie – médecin généraliste – service des urgences – hôpital de jour – filière ville-hôpital