

# Les usagers de drogues suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus

Baudouin Denis, Martine Dedobbeleer, Amine Benabderrazik, Déo-Gratias Bizimungu, Virginie Sciera, médecins généralistes à Charleroi

Le recours aux services d'urgences reste plus important chez les usagers de drogues que chez les autres patients malgré un accès identique aux soins de santé primaires. La raison principale en est leur importante comorbidité. Les contacts conflictuels des usagers de drogues aux services d'urgences sont anormalement fréquents et il semble qu'une approche plus compréhensive des usagers de drogues par les professionnels des services d'urgences soit nécessaire pour optimiser la prise en charge des problèmes de santé souvent sévères qu'ils présentent.

**Mots clefs :** drogues, soins de santé primaires.

Article paru dans *La Revue de la Médecine Générale* n° 258, décembre 2008.

Plusieurs études ont montré que les usagers de drogues recourent plus fréquemment que les autres patients aux services d'urgences des hôpitaux<sup>1,7</sup>. Selon ces études, la principale raison de cette surconsommation est leur manque d'accès aux soins de première ligne. Les motifs principaux de recours aux services d'urgences par

les usagers de drogues identifiés dans la littérature sont les overdoses aux opiacés et les infections de la peau et des tissus mous liées aux injections<sup>5,8,9</sup>. Une étude plus ancienne trouve comme motif principal de contact les affections respiratoires<sup>6</sup>.

Les études retrouvées dans la littérature ont été réalisées sur des populations d'usagers de drogues non traités ou traités dans des centres spécialisés. La situation est différente dans notre pays où la majorité des usagers de drogues traités par substitution le sont par des médecins généralistes en pratique privée<sup>10</sup> et on peut émettre l'hypothèse que la gestion de ces patients au niveau des soins de première ligne diminue leur recours aux services d'urgences. À notre connaissance, aucune étude n'a encore été réalisée sur le recours aux services d'urgences chez des usagers de drogues suivis dans ce cadre particulier.

Les usagers de drogues ont une réputation de patients indésirables dans les services d'urgences<sup>11</sup>, tout comme chez les autres acteurs de soins (médecins généralistes et spécialistes, services hospitaliers, pharmaciens) en raison d'une stigmatisation et de préjugés du côté des professionnels et en raison de comportements difficiles et d'absence de paiement du côté des usagers. « Ces gens-là, nous préférons les voir par les talons que par les pointes », selon l'expression de l'infirmière-chef d'un des services d'urgences de notre région. Ces préjugés ont évolué favorablement ces dix dernières années, pour différentes raisons : la culture médicale ambiante présente de plus en plus la toxicomanie comme une maladie et un problème de santé publique, plutôt que

comme un vice ne relevant pas des soins de santé ; davantage de jeunes médecins sensibilisés au problème de la toxicomanie travaillent dans les services d'urgences ; les usagers de drogues sont aussi devenus plus familiers dans le paysage hospitalier : la restauration de leur fertilité par les traitements substitutifs et l'épidémie d'hépatite C chez les usagers de drogues injecteurs font qu'on les voit actuellement dans les maternités, les services de néonatalogie et les services de médecine interne, et non plus seulement dans les services psychiatriques et les services d'urgences.

Néanmoins les usagers de drogues continuent à avoir une perception négative des services d'urgence et sont toujours persuadés qu'ils y seront mal reçus. Et les médecins généralistes qui les suivent en ambulatoire, principalement dans le cadre de traitements de substitution, ont le sentiment que la collaboration avec les urgentistes continue à être pavée de négociations difficiles.

Aucune étude, à notre connaissance, n'a documenté les conflits rencontrés aux services d'urgences par les usagers de drogues.

## Objectifs

Pour avoir une représentation objective et actualisée de ces différents problèmes nous avons mené une étude sur les contacts avec les services d'urgences dans une population d'usagers de drogues suivis en médecine générale en Belgique.

Les objectifs principaux sont de quantifier le recours des usagers de drogues aux services d'urgences et la

• **Les usagers de drogues suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus (suite)**

fréquence des conflits rencontrés lors de leur passage aux services d'urgences, en comparaison avec les autres patients.

Les objectifs secondaires sont d'analyser les motifs de recours des usagers de drogues aux services d'urgences et d'identifier les motifs de contacts soulevant davantage les conflits.

••••  
**Matériel et méthode**

La population de l'étude est constituée de 144 patients : tous les usagers de drogues (n = 48) suivis par les médecins généralistes d'une pratique de groupe en milieu urbain (Charleroi, Belgique) sur une période de 5 ans (01.07.2003 – 31.06.2008), et 96 patients non usagers de drogues (groupe témoin) tirés au sort parmi la population suivie dans la même pratique de groupe à la date du 31.06.08 et présentant les mêmes caractéristiques démographiques : âge entre 25 et 50 ans, proportion de 75 % hommes, 25 % femmes (randomisation par grappes). Le choix de deux témoins pour un cas est motivé par la recherche d'une puissance statistique suffisante.

Les données relatives aux visites aux services d'urgences ont été obtenues sur base des dossiers médicaux des 144 patients : nous avons collecté et analysé les rapports adressés par les services d'urgences au médecin traitant. L'envoi de ces rapports est systématique et a lieu pour chaque contact d'un patient avec un service d'urgences.

Le recours des patients aux services d'urgences a été quantifié de deux manières complémentaires. D'une part, nous avons calculé la proportion

de patients ayant eu au moins un contact avec les services d'urgences lors des cinq années étudiées. D'autre part, le nombre de visites de chaque patient aux services d'urgences en cinq ans a été ajusté sur la durée de son suivi à la maison médicale sur la même période, permettant de calculer une fréquence annuelle moyenne de recours au service d'urgences.

Les motifs de contact ont été classés en neuf catégories regroupant sept secteurs de pathologies (affections respiratoires, cardio-vasculaires, digestives, traumatiques, psychiatriques, urologiques ou gynécologiques, autres) et intégrant les deux principaux motifs de recours des usagers de drogues aux services d'urgences retrouvés dans la littérature :

problèmes directement liés à la consommation de substances et infections de la peau et des tissus mous.

Le mode d'arrivée des patients aux services d'urgences a été classé en trois catégories : recours spontané, référence par le médecin traitant et admission via le Service mobile d'urgence et de réanimation-SMUR.

Le mode de sortie des services d'urgences a été classé en deux catégories : retour à domicile et hospitalisation.

Un contact conflictuel avec le service d'urgences a été défini par la présence d'un des trois critères suivants : fuite du patient, expulsion du service d'urgences, refus d'hospitalisation alors qu'elle s'imposait d'évidence ou qu'elle était explicitement demandée par le médecin traitant.



### Fréquence de recours aux services d'urgence SU et fréquence des conflits

		UD (n=48)	Contrôles (n=96)	OR [IC 95%]	p
Recours aux services d'urgence	Oui	33 (69 %)	49 (51 %)	2.11 [1.02-4.38]	.04
	Non	15 (31 %)	47 (49 %)		
Fréquence annuelle de recours SU	Moyenne	0.73	0.24		< .001
	Extrêmes	0 - 6.6	0 - 2.14		
Conflit en cas de recours aux SU	Oui	13 (39 %)	3 (6 %)	9.97 [2.6-38.9]	< .001
	Non	20 (61 %)	46 (94 %)		

•••••

## Résultats

Les deux groupes de patients de l'étude ne présentent pas de différences socio-démographiques significatives. Les usagers de drogues ont une durée moyenne de suivi significativement inférieure à celle des autres patients (3,6 ans vs 4,4 ans,  $p = .001$ ). Ils sont majoritairement non-injecteurs (62 %), usagers d'héroïne (90 %) et sous traitement substitutif (88 %). Les cinq patients usagers de drogues non héroïnomanes sont deux patients avec usage abusif et régulier de cocaïne, deux patients présentant une dépendance sévère au cannabis et un patient dépendant de la codéine (40 comprimés par jour d'une association paracétamol-codéine). La quasi-totalité des usagers de drogues en traitement substitutif sont sous méthadone, un seul patient étant sous buprénorphine. Les six patients en traitement non substitutif sont sous inhibiteur sélectif du récapage de sérotonine – SSRI (antidépresseur) (quatre patients),  $\beta$ -bloquant et paracétamol (un patient) ou benzodiazépines (un patient). Sur la période étudiée de cinq ans, il y eut 95 visites aux services d'urgences (33 patients différents) dans le groupe usagers de drogues et 98 visites (49 patients différents) dans le groupe

témoin. Les résultats du tableau montrent une plus grande utilisation des services d'urgences par les usagers de drogues que par les autres patients. Nous avons relevé 20 contacts conflictuels (13 patients différents) dans le groupe usagers de drogues, et trois contacts conflictuels (trois patients différents) dans le groupe témoin. Le risque d'avoir un contact conflictuel avec les services d'urgences est dix fois plus important chez les usagers de drogues que chez les autres patients. Les caractéristiques des visites aux services d'urgences diffèrent de façon statistiquement significative entre les usagers de drogues et les autres patients. Dans le groupe usagers de drogues, le taux de référence par le médecin traitant est sept fois plus élevé (28 % vs 4 %), le taux d'admission via le Service mobile d'urgence et de réanimation est trois fois plus élevé (6 % vs 2 %) et le risque d'hospitalisation est deux fois plus élevé (43 % vs 24 %). Les traumatismes (plaies, contusions, fractures) sont le motif le plus fréquent de visites aux services d'urgences, qu'il s'agisse des usagers de drogues ou des autres patients. Les problèmes psychiatriques (tentative de suicide, troubles dépressifs, psychotiques et anxieux) arrivent au deuxième rang

chez les usagers de drogues mais leur importance est similaire dans les deux groupes. Les problèmes respiratoires (pneumonies, pneumothorax, pleurésies, crises d'asthme) arrivent au troisième rang chez les usagers de drogues et sont quatre fois plus fréquent chez les usagers de drogues que chez les autres patients. Les visites motivées par des infections de la peau et des tissus mous (abcès, ulcères, phlébites superficielles) n'arrivent qu'au cinquième rang chez les usagers de drogues mais sont dix fois plus fréquentes chez eux que chez les autres patients. Les visites liées directement à la consommation de substances n'arrivent qu'au sixième rang chez les usagers de drogues (overdose de méthadone, demandes de sevrage d'alcool ou de méthadone) et sont un peu plus fréquentes que chez les autres patients (abus d'alcool, demandes de sevrage d'alcool ou de benzodiazépines). Les problèmes cardio-vasculaires sont un motif relativement rare de recours aux services d'urgences dans les deux groupes (rappelons qu'il s'agit de patients de moins de 50 ans) mais sont clairement plus sévères chez les usagers de drogues (hémorragie cérébrale sur poussée hypertensive, infarctus myocardique, angor instable, embolie pulmonaire sur thrombose veineuse

## • Les usagers de drogues suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus (suite)

profonde ilio-fémorale, décompensation cardiaque sur endocardite) que chez les autres patients (malaises vagues, thoraco-brachialgies atypiques, péricardite, myocardite). Chez les patients non usagers de drogues, les contacts pour motifs « divers » arrivent au deuxième rang et concernent tous des problèmes mineurs, souvent qualifiés de « fausses urgences » (viroses des voies respiratoires supérieures, lombosciatalgies, maux de dents et réactions allergiques cutanées). Ils sont quatre fois plus souvent un motif de recours aux services d'urgences que chez les usagers de drogues, pour lesquels ils n'arrivent qu'en avant-dernier rang.

L'analyse descriptive des conflits rencontrés aux services d'urgences montre elle aussi de nettes différences entre les usagers de drogues et les autres patients.

Dans le groupe témoin, les trois conflits rencontrés ont tous eu lieu avec des patients s'étant présentés spontanément aux services d'urgences, tandis que chez les usagers de drogues il y avait conflit plus souvent (une fois sur trois) si le patient était référé par le médecin traitant ou admis via le Service mobile d'urgence et de réanimation que s'il se présentait spontanément (une fois sur six). Chez les patients non usagers de drogues seuls les recours pour problèmes de consommation (alcool, benzodiazépines) ou pour problèmes psychiatriques ont donné lieu à des conflits, tandis que chez les usagers de drogues les conflits affectaient la plupart des motifs de contact, tout en survenant plus fréquemment (une fois sur deux) quand il s'agissait de problèmes de consommation ou de problèmes psychiatriques.

En cas de contact conflictuel avec les usagers de drogues, il s'agissait le plus souvent de refus d'hospitalisation ou de renvoi injustifié à domicile et plus rarement de patients qui s'enfuyaient du service d'urgences ou en étaient expulsés.

### •••• Limites de l'étude

L'étude est de type cas témoins, avec les biais inhérent à cette méthode : collecte rétrospective des données, non prise en compte des patients perdus de vue.

Pour décrire le niveau socio-économique des patients, nous ne disposions pas des indicateurs classiques (niveau d'étude, revenus, activité professionnelle) mais d'un marqueur très approximatif : la reconnaissance par les organismes assureurs d'un statut moins favorisé par l'octroi d'un remboursement majoré des soins de santé. Il est donc possible que notre étude n'ait pas été apte à mettre en évidence le niveau socio-économique inférieur classiquement décrit chez les usagers de drogues. Nos résultats peuvent en être biaisés, dans la mesure où le niveau social des patients influence la fréquence de leur recours aux services d'urgences.

Les résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble de la population des usagers de drogues : il s'agit d'usagers de drogues suivis dans un cadre bien précis et probablement très différents (usagers de drogues suivis dans les comptoirs d'échange de seringues par exemple) ou traités dans des institutions spécialisées (maisons d'accueil sociosanitaire ou centres résidentiels) et des usagers d'autres drogues que

l'héroïne (cocaïne par exemple) qui sont largement sous-représentés dans notre étude.

Une sous-estimation des conflits est possible dans la mesure où les services d'urgences n'envoient pas de rapport au médecin traitant quand le patient s'est enfui ou a été chassé avant d'avoir pu être interrogé et examiné par un médecin du service d'urgences. Une autre source plus importante de sous-estimation vient du fait que nous nous sommes limités à une définition objective des conflits, sans prendre en compte l'avis des patients et les interroger sur le vécu subjectif de leur passage au service d'urgences.

### •••• Taux de recours aux services d'urgences

Nos données montrent un risque deux fois plus élevé de recours aux services d'urgences chez les usagers de drogues par rapport à la population générale, légèrement supérieur aux résultats des autres études<sup>1,3,4</sup>. Dans notre étude, la fréquence annuelle de visites aux services d'urgences est 3 fois plus importante chez les usagers de drogues que chez les autres patients (0,73 vs 0,24), alors qu'elle n'était que 1,5 fois supérieure (0,79 vs 0,52) dans la seule étude ayant analysé cette variable<sup>2</sup>. Ces résultats nous ont surpris dans la mesure où les études précédentes portaient sur des populations générales d'usagers de drogues, en grande partie non traités, alors que les usagers de drogues de notre étude ont un suivi soutenu (1 à 2 fois par mois) dans un cadre de médecine générale globale, appréhendant l'ensemble de leurs problèmes de santé et pas seule-

ment leur assuétude. Nous nous attendions donc à ce qu'ils règlent davantage leurs problèmes de santé au niveau des soins de santé primaire et doivent moins recourir aux services d'urgences hospitaliers. Cette discordance est peut-être simplement due à une imprécision de nos résultats, liée à la petite taille de notre échantillon.

**Quoiqu'il en soit, nos résultats contredisent l'explication généralement avancée selon laquelle les usagers de drogues recourent davantage aux services d'urgences que les autres patients principalement parce qu'ils ont moins accès aux soins de première ligne. Les données de notre étude, tout comme le suggérait déjà l'étude de Kerr<sup>5</sup>, plaident plutôt pour une explication basée sur l'importante comorbidité somatique et psychiatrique présentée par les usagers de drogues et les problèmes de santé aigus et sévères qu'elle génère.**

•••••

### **Motifs de recours aux services d'urgences**

Les principaux motifs de recours des usagers de drogues aux services d'urgences sont dans notre étude les traumatismes, les problèmes psychiatriques et les problèmes respiratoires, alors que la littérature met aux premiers rangs les overdoses et les affections de la peau et des tissus mous liées aux injections.

Ceci n'est pas étonnant : les usagers de drogues de notre étude sont pour la plupart en traitement substitutif, dont l'efficacité en terme de réduction d'overdoses et d'injections est bien établie. Nous les traitons également

dans une perspective de réduction des risques, les formons aux procédures correctes d'injection et travaillons en collaboration avec un comptoir d'échange de seringues. Il n'empêche que la fréquence de recours aux services d'urgences pour infections de la peau et des tissus mous reste dans notre étude dix fois supérieure à celle des autres patients et qu'il s'agissait souvent de problèmes sévères (abcès compliqué de septicémie, thrombophlébite iliofémorale septique, rhabdomyolyse et un patient avec des ulcères surinfectés étendus à 80 % de la surface de ses jambes).

Les données de l'étude soulignent par ailleurs la fréquence importante et encore souvent méconnue des pneumonies chez les usagers de drogues (huit cas chez six patients différents, dont une tuberculose, une pneumonie compliquée de septicémie et une autre compliquée d'empyème) ainsi que la fréquence des pneumothorax spontanés (trois cas chez trois patients différents). Le taux deux fois supérieur d'hospitalisation et le taux quatre fois inférieur de recours aux services d'urgences pour « fausses urgences » suggèrent eux aussi un recours aux services d'urgences pour des problèmes plus sévères que chez les autres patients.

•••••

### **Conflits**

La fréquence des conflits vécus par les usagers de drogues aux services d'urgences est impressionnante : 39 % des usagers de drogues ont eu au moins un conflit aux services d'urgences lors de cinq dernières années et 21 % des visites d'usagers de drogues aux services d'urgences ont été

conflituelles.

De façon surprenante, ces conflits arrivent plus souvent quand le médecin traitant réfère le patient au service d'urgences, muni d'un document de liaison, que quand le patient s'y présente spontanément.

Parmi les 13 cas de renvoi à domicile injustifié aux yeux du médecin traitant, la moitié s'est soldée par une hospitalisation sur un autre site endéans les 24h, soit parce que le patient s'est présenté dans un autre service d'urgences où il a été accepté, soit parce que le médecin traitant a court-circuité le service d'urgences en demandant une consultation urgente chez un médecin spécialiste. Ce constat est d'autant plus perturbant que les usagers de drogues sous traitement substitutif voient pour la plupart leur comportement et leur mode relationnel rapidement normalisés. Ils ne posent généralement aucun problème dans nos salles d'attente et nous les recevons avec les mêmes exigences et le même respect que pour les autres patients.

Quand nous les interrogeons sur la raison de leur conflit au service d'urgences la réponse est généralement : « Tout allait bien jusqu'au moment où on m'a demandé ce que je prenais comme médicaments, et quand j'ai dit que j'étais sous méthadone les choses se sont rapidement gâtées ».

Il semble donc que chez certains professionnels des services d'urgences l'étiquette de toxicomanie éclipse partiellement le problème de santé pour lequel le patient se présente et altère la rigueur habituelle de leur approche clinique du patient. En conséquence, il n'est pas rare que le médecin traitant s'abstienne de donner au patient une lettre de liaison pour le service d'urgences et lui conseille de se présenter



## • Les usagers de drogues suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus (suite)

spontanément et sans mentionner son traitement substitutif, ce qui n'est évidemment pas une pratique recommandable. Il arrive aussi que le médecin traitant soit amené à prendre des risques injustifiés en continuant à soigner le patient lui-même alors qu'il l'aurait hospitalisé d'emblée s'il n'était pas usager de drogues.

Il faut souligner que nous nous sommes bornés dans l'étude à une définition objective des conflits, sans prendre en compte l'avis des patients et leur vécu subjectif des contacts avec les services d'urgences qui mériteraient d'être analysés dans une étude qualitative complémentaire.

### • • • • Conclusion

Chez les usagers de drogues traités en première ligne des soins de santé la fréquence de recours aux services d'urgences reste élevée mais les motifs de recours aux services d'urgences sont modifiés : les contacts pour overdose, syndrome de sevrage et problèmes liés aux injections sont peu fréquents, tandis que les contacts pour traumatismes, problèmes psychiatriques et respiratoires sont prédominants. La fréquence élevée de recours aux services d'urgences chez les usagers de drogues ne s'explique pas uniquement par leur manque d'accès aux soins primaires mais surtout par leur importante comorbidité. Les contacts conflictuels des usagers de drogues aux services d'urgences sont anormalement fréquents. Il semble qu'une approche plus objective des usagers de drogues par les professionnels des services d'urgences soit nécessaire pour optimiser la prise en charge des problèmes de santé souvent

sévères qu'ils présentent et ceci mériterait d'être analysé dans une autre étude de type qualitatif.

### • • • • Bibliographie

- (1) McGeary KA, French MT, "Illicit drug use and emergency room utilization", *Health Serv Res* 2000 ; 35 (1 Pt 1) : 153-69.
- (2) French MT, McGeary KA, Chitwood D, McCoy CB, "Chronic illicit drug use, health services utilization and the cost of medical care", *Soc Sci Med* 2000 ; 50 (12) : 1703-13.
- (3) Cherpitel CJ, "Changes in substance use associated with emergency room and primary care services utilization in the US general population : 1995-2000", *Am J Drug Alcohol Abuse* 2003 ; 29 (4) : 789-802.
- (4) Cherpitel CJ, Ye Y, "Drug use and problem drinking associated with primary care and emergency room utilization in the US general population : data from the 2005 national alcohol survey", *Drug Alcohol Depend.* 2008 ; 97 (3) : 226-30.
- (5) Kerr T, Wood E, Grafstein E, Ishida T et al., "High rates of primary care and emergency department use among injection drug users in Vancouver", *J Public Health*, 2005 ; 27 (1) : 62-6.
- (6) Palepu A, Tyndall MW, Hector L, Muller J et al., "Hospital utilization and costs in a cohort of injection drug users", *CMAJ* 2001 ; 165 (4) : 415-20.
- (7) Pérez Gonzalez K, Domingo-Salvany A, Hartnoll R, "The characteristics of opiate users seen in an emergency service", *Gac Sanit.* 1999 ; 13 (2) : 88-95.
- (8) Espinoza P, Mathy F, Massari V, Nuss P et al., "Drug users attending at hospital emergency rooms. Changes in sociodemographic features, health care, referral attitudes and impact of substitution therapy, between 1993 and 1998", *Ann Med Interne* 2002 ; 153 (3 Suppl) : 1S7-13.
- (9) Lloyd-Smith E, Kerr T, Hogg RS, Li K et al., "Prevalence and correlates of abscesses among a cohort of injection drug users", *Harm Reduct J* 2005 ; 2 : 24
- (10) Ledoux Y, *Evaluation de la délivrance de méthadone en Belgique*, Gent : Ed. Academia Press, 2005, 292 pages, pp 127-129.
- (11) Harris H, Young D., "Care of injection drug users with soft tissue infections in San Francisco, California", *Arch Surg*, 2002 ; 137 : 1217-22.
- (12) Aide mémoire pratique de statistiques appliquées à la médecine et à la biologie [http ://www.santetropicale.com/SANTEMAG/algerie/stat/stat\\_2.htm#6](http://www.santetropicale.com/SANTEMAG/algerie/stat/stat_2.htm#6).
- (13) Reynolds GL, Fisher DG, Wood MM, Klahn JA et al., "Use of emergency room services by out-of-treatment drug users in Long Beach, California", *J Addict Dis* 2003 ; 22 (2) : 1-13.

*Nous remercions chaleureusement Sophie Lacroix, Michel Roland et Jean-Pierre Jacques pour leur révision critique du manuscrit.*