

**UNIVERSITE DE LIMOGES**  
**FACULTE DE MEDECINE**

---

ANNEE 2010

THESE N°

**La trousse d'urgence de médecine générale  
en Haute-Vienne en 2010**

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

---

Présentée et soutenue publiquement le 09 Novembre 2010

Par

Jean-Etienne CHEYROUX

Né le 22 Juillet 1981 à LIMOGES (87)

*Thèse dirigée par le Docteur MAGRET Bernard*

EXAMINATEURS DE LA THESE

Professeur VIROT Patrice ..... - Président  
Professeur BONNETBLANC Jean-Marie ..... - Juge  
Professeur MELLONI Boris ..... - Juge  
Docteur DUMOITIER Nathalie ..... - Juge  
Docteur MAGRET Bernard ..... - Membre invité

---

*Jean-Etienne Cheyroux - « La trousse d'urgence de médecine générale en Haute-Vienne en 2010 »*

*Thèse .Faculté de médecine de Limoges. Année 2010*



**UNIVERSITE DE LIMOGES**  
**FACULTE DE MEDECINE**

---

ANNEE 2010

THESE N°

**La trousse d'urgence de médecine générale  
en Haute-Vienne en 2010**

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

---

Présentée et soutenue publiquement le 09 Novembre 2010

Par

Jean-Etienne CHEYROUX

Né le 22 Juillet 1981 à LIMOGES (87)

*Thèse dirigée par le Docteur MAGRET Bernard*

EXAMINATEURS DE LA THESE

Professeur VIROT Patrice ..... - Président  
Professeur BONNETBLANC Jean-Marie ..... - Juge  
Professeur MELLONI Boris ..... - Juge  
Docteur DUMOITIER Nathalie ..... - Juge  
Docteur MAGRET Bernard ..... - Membre invité

---

*Jean-Etienne Cheyroux - « La trousse d'urgence de médecine générale en Haute-Vienne en 2010 »*

*Thèse .Faculté de médecine de Limoges. Année 2010*

**DOYEN DE LA FACULTE:** Monsieur le Professeur VALLEIX Denis

**ASSESEURS:** Monsieur le Professeur LASKAR Marc  
Monsieur le Professeur MOREAU Jean-Jacques  
Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:**

\* C.S = Chef de Service

<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>ADENIS</b> Jean-Paul (C.S)	OPHTALMOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE
<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX</b> Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
<b>ARNAUD</b> Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>AUBARD</b> Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>BEAULIEU</b> Pierre	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
<b>BEDANE</b> Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
<b>BERTIN</b> Philippe (C.S)	THERAPEUTIQUE
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
<b>BONNAUD</b> François (C.S)	PNEUMOLOGIE
<b>BONNETBLANC</b> Jean-Marie	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
<b>BORDESSOULE</b> Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
<b>COGNE</b> Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
<b>COLOMBEAU</b> Pierre	UROLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE

<b>DANTOINE</b> Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>DARDE</b> Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>DE LUMLEY WOODYEAR</b> Lionel ( <b>Sur 31/08/2011</b> )	PEDIATRIE
<b>DENIS</b> François ( <b>Sur 31/08/2011</b> )	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel (C.S)	MEDECINE ET SANTE DU TRAVAIL
<b>DUMAS</b> Jean-Philippe (C.S)	UROLOGIE
<b>DUMONT</b> Daniel ( <b>Sur 31/08/2012</b> )	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
<b>ESSIG</b> Marie	NEPHROLOGIE
<b>FEISS</b> Pierre	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
<b>FEUILLARD</b> Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
<b>GAINANT</b> Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>GAROUX</b> Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
<b>GASTINNE</b> Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
<b>LABROUSSE</b> François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LASKAR</b> Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne (CS)	PEDIATRIE
<b>MABIT</b> Christian	ANATOMIE
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MAUBON</b> Antoine	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MERLE</b> Louis (C.S)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE

<b>MONTEIL</b> Jacques (C.S)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
<b>MOULIES</b> Dominique (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
<b>PARAF</b> François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>RIGAUD</b> Michel ( <b>Sur 31/08/2010</b> )	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>SALLE</b> Jean-Yves (C.S)	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
<b>SAUTEREAU</b> Denis (C.S)	GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE
<b>SAUVAGE</b> Jean-Pierre ( <b>Sur 31/08/2011</b> )	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
<b>STURTZ</b> Franck (C.S)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
<b>TREVES</b> Richard	RHUMATOLOGIE
<b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole (C.S)	CANCEROLOGIE
<b>VALLAT</b> Jean-Michel (C.S)	NEUROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE – CHIRURGIE GENERALE
<b>VANDROUX</b> Jean-Claude ( <b>Sur 31/08/2011</b> )	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain (C.S)	EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
<b>VIDAL</b> Elisabeth (C.S)	MEDECINE INTERNE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION MEDICALE
<b>VIROT</b> Patrice (C.S)	CARDIOLOGIE
<b>WEINBRECK</b> Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES
<b>YARDIN</b> Catherine (C.S)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE



**PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS**

**BUCHON** Daniel

MÉDECINE GÉNÉRALE

**BUISSON** Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS**

**DUMOITIER** Nathalie

MEDECINE GENERALE

**PREVOST** Martine

MEDECINE GENERALE



# **A notre Président de Thèse**

***Monsieur le Professeur Patrice VIROT***

Professeur de cardiologie  
Médecin des hôpitaux  
Chef de service de cardiologie

**Nous vous remercions d'avoir accepté la présidence de cette thèse.  
Vos connaissances et votre expérience sont pour nous source d'estime  
et d'enseignement. Vous avez su nous intéresser à la discipline que  
vous enseignez au cours de notre cursus universitaire.**

**Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.**

## **A notre directeur de thèse**

***Monsieur le docteur Bernard MAGRET***

Praticien Hospitalier, Médecin légiste

**Mes remerciements les plus chaleureux pour avoir accepté de diriger  
cette thèse. Votre écoute, vos conseils et votre disponibilité ont été  
une grande aide pour réaliser ce travail.**

**Votre expérience professionnelle et votre rigueur de médecin légiste  
m'ont permis d'acquérir des connaissances essentielles.**

**Recevez l'expression de mes remerciements les plus sincères et de ma  
profonde estime.**

***A Monsieur le Professeur  
Jean-Marie BONNETBLANC***

Professeur de Dermatologie - Vénérologie.  
Médecin des hôpitaux

**Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.  
Nous avons pu admirer au cours de notre formation la qualité de votre  
enseignement.  
Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.**

## ***A Monsieur le Professeur Boris MELLONI***

Professeur de Pneumologie

**Soyez assuré de notre profonde reconnaissance pour avoir bien voulu  
juger ce travail.**

**Nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances et bénéficier  
de vos enseignements.**

**Nous tenons à vous exprimer notre profonde gratitude.**

***A Madame le Docteur Nathalie DUMOITIER***

Maître de conférences de Médecine Générale

**Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Nous avons apprécié votre enseignement et veuillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.**

## **INTRODUCTION..... 17**

### **I. LA MEDECINE GENERALE ET L'URGENCE ..... 18**

A.	DEFINITION DE L'URGENCE :.....	18
B.	LA PERMANENCE DES SOINS ET L'AIDE MEDICALE D'URGENCE :.....	19
1.	<i>La permanence des soins (PDS) :</i> .....	19
a)	Son but et son organisation :.....	19
b)	Les intervenants :.....	20
2.	<i>Aide médicale d'urgence (AMU) :</i> .....	21
a)	Ses missions :.....	21
b)	Les moyens disponibles :.....	22
3.	<i>Dénomination :</i> .....	22
4.	<i>Conclusion :</i> .....	22
C.	LES DEVOIRS DU MEDECIN :.....	23
D.	CONCLUSION :.....	27

### **II. ETUDE..... 28**

A.	PRESENTATION :.....	28
B.	RESULTATS.....	31
1.	<i>Réponses.....</i>	31
2.	<i>Les urgences.....</i>	31
a)	Les urgences en milieu rural :.....	33
b)	Les urgences en milieu semi rural :.....	33
c)	Les urgences en milieu urbain :.....	33
3.	<i>Le matériel :.....</i>	35
a)	Le matériel en milieu rural :.....	38
b)	Le matériel en milieu semi-rural :.....	38
c)	Le matériel en milieu urbain :.....	38
4.	<i>Les médicaments :.....</i>	41
a)	Les médicaments en milieu rural :.....	43
b)	Les médicaments du milieu semi rural :.....	43
c)	Les médicaments du milieu urbain :.....	43
5.	<i>Vérification :.....</i>	45
6.	<i>Utilité de la trousse d'urgence :.....</i>	45

C.	ANALYSE .....	45
1.	<i>Introduction</i> .....	45
2.	<i>Les urgences :</i> .....	46
3.	<i>Le matériel médical :</i> .....	47
4.	<i>Les médicaments :</i> .....	49
D.	CONCLUSION .....	52
<b>III. LA TROUSSE D'URGENCE.....</b>		<b>53</b>
A.	DEFINITION : .....	54
B.	COMPOSITION :.....	54
1.	<i>Le contenant :</i> .....	54
2.	<i>Le matériel :</i> .....	56
a)	En milieu urbain :.....	57
b)	En milieu rural et semi-rural : .....	62
3.	<i>Les médicaments :</i> .....	63
a)	En milieu urbain :.....	63
b)	En milieu rural et semi-rural : .....	65
4.	<i>La communication :</i> .....	66
C.	CONSERVATION ET VERIFICATION : .....	67
1.	<i>La conservation :</i> .....	67
2.	<i>La vérification :</i> .....	67
D.	LE COUT : .....	68
<b>CONCLUSION.....</b>		<b>70</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>72</b>

## **Table des illustrations :**

<i>Figure 1</i> .....	34
<i>Figure 2</i> .....	37
<i>Figure 3</i> .....	39
<i>Figure 4</i> .....	40
<i>Figure 5</i> .....	42
<i>Figure 6</i> .....	44
<i>Figure 7</i> .....	59
<i>Figure 8</i> .....	60
<i>Figure 9</i> .....	61



# INTRODUCTION

Les situations d'urgence en médecine générale sont inévitables, et il paraît inconcevable qu'un médecin généraliste soit en difficulté pour traiter sinon gérer les situations d'urgences qui peuvent survenir.

Il est donc nécessaire, pour ce faire, de posséder le matériel adapté à la gestion des urgences les plus fréquemment rencontrées.

Après avoir défini les devoirs du médecin (généraliste ou non) face à l'urgence qu'elle soit vitale ou non, nous développerons brièvement l'organisation du système de soins et en particulier de la prise en charge de l'urgence. Puis nous analyserons l'étude réalisée auprès des médecins généralistes de la Haute Vienne, pour définir une trousse d'urgence type avec toutes les contraintes que cette organisation génère.

Enfin nous nous interrogerons sur l'avenir de cette prise en charge, à l'aube d'une réorganisation de la permanence des soins au moment où la démographie médicale, en particulier des médecins généralistes, pose des difficultés dans un avenir plus ou moins proche.

# I. LA MEDECINE GENERALE ET L'URGENCE

## A. Définition de l'urgence :

En médecine générale, deux types d'urgences peuvent se présenter :

- **l'urgence ressentie**, qui correspond pour le patient à un symptôme apparemment médical, angoissant pour lui ou celui qui l'observe, et qui lui paraît justifier une consultation médicale urgente alors que la situation n'a pas -à postériori et pour le médecin qui l'analysera- de critères de gravité. Par exemple l'otite simple de l'enfant est une urgence ressentie.
- **l'urgence véritable ou vraie**, avec une symptomatologie de défaillance fonctionnelle organique vraie plus ou moins algique, qui justifie de facto une intervention urgente dès lors que les critères de gravité sont patents. Par exemple la colique néphrétique est une urgence vraie ou la douleur thoracique aiguë ou le coma brutal qui n'ont pas la même connotation séméiologique.

L'urgence ressentie ne nécessite pas l'ouverture d'une trousse d'urgence, cette dernière étant indépendante de la sacoche de visite classique.

L'urgence ressentie et l'urgence vraie ne nécessitent pas la même gestuelle car pour l'une, lors de la consultation ou visite, une ordonnance sera rédigée et le traitement différé (Il s'agit d'une consultation ou visite à réaliser dans la demi-journée, sans réelle nécessité de rapidité), pour l'autre il s'agit d'une situation médicale avec des critères de gravité, que ce soit au plan douloureux ou vital et

l'acte doit être effectué rapidement dans le quart d'heure, et nécessite toujours l'utilisation des produits de la trousse d'urgence.

En médecine générale il existe une majorité d'appels correspondant à des urgences ressenties.

Depuis le développement des services d'aide médicale d'urgence (SAMU) et des centres 15, de leur vrai nom CRRA = centre de réception et de régulation des appels, les patients appellent (mais faut-il qu'ils sachent le faire à bon escient) moins souvent leurs médecins traitants lorsqu'il s'agit d'une urgence vraie, du moins en certains endroits du département.

## **B. La permanence des soins et l'aide médicale d'urgence : [1]**

### **1. La permanence des soins (PDS) :**

#### ***a) Son but et son organisation :***

La mission de permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 du code de santé publique a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés :

- Tous les jours de 20 heures à 8 heures
- Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures
- En fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

L'organisation est nationale entraînant une division en secteurs de chaque département (en territoires de permanence des soins dont les limites sont arrêtées par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé –ARS-), selon les principes d'organisation définis dans le cahier des charges régional mentionné à l'article R. 6315-6 du Code de Santé Publique.

**b) Les intervenants :**

La permanence des soins est assurée par les médecins exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de permanence des soins. Elle peut également être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique.

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins contrôle la capacité de ces derniers à participer à la permanence des soins et en informe l'Agence Régionale de Santé. Cette participation est formalisée par une convention entre le médecin et le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé, transmise au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

En fonction de la demande de soins et de l'offre médicale existantes, la mission de permanence des soins peut aussi être assurée par les établissements de santé, dans les conditions fixées par l'Agence Régionale de Santé.

Nous constatons donc que les principaux acteurs de la permanence des soins sont les médecins généralistes libéraux installés dans la région. Il paraît donc évident que les médecins généralistes participant à la permanence des soins doivent disposer d'une trousse d'urgence suffisamment fournie pour gérer toutes les situations d'urgence rencontrées.

L'accès au médecin de permanence fait l'objet, dans un créneau horaire défini, d'une régulation médicale téléphonique préalable, effectuée par des médecins libéraux volontaires, accessibles en Limousin par le numéro d'appel 15 au sein du CRRA.

## **2. Aide médicale d'urgence (AMU) :**

### ***a) Ses missions :***

Les services d'aide médicale urgente ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence.

Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les services d'aide médicale urgente joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les services d'incendie et de secours.

Pour cela les services d'aide médicale urgente :

- Assurent une écoute médicale permanente
- Déterminent et déclenchent, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels, équipe SMUR (service médicale d'urgence réanimation) ou médecin libéral
- S'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et font préparer son accueil
- Organisent, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires
- Veillent à l'admission du patient

### **b) Les moyens disponibles :**

Les moyens humains disponibles pour l'aide médicale d'urgence sont des médecins urgentistes ou quelques spécialistes (anesthésistes ou réanimateurs faisant partie en nombre très limité des équipes des Smur), des infirmières, des ambulanciers ainsi que des permanencières auxiliaires à la régulation médicale (PARM récemment renommées ARM = assistant de régulation médicale). Il est certain, mais un peu oublié (tant par les patients que par certains professionnels) que les moyens sont limités et ne peuvent pas assurer toutes les urgences du département, et seules les urgences vitales doivent être et sont prises en charge par les équipes SMUR. Les autres urgences doivent être prises en charge par des médecins libéraux ou alors admises dans un service d'accueil d'urgence (SAU récemment renommé SU pour service d'urgence) par un transport sanitaire.

### **3. Dénomination :**

- Le SAMU = Service d'Aide Médicale Urgente = 24h/24, 365 jours par an
- Le SMUR = Service Mobile d'Urgence et de Réanimation = bras armé du Samu = 24h/24, 365 jours par an
- Le centre 15 = médecine générale = de 20h à 8h en semaine, du samedi 12h au lundi matin 8h (cf. la définition de la permanence des soins)
- Le CRRA = 15 + Samu = 24h/24, 365 jours par an mais ne peut pas se substituer dans la journée à l'organisation que les médecins libéraux doivent mettre en place de 8h à 20h

### **4. Conclusion :**

Il existe une organisation de prise en charge des urgences médicales, mais des imperfections persistent ou se créent : la permanence des soins ne commence qu'à 20h en semaine, et ne résout pas la gestion des urgences sur le terrain en

journée ; qui les prend en charge? Les médecins traitants ou de proximité ou l'aide médicale d'urgence ?

En principe les urgences survenues entre 8h et 20h en semaine devraient être gérées par les médecins traitants ou de proximité. Durant cette période, tout appel au service d'aide médicale urgente pour une urgence de médecine générale sera réorienté vers les praticiens libéraux concernés...dès lors qu'il ne s'agit pas d'une urgence vitale et encore à la condition que le médecin de proximité ne soit pas le médecin de recours indispensable en attendant l'arrivée d'un SMUR, auquel cas son refus d'intervenir pourrait l'exposer à des poursuites cf. infra.

Il paraît donc nécessaire, pour tout médecin exerçant la médecine générale, de posséder une trousse d'urgence adaptée aux pathologies rencontrées. Cette trousse d'urgence est indispensable aux praticiens participant à la permanence des soins.

## **C. Les devoirs du médecin : [2,3]**

· Article 71 du Code de Déontologie Médicale ou Article R.4127-71 du Code de la Santé Publique : *"Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge. Il doit notamment veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires.*

*Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées. Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours"*

· Article 37 du Code de Déontologie Médicale ou Article R.4127-37 du Code de la Santé Publique : *"En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement."*

Ces articles du Code de la Santé Publique mettent bien en évidence le fait que chaque médecin doit avoir en sa possession les moyens techniques adaptés à la population et aux pathologies qu'il est censé prendre en charge. Les moyens techniques sont aussi bien des moyens diagnostiques tels qu'un électrocardiographe, que des moyens thérapeutiques. Il en résulte que chaque médecin généraliste doit détenir une trousse d'urgence lui permettant de prendre en charge ces pathologies. Toutefois aucun texte ne dresse une liste de matériel obligatoire dans une trousse d'urgence ni même au cabinet. Le médecin doit donc créer sa trousse d'urgence selon ses compétences et sa conscience professionnelle, sinon ses motivations.

· Article 32 du Code de Déontologie Médicale ou Article R.4127-32 du code de la santé publique : *"Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents"*

Cet article consacre le fait que tout médecin acceptant de se déplacer pour une urgence doit assurer au patient des soins consciencieux. Toutefois si le médecin accepte de se déplacer pour une pathologie qu'il ne peut pas prendre en charge en raison d'un manque de matériel et qu'il lui est nécessaire de recourir au SAMU-SMUR et/ou à un transport sanitaire, il pourrait lui être reproché un retard de prise en charge, ou un défaut de moyens initiaux. Cependant il faut insister sur le fait que la responsabilité du médecin perdure jusqu'à la prise en charge effective du patient par le tiers sollicité et intervenant. Le médecin faisant ainsi appel, en cas de



nécessité au SAMU-SMUR, mais aussi à une ambulance privée ou à un VSAV (véhicule de secours et d'assistance aux victimes) des sapeurs-pompiers, se doit de rester auprès du patient jusqu'à leur arrivée. De fait, le médecin doit donc être en mesure de donner les premiers soins médicaux et détenir le matériel nécessaire (le problème spécifique de la délivrance de l'Oxygène sera discuté ultérieurement).

· Article 9 du Code de déontologie médicale ou Article R.4127-9 du code de la santé publique : *"Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires"*

Cet article ne peut être dissocié de l'article 223-6, alinéa 2 du Code Pénal auquel, comme tous les citoyens, les médecins sont soumis : *"Sera puni...quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours."* Cet article a une portée générale, visant tout citoyen témoin d'un accident ou d'une détresse dès lors -et c'est important à souligner- qu'il ne court pas lui-même ou ne fait courir pour les tiers sinon la victime, un risque. C'est la traduction pénale d'une règle morale naturelle de tous les temps. Cependant, le médecin, plus que tout autre, doit porter secours. Mais l'article 223-6 du code pénal devient redoutable pour les médecins s'il est appliqué à tous les "appels d'urgence" et non plus seulement aux seuls cas où le médecin se trouve en présence d'une personne en péril.

L'appel d'urgence peut paraître inopportun si le médecin est en consultation, s'il est attendu chez d'autres patients, s'il est souffrant ou surmené. Il doit apprécier s'il s'agit d'une urgence véritable ou d'un examen qui peut attendre. En cas de doute, le médecin se doit d'aller voir le malade ou le blessé, quelle que soit la perturbation apportée dans son travail. Si cela lui est impossible, il lui appartient de trouver un confrère qui puisse se déplacer comme le souligne l'article 47 du

Code de Déontologie Médicale : " *Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.*"

Le médecin ne peut donner comme excuse que l'état du blessé ou du malade lui paraissait au-delà de tout recours d'après les renseignements reçus, ni que le malade était habituellement suivi par un autre médecin. De même il ne peut justifier une souffrance personnelle dès lors qu'il a répondu à l'appel.

L'article 223-6 du Code Pénal, selon une constante jurisprudence, pèse donc d'un poids particulier sur le médecin. Une négligence volontaire est inexcusable. Mais le risque est surtout celui d'une erreur d'appréciation, de la part du médecin, sur le degré de l'urgence. Pour l'entourage du patient, sinon le patient lui-même, et pour le magistrat, l'erreur médicale d'appréciation de l'urgence est la plus difficile à admettre et toujours réprimée s'il s'agit d'une urgence avérée par la suite. On ne peut que conseiller aux membres du corps médical d'apporter toute leur attention aux renseignements qui ont accompagné un appel et, s'il y a le moindre doute, d'examiner la personne susceptible d'être en danger.

Les premières versions du Code de Déontologie Médicale (1947 et 1955) mentionnaient : "*Quelle que soit sa fonction ou sa spécialité, hors le seul cas de force majeure, tout médecin doit porter secours...*". Cette exigence reste aussi catégorique aujourd'hui même si les spécialisations sont plus poussées et plus cloisonnées. En dehors de sa spécialité un praticien risque d'avoir de mauvais réflexes. Toutefois, le principe demeure que le médecin a une compétence générale que ses études ont eu pour objet de lui donner (article 70 du Code de Santé Publique). Il reste que tout médecin, quelle que soit sa fonction ou sa

spécialité, doit recevoir au cours de ses études universitaires et post-universitaires une bonne formation dans le domaine de la médecine d'urgence.

## **D. Conclusion :**

Le médecin généraliste est le premier effecteur médical disponible en cas d'urgence éloignée d'un centre hospitalier et par conséquent d'une équipe SMUR. En se référant aux textes cités précédemment le médecin généraliste se doit de porter secours. Aux yeux de la loi le médecin généraliste a reçu une formation médicale générale en particulier aux gestes d'urgence. Il en découle qu'il doit être en mesure d'effectuer ces gestes diagnostiques et thérapeutiques, et par conséquent doit détenir le matériel nécessaire et adapté à la réalisation de ceux-ci.

Il n'existe pas de texte précis sur les trousse d'urgence des médecins généralistes, ni sur l'obligation d'en posséder une, ni sur la composition de ces dernières. Cependant il existe une obligation de moyens, spécifiée dans l'article R.4127-71 du Code de la Santé Publique, qui exprime la possession d'une trousse d'urgence adaptée à la population et aux pathologies rencontrées.

Pour conclure la législation est peut être imprécise (et c'est sans doute le mieux car la contrainte technique ne peut résoudre toutes les difficultés de ce qu'est l'art médical) mais oriente bien vers la possession de matériel nécessaire à la prise en charge en urgence des patients. Le médecin a donc l'impérieuse nécessité de détenir une trousse d'urgence adaptée afin de pouvoir gérer les situations d'urgence qu'il peut rencontrer en médecine générale.

## II. ETUDE

### A. Présentation :

Cette étude est basée sur un constat personnel fait lors d'un stage semestriel effectué au Samu 87 : au cours d'interventions urgentes sollicitées par des médecins généralistes, des gestes élémentaires de secours ou thérapeutiques n'avaient souvent pas été pratiqués.

La réflexion d'un manque de matériel ou d'une réticence vis-à-vis des gestes d'urgence, a motivé cette étude sur la composition de la trousse d'urgence du médecin généraliste.

Cette étude a été réalisée à partir d'un questionnaire, adressé à 397 médecins généralistes exerçant la médecine générale en Haute Vienne. Ce questionnaire anonyme a été envoyé début juillet 2010. Il évalue la composition de la trousse d'urgence de chaque médecin généraliste qu'il soit médecin en ville ou en milieu rural. Il apprécie aussi quel type d'urgence a été réalisé, ainsi que le nombre d'urgences annuelles effectuées.

Le questionnaire était le suivant :

1. Quelle est la dernière pathologie qui a nécessité l'ouverture de votre trousse d'urgence ?

.....  
 .....

2. Quel est le dernier médicament de votre trousse d'urgence que vous avez utilisé ?

.....  
 .....

3. Parmi cette liste quels sont les éléments présents dans votre trousse d'urgence ?

**Matériel**

- Ambu + masque de différentes tailles
- Aspirateur de mucosités
- Kit de perfusion (KT + tubulure + solution de perfusion)
- Seringues  2ml  5ml  10 ml  20ml
- Aiguilles  IM  IV  SC
- Container à aiguilles
- ECG Possibilité de transmission  OUI  NON
- Scope
- Saturomètre
- Glucomètre
- Thermomètre  Normal  Hypotherme
- Oxygène
- Chambre d'inhalation
- Canule de Guedel
- Kit de suture
- Agrafeuse usage unique
- Tensiomètre
- Stéthoscope  Adulte  Pédiatrique
- Otoscope
- Abaisse langue
- Gants (stériles et non stériles)
- Compresses stériles
- Bandes stériles
- Kit hémostatique (éponge hémostatique)
- Mèche nasale (type Merocel®)
- Sonde urinaire Tailles : .....
- Poche à urine stérile
- Lampe électrique
- Ordonnancier + tampon
- Modèle de certificat HDT et HO
- Certificats de décès
- Vidal® (version abrégée)
- Gel hydro alcoolique
- Désinfectant
  - Lequel :  Bétadine® dermique  Alcoolique
  - Chlorhexidine  Alcool

**Médicaments**

- Lasilix®
- Adrénaline Dosage : .....
- Atropine Dosage : .....
- Aspégic®  IV  Per os
- Natispray®
- Plavix®
- HBPM (Lovenox®)
- Cordarone® IV
- Loxen® IV ou Per os
- Rocéphine®, Claforan® IV
- Spasfon®  IV  Per os
- Profénid® IM
- Solumédrol® - Célestène® - Solupred®
  - IV  Per os
- Aérosol Bricanyl®-Pulmicort®
- Anti histaminique
  - Lequel : .....
- Neuroleptique  IV  Per os
  - Le(s)quel(s) : .....
- Valium® + canule rectale
- Tranxene®  IV  Per os
- Autre Benzodiazépine
  - Laquelle : .....
- Glucose 30%
- Morphine
  - Dosage  10mg  20 mg
- Tanganil®
- Anti-émétique
  - Lequel : .....
- Anti-diarrhéique
  - Lequel : .....
- Xylocaïne® pour anesthésie
  - Dosage  1%  2%
- Autres : .....
- .....
- .....

**4. Une trousse d'urgence vous paraît-elle utile :**

En campagne     En ville     Les 2

**5. Quel est votre type d'exercice ?**

Urbain     Rural     Semi-Rural

**6. Combien d'urgences nécessitant l'ouverture de votre trousse faites-vous par an ?**

.....  
.....

**7. Quel est le conditionnement de votre trousse d'urgence :**

Caisse rigide     Sacoche     Autre, précisez : .....

.....

**8. A quel rythme vérifiez-vous votre trousse d'urgence (péremption – matériel fonctionnel) :**

Tous les 6 mois     Tous les ans     Autre, précisez : .....

.....

**9. Seriez-vous intéressé par une FMC médecine d'urgence précisant la composition de la trousse d'urgence et les moyens disponibles en urgence ?**

OUI     NON

**10. Avez-vous des suggestions, des idées ?**

.....  
.....

## B. Résultats

### 1. Réponses

Le nombre de questionnaires exploitables au terme de l'étude était de 180 sur 397 questionnaires envoyés, soit environ 50% de réponses ce qui permet d'avoir une vision assez significative du comportement des médecins de premier recours.

Le taux de réponses au questionnaire chez les médecins exerçant en ville a été le plus élevé avec 76 réponses, et pour les médecins exerçant en milieu rural et semi-rural respectivement 51 et 50 réponses.

### 2. Les urgences

Pour nombre d'urgences réalisées chaque année par chaque médecin généraliste, il est constaté une grande disparité d'exercice, passant de 2 à 3 urgences annuelles à plus de 200 par an. Il est impossible au moment de l'étude, sur une évaluation rétrospective, de connaître de façon précise l'activité d'urgence des médecins généralistes exerçant en Haute-Vienne, mais le chiffre de 200 ne comprend-il pas les urgences ressenties.

Au moment de l'étude, c'est-à-dire au début de l'été, les urgences peuvent être classées en différentes catégories :

- **Les urgences algiques** (coliques néphrétiques, lombosciatique, douleurs abdominales...) qui représentent 40% des urgences recueillies sur cette étude.
- **Les urgences cardiologiques** (Syndrome coronarien aigu, douleur thoracique, œdème aigu du poumon, arrêt cardio-respiratoire...) qui représentent 19% des urgences recueillies lors de cette étude.

- **Les urgences allergiques et respiratoires** (urticaire, choc anaphylactique, asthme...) qui représentent 13% des urgences de cette étude.
- **Les urgences neurologiques** (migraine, vertiges) qui représentent 7% des urgences de cette étude.
- **Les urgences traumatologiques** (plaie, brûlure...) qui représentent 7% des urgences de cette étude.
- **Les urgences infectieuses** (gastro-entérite, choc septique, fièvre...) qui représentent 3% des urgences de cette étude.
- **Les urgences psychologiques** (crise d'angoisse, tentative d'autolyse...) qui représentent 2% des urgences de cette étude.
- **Les urgences métaboliques** (diabète...) qui représentent 2% des urgences de cette étude.

Il est constaté que 5% des questionnaires n'ont pas été renseignés pour l'item 1 et 2 mais il est impossible de déterminer s'il s'agit d'un oubli de la dernière pathologie vue en urgence ou s'il s'agit d'un médecin qui n'effectue pas d'urgence durant l'année. Toutefois ces questionnaires n'ont pas été exclus de l'analyse statistique.

Ce questionnaire a été envoyé au début de l'été et ne permet pas d'apprécier précisément la proportion et la diversité des urgences étant donné la variabilité des pathologies selon les saisons. Nous tenons compte dans l'analyse des groupes d'urgences et non de pathologies précises.

Ensuite il s'agit d'évaluer la différence d'activité en fonction du type d'exercice de médecine générale. En effet existe-t-il une différence entre l'activité d'urgence en milieu rural, semi-rural et urbain. La répartition des urgences en fonction du type d'activité est représentée dans la figure 1.



**a) *Les urgences en milieu rural :***

En milieu rural la répartition des urgences est différente, les trois groupes d'urgences principales tendent à se rejoindre. En effet il n'existe qu'une petite différence en termes de nombre, entre les urgences algiques, cardiovasculaires et respiratoires. A contrario, dans les autres groupes de pathologie, la répartition des urgences reste similaire au groupe global.

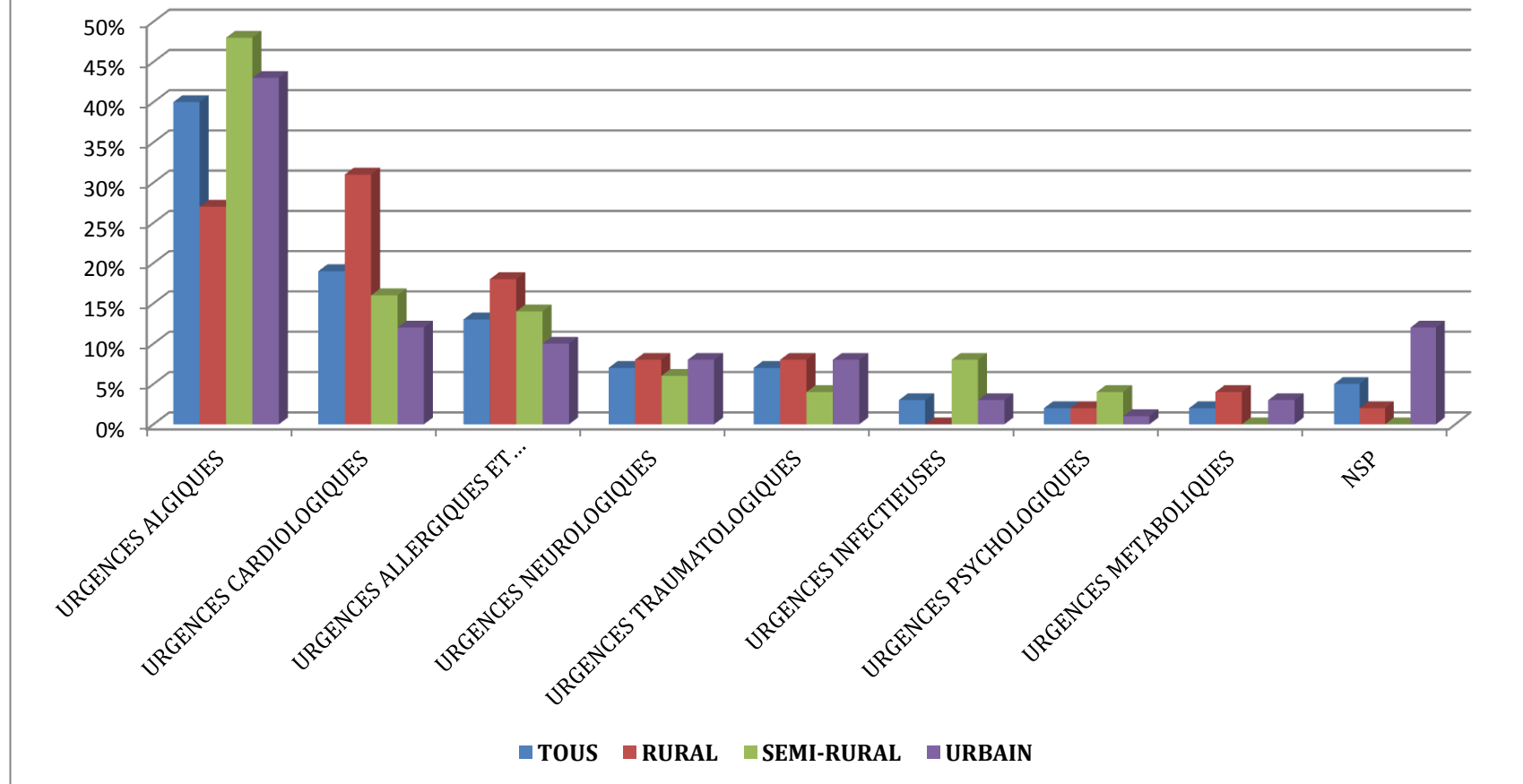
**b) *Les urgences en milieu semi rural :***

En milieu semi rural la répartition des urgences est superposable à celle du groupe global. Il n'existe pas de différence significative.

**c) *Les urgences en milieu urbain :***

En milieu urbain la répartition est superposable à celle du groupe global. Toutefois il existe une différence, non négligeable, qui réside dans l'apparition d'une proportion importante de médecins n'ayant pas d'activité d'urgence. En effet dans cette catégorie 12% de médecins n'ont pas pratiqué d'urgences.

## Répartition des urgences en fonction du type d'activité



**Figure 1**

Jean-Etienne Cheyroux – « La trousse d'urgence de médecine générale en Haute-Vienne en 2010 »

Thèse .Faculté de médecine de Limoges. Année 2010

### 3. Le matériel :

La trousse d'urgence d'un praticien de médecine générale, qu'il soit rural ou urbain, se présente sous forme d'une caisse rigide dans 70% des cas et sous forme d'une sacoche souple dans 34% des cas. Il est constaté que certains médecins généralistes disposent des deux modèles.

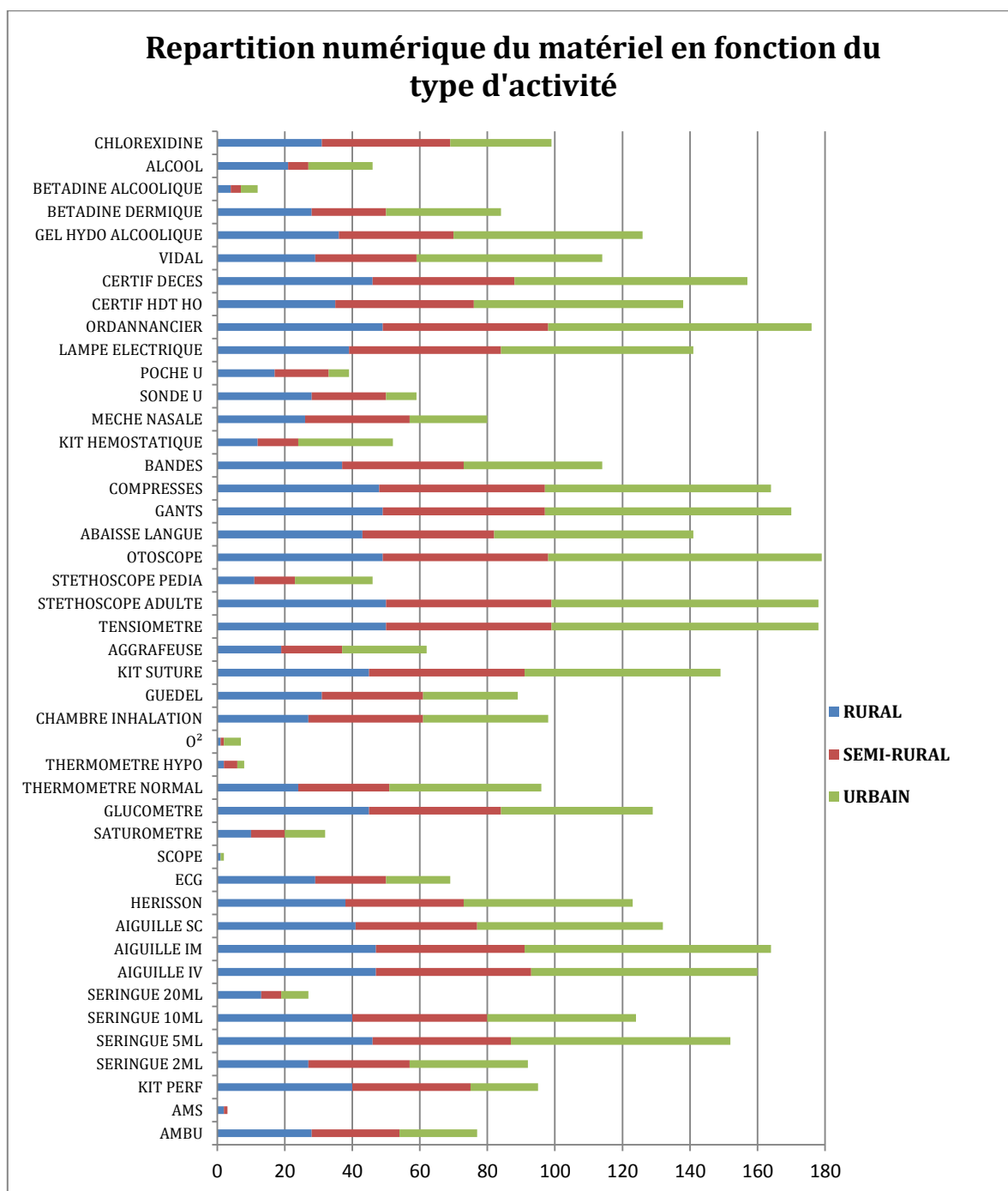
Le petit matériel médical est constitué par :

- Un insufflateur manuel dans 43%
- Un aspirateur de mucosité dans 2%
- Du matériel de perfusion dans 53%
- Du matériel d'injection avec :
  - Des seringues de 2ml dans 51%
  - Des seringues de 5ml dans 84%
  - Des seringues de 10ml dans 69%
  - Des seringues de 20ml dans 15%
  - Des aiguilles pour injection intra musculaire dans 91%
  - Des aiguilles pour injection sous cutanée dans 73%
  - Des aiguilles pour injection intra veineuse dans 89%
- Un container a aiguille dans 68%
- Un électrocardiographe dans 38% et 17% disposent d'un moyen de télétransmission
- Un électrocardioscope dans 1%
- Un saturomètre dans 18%
- Un glucomètre dans 72%
- Un thermomètre normal et hypothermique dans respectivement 53% et 4%
- Oxygène dans 4% (surtout SOS médecin à priori)

- Une chambre d'inhalation dans 54%
- Une canule de Guedel dans 49%
- Un kit de suture et d'une agrafeuse à usage unique dans respectivement 82% et 34%
- Un tensiomètre dans 99%
- Un stéthoscope adulte et pédiatrique dans respectivement 99% et 25%
- Un otoscope dans 99%
- Abaisse-langues et une lampe électrique dans 78%
- Gants dans 94%
- Matériel à pansements avec :
  - Des bandes dans 63%
  - Des compresses dans 91%
- Kit hémostatique dans 29%
- Mèches nasales dans 44%
- Matériel de sondage urinaire avec :
  - Des sondes dans 33%
  - Des poches dans 22%
- Un ordonnancier dans 98%
- Certificats d'hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers dans 77%
- Certificats de décès dans 87%
- Une classification médicamenteuse (Doroz® ou Vidal®) dans 63%
- Solution hydro-alcoolique dans 70%
- Produits désinfectants avec :
  - De la Bétadine® dermique et alcoolique dans respectivement 47% et 7%
  - De la chlorhexidine dans 55%

- De l'alcool dans 25%

La répartition en valeur numérique sera représentée sur la figure 2.



**Figure 2**

Ensuite, l'étude de la différence entre les milieux d'exercice est représentée dans les figures 3 et 4.

**a) Le matériel en milieu rural :**

Il est constaté l'existence dans les trousse d'urgence des médecins généralistes du milieu rural, d'une plus forte proportion de matériel tel que l'électrocardiographe, le glucomètre, le matériel de perfusion, le matériel d'injection et le matériel de sondage urinaire. Hormis ce matériel spécifique il n'existe pas de différence significative avec la moyenne.

**b) Le matériel en milieu semi-rural :**

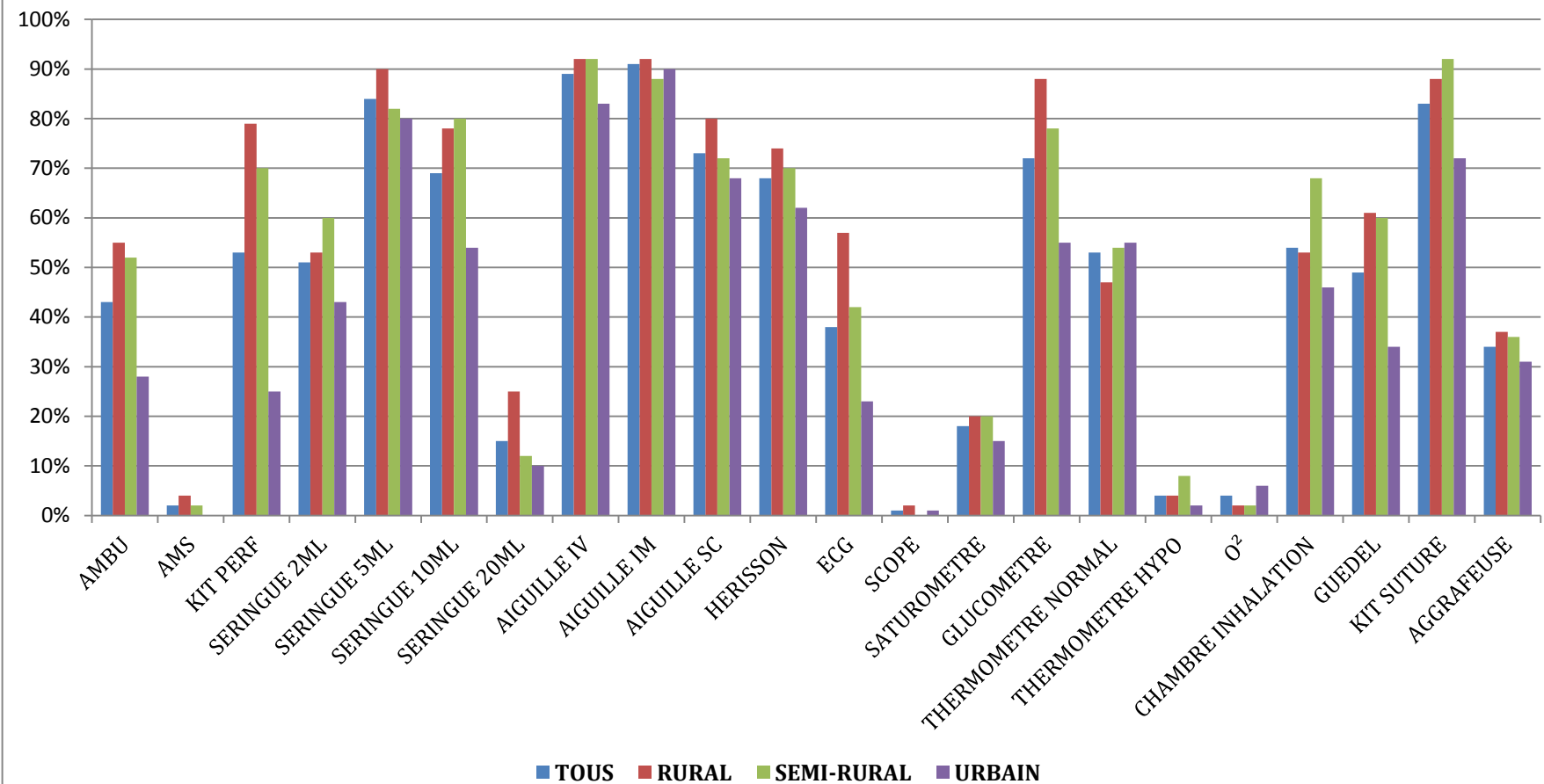
Il existe là encore des différences de matériel dans ce groupe d'exercice. En effet il est constaté la présence en plus forte proportion d'une chambre d'inhalation, d'une lampe électrique, des mèches nasales et de la chlorhexidine.

Cependant comme dans la catégorie précédente, hormis le matériel cité ci-dessus, il n'existe pas de différence significative par rapport à la moyenne.

**c) Le matériel en milieu urbain :**

Il est constaté un manque significatif de matériel par rapport à la moyenne, notamment de matériel de perfusion, de matériel d'injection, de glucomètre, de canule de Guedel, d'insufflateur manuel, d'électrocardiographe, de kit de suture, de chlorhexidine, de matériel de sondage urinaire et de mèches nasales. Il est remarqué le nombre élevé de stéthoscope pédiatrique dans cette catégorie d'exercice, presque le double de la moyenne.

## Proportion du matériel médical en fonction du type d'exercice

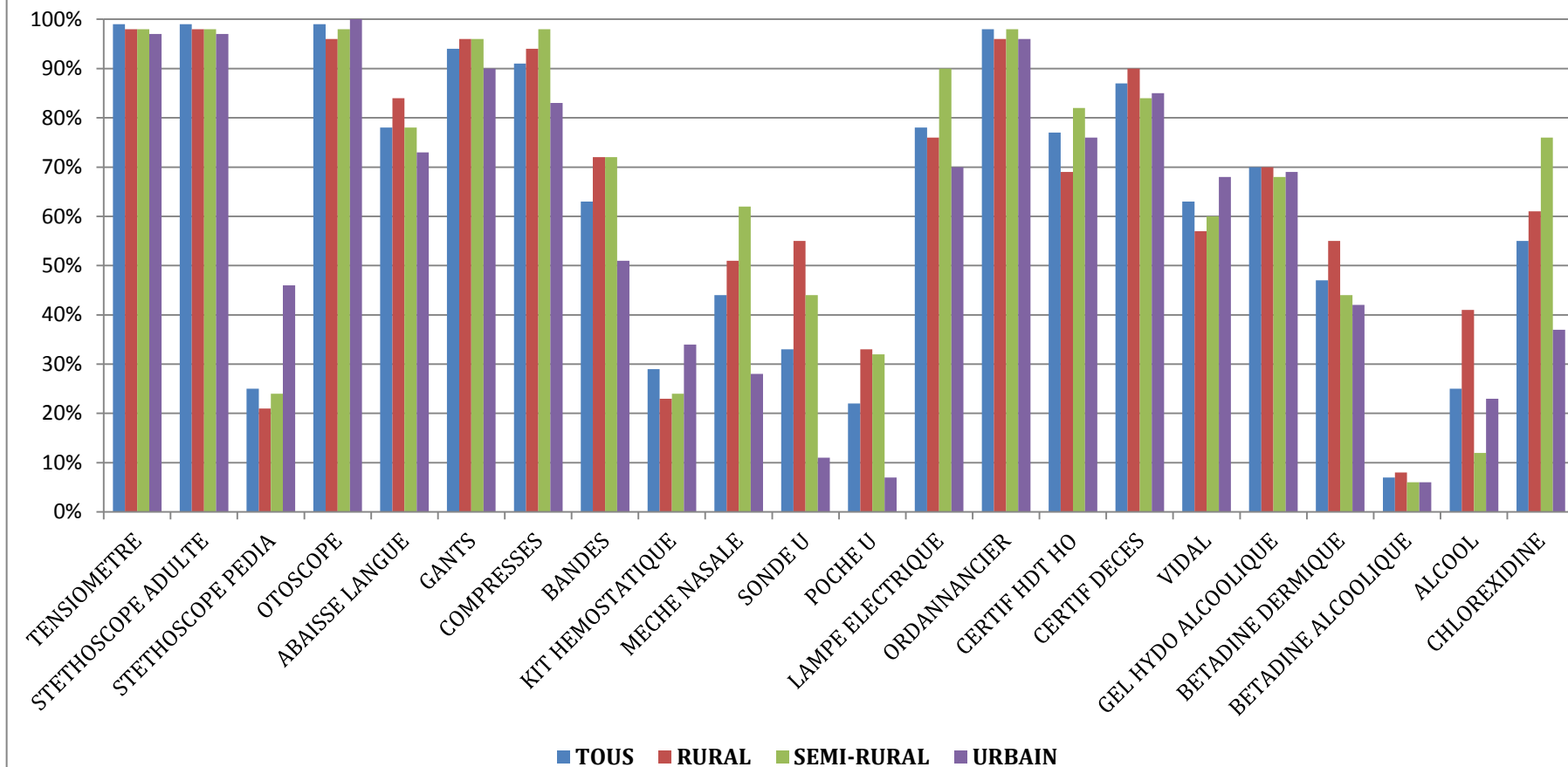


**Figure 3**

Jean-Etienne Cheyroux – « La trousse d'urgence de médecine générale en Haute-Vienne en 2010 »

Thèse .Faculté de médecine de Limoges. Année 2010

## Proportion du matériel médical en fonction du type d'exercice



**Figure 4**

Jean-Etienne Cheyroux – « La trousse d'urgence de médecine générale en Haute-Vienne en 2010 »

Thèse .Faculté de médecine de Limoges. Année 2010



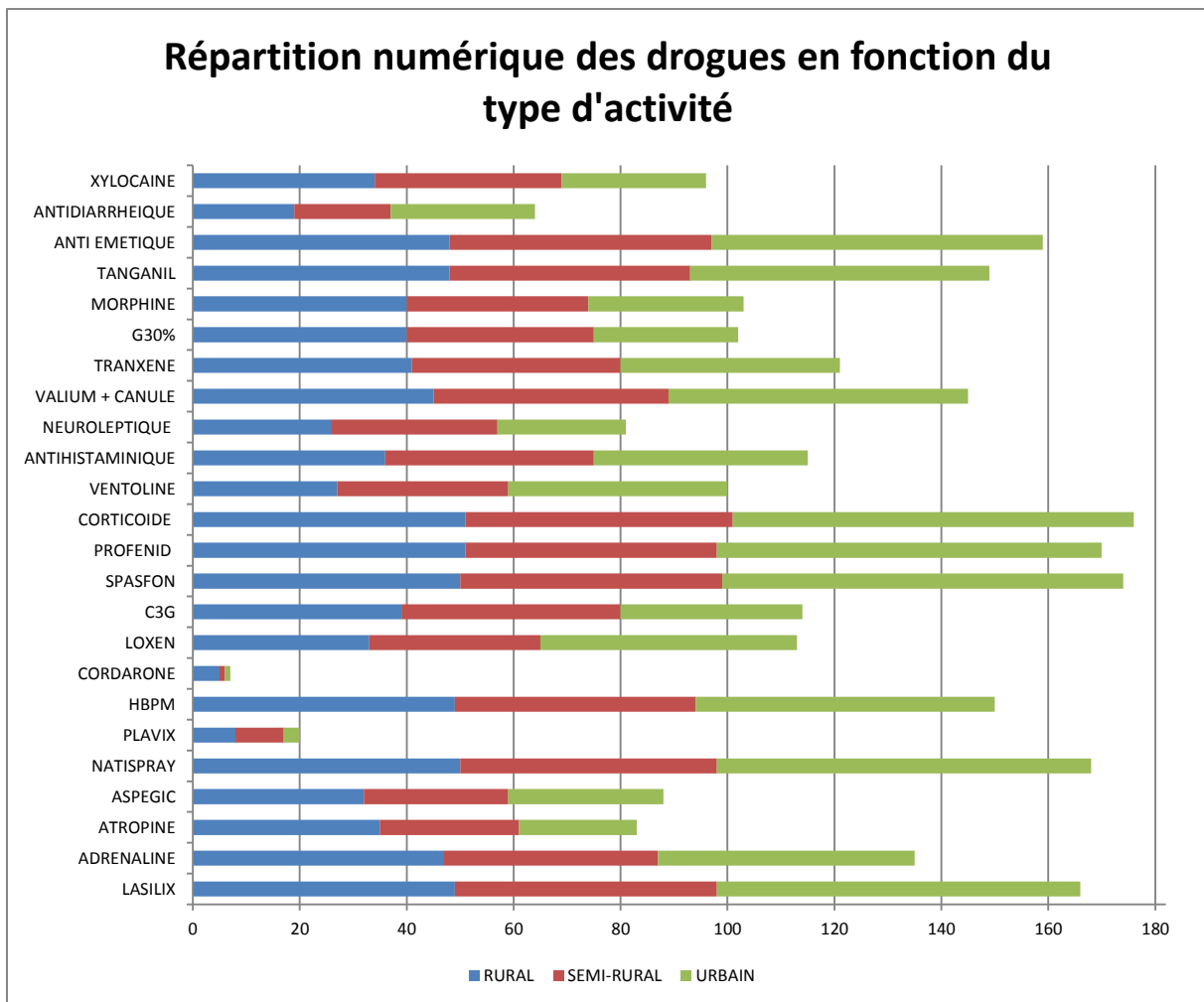
#### 4. Les médicaments :

Comme pour le matériel médical, de nombreuses classes médicamenteuses sont présentes dans la trousse d'urgence des médecins généralistes de la Haute-Vienne avec :

- LASILIX® dans 92%
- ADRENALINE dans 75%
- ATROPINE dans 46%
- ASPEGIC® dans 49% avec 53% de forme intraveineuse et 69% de forme per os
- NATISPRAY® dans 93%
- PLAVIX® dans 11%
- HEPARINE DE BAS POIDS MOLECULAIRE dans 83%
- CORDARONE® dans 4%
- LOXEN® dans 63%
- CEPHALOSPORINE DE 3<sup>ème</sup> GENERATION dans 63%
- SPASFON® dans 97%, avec 83% de forme intraveineux et 60% de forme per os
- PROFENID® dans 94%
- CORTICOIDES dans 98% avec 88% de forme intraveineuse et 74% de forme per os
- VENTOLINE® dans 55%
- ANTI-HISTAMINIQUE dans 64%
- NEUROLEPTIQUE dans 45% avec 51% de forme intraveineuse et 49% de forme per os
- VALIUM® + Canule intra rectale dans 80%

- TRANXENE® dans 67% avec 84% de forme intra veineuse et 28% de forme per os
- GLUCOSE 30% dans 57%
- MORPHINE® dans 57%
- TANGANIL® dans 83%
- ANTI-EMETIQUE dans 88%
- ANTI-DIARRHEIQUE dans 35%
- XYLOCAÏNE® dans à 53%

La répartition en valeur numérique est représentée dans la figure 5



**Figure 5**

Il est ensuite apprécié les différences entre les types d'exercice. Ces différences sont représentées dans la figure 6.

**a) Les médicaments en milieu rural :**

Les médecins généralistes exerçant en milieu rural possèdent de façon plus importante que la moyenne les médicaments répertoriés. Les trousse d'urgences des médecins généralistes exerçant en milieu rural sont mieux dotées que celles des autres modes d'exercice.

**b) Les médicaments du milieu semi rural :**

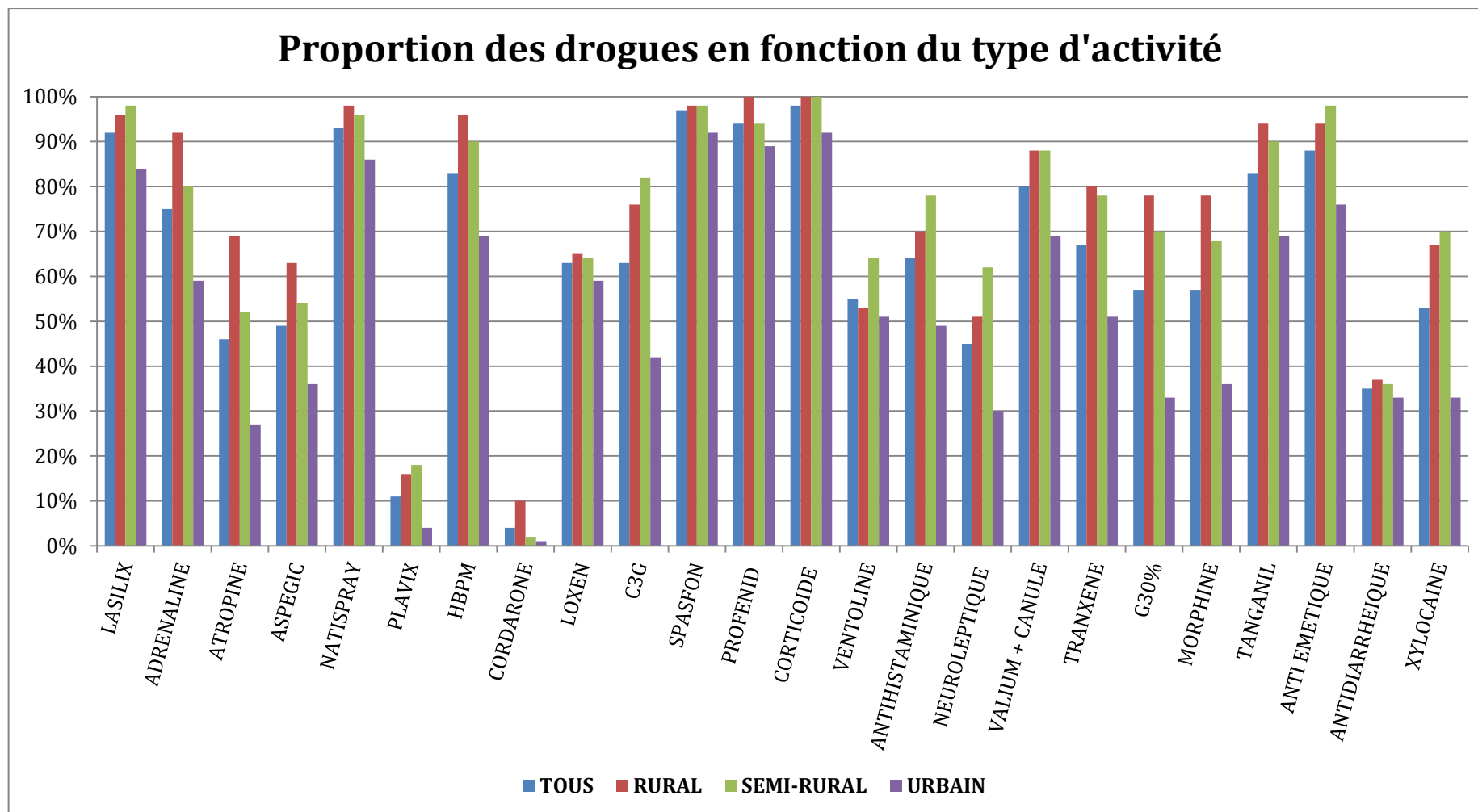
Il apparaît, comme pour la catégorie précédente que les trousse des médecins semi-ruraux sont mieux dotées, comparées à celles des médecins urbains et même comparées à la moyenne des trois modes d'exercice.

**c) Les médicaments du milieu urbain :**

Il apparaît clairement que les trousse d'urgence des médecins urbains sont bien moins dotées que celles des deux autres modes d'exercice. Le constat d'une proportion inférieure pour :

- toutes les drogues cardiologiques
- Des céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération
- Des antihistaminiques
- Des neuroleptiques
- Du VALIUM®
- De la XYLOCAÏNE®
- Du TRAXENE®
- Du glucose à 30%
- De la morphine
- Du TANGANIL®
- Des antiémétiques

75% des médicaments sont présents en proportion inférieure à la moyenne. Cet état de fait peut s'expliquer par le mode d'exercice, souvent plus rapproché d'un centre hospitalier.



**Figure 6**

## **5. Vérification :**

La vérification de la trousse d'urgence (vérification de la présence de tout le matériel, vérification des péremptions, changement des piles...) est faite dans 48% des cas deux fois par an, 28% une fois par an et 24% à une autre fréquence (toutes les semaines, tous les mois, avant et après chaque garde...).

## **6. Utilité de la trousse d'urgence :**

Parmi les praticiens ayant répondu, seulement 74% pensent qu'une trousse d'urgence est nécessaire en médecine générale, 20% pensent qu'une trousse d'urgence n'est nécessaire qu'en exercice rural ou semi-rural, et 4% estiment qu'une trousse d'urgence n'est nécessaire qu'en exercice urbain.

# **C. Analyse**

## **1. Introduction**

Cette étude est instructive sur l'activité d'urgence en médecine générale.

Le constat est qu'il existe une réticence (ou une angoisse?) de la part des médecins à la pratique de l'urgence et ce plus particulièrement lorsqu'elle est vitale. En effet il apparaît dans le questionnaire quelques remarques laissant comprendre que les médecins généralistes ne sont ni des urgentistes, ni un SMUR. Certes en milieu urbain, proche d'un centre hospitalier disposant d'un SMUR, il est à peine concevable un tel raisonnement mais dans les secteurs ruraux éloignés des centres hospitaliers, où des délais d'engagement d'un Smur sont à prendre en considération, les médecins généralistes sont les premiers personnels de recours, pour dispenser des soins d'urgence. Si pour un quelconque motif le

SMUR ne peut intervenir rapidement (indisponibilité) le médecin de proximité est le seul garant de l'assistance à la détresse vitale.

Or en se basant sur l'obligation de moyens pour les médecins (généralistes de surcroît), ceux-ci se doivent de pouvoir prendre en charge une urgence vitale ; par conséquent, il y a de facto une obligation de détenir le matériel adéquat.

## **2. Les urgences :**

Dans ce questionnaire; il est constaté la grande diversité des urgences en médecine générale, allant de la "*bobologie*" à l'urgence vitale nécessitant des gestes de réanimation. Cependant la gravité de l'urgence n'est pas spécifique d'un mode d'exercice précis. Les urgences graves existent dans les trois modes d'exercice. En milieu urbain les urgences graves vitales sont rarement gérées par le médecin généraliste, à contrario du secteur rural où le médecin généraliste est le premier recours médical. Il est évident, qu'une trousse d'urgence est nécessaire dans les trois secteurs d'activité. Cependant elle sera certainement moins utilisée en secteur urbain que dans les 2 autres secteurs, mais l'important n'est-il pas qu'elle soit utilisée dès lors qu'une urgence se présente surtout si elle est vitale ou grave ne serait-ce qu'une fois par an.

Grace à ce questionnaire nous avons constaté que la principale urgence décrite en médecine générale est le traitement de la douleur, avant les pathologies cardiologiques, respiratoires, neurologique, traumatiques, infectieuses...

En effet le principal motif d'appel du médecin généraliste en urgence est une affection douloureuse. Le patient demande à être calmé rapidement et fait appel à son médecin traitant pour réaliser l'antalgie, ou pour l'orienter vers le

secteur de prise en charge adapté. Toutefois la trousse ne peut pas se résumer aux seuls médicaments antalgiques.

En conclusion en matière de pathologies d'urgence en Haute-Vienne, il faut admettre la nécessité de la trousse d'urgence avec une large panoplie de médicaments afin de gérer toutes les situations. Il faut disposer d'autant de médicaments antalgiques que de médicaments cardiologiques ou neuroleptiques. Toutefois certains médicaments ne sont pas obligatoires, mais seulement conseillés afin de pouvoir gérer toutes les situations urgentes rencontrées en Haute-Vienne.

Compte tenu de l'âge moyen élevé de la population en Haute-Vienne, il doit être privilégié les médicaments cardiologiques et respiratoires.

### **3. Le matériel médical :**

Il est constaté qu'en grande majorité, les trousse d'urgence médicales sont assez bien fournies en Haute-Vienne. La majorité des praticiens a opté pour une trousse d'urgence faite d'une caisse rigide ce qui paraît techniquement le plus adapté pour le rangement du matériel, ainsi que sa conservation. Cependant il apparaît que dans plusieurs cas la trousse d'urgence n'est pas indépendante mais une annexe de la sacoche de visite habituelle. Dans de nombreuses réponses le stéthoscope, le tensiomètre, l'otoscope ne sont pas présents dans la trousse d'urgence mais dans la sacoche de visite ; or lors d'un acte d'urgence il paraît plus adapté de n'avoir qu'une seule trousse où tout le matériel est disponible. (Ce qui signifie un doublement du matériel pour la consultation et pour la visite)

Il est constaté également la proportion non négligeable de praticiens ne disposant pas d'un électrocardiographe. En effet 38% des praticiens disposent de matériel permettant un enregistrement de l'activité électrique du cœur. Ce

matériel est présent avec une grande disparité entre les différents modes d'activité, et environ 50% des médecins ruraux et semi-ruraux ne possèdent pas d'électrocardiographe. Il faut retenir que l'électrocardiographe n'est pas assez présent dans les trousse d'urgences, peut-être par crainte de l'erreur, ce qui va à l'encontre de l'obligation de moyens. En effet devant une douleur thoracique typique il paraît nécessaire de réaliser un électrocardiogramme car l'interprétation fine (en dehors du syndrome coronarien ST+) reste de l'ordre du médecin régulateur ou du spécialiste en cardiologie, dès lors que la démocratisation des technologies de télétransmission tend à se pérenniser. En effet 17% des possesseurs d'électrocardiographe possèdent du matériel de télétransmission permettant une lecture immédiate de l'électrocardiogramme par un médecin spécialiste qui en donnera une interprétation fine. Ceci devrait donc résoudre le problème du médecin de proximité qui a "*peur de mal faire*".

Dans le même ordre de raisonnement, il est constaté l'inexistence du saturomètre dans la trousse d'urgence avec seulement 18% des médecins possesseurs. Cet outil semble nécessaire en urgence comme en pratique courante, quand nous savons que la désaturation apparaît bien avant la survenue de la cyanose, ce qui permet de prévoir cliniquement une détresse respiratoire avant la cyanose. Ce qui va de pair avec l'absence, chez plus de la moitié des médecins interrogés, d'un insufflateur manuel qui peut être nécessaire en cas de détresse ou d'arrêt respiratoire. Il existe actuellement des insufflateurs à usage unique, à faible coût qui peuvent correspondre à l'obligation de moyens. Même remarque aussi pour la chambre d'inhalation qui est absente chez 45% des médecins interrogés. Cet appareil est indispensable à la distribution des médicaments bronchodilatateurs tant chez l'enfant que chez l'adulte, surtout en cas de bronchospasme.



Abordons maintenant le matériel médical utile surtout en secteur éloigné d'un centre hospitalier, notamment en milieu rural. Il est constaté que 28% des médecins interrogés possèdent du matériel de sondage urinaire. Une grande disparité existe entre les différents secteurs d'activité puisque le matériel de sondage urinaire est présent chez 44% des médecins en rural, chez 38% en semi rural et seulement 9% en milieu urbain. Le sondage n'est pas un geste d'urgence vital mais un geste d'urgence antalgique, qui peut éviter de nombreuses complications comme la rupture vésicale sur globe ou l'agitation algique (étant bien entendu que le matériel du kit de sondage comprend les gants stériles, un champ stérile et un anesthésique local). En Haute-Vienne seulement 40% des médecins exerçant en secteur éloigné ont la possibilité de sonder leurs patients.

De même en ce qui concerne le matériel hémostatique comme le méchage nasal antérieur ou l'éponge hémostatique, 36% des médecins en possèdent. Le geste d'hémostase peut être un geste à réaliser en urgence avant le transport vers un centre de référence, notamment dans le cas d'une plaie ou d'épistaxis sous et sans anticoagulant.

Les autres matériels ou outils médicaux habituels, comme les compresses, les désinfectants, les certificats (Décès, HDT et HO), l'ordonnancier, le glucomètre, le thermomètre, le matériel d'injection, sont présents chez plus de 75% des médecins dans les trousse d'urgences.

#### **4. Les médicaments :**

Dans cette catégorie il est également constaté une grande disparité des médicaments qu'ils soient sous forme injectable ou per os. Quelques remarques doivent être faites pour l'amélioration des pratiques et la prise en charge des pathologies urgentes.

Parmi les médicaments il est constaté la présence de médicaments de "confort" dont l'utilisation en urgence n'est que peu ou pas nécessaire, au détriment de médicaments importants à visée cardiologique, pneumologique ou infectieuse.

En effet l'atropine, l'aspirine ne sont présents que dans 48% des trousse d'urgence ce qui ne favorise pas une prise en charge correcte des douleurs thoraciques ou des bradycardies extrêmes. Dans le même ordre d'idée, le PLAVIX®, médicament facilement accessible, n'est présent que dans 11% des trousse d'urgences. Malgré tout, les médicaments des urgences cardiologiques sont présents dans les trousse des médecins ruraux et semi-ruraux, par contre négligés chez les médecins urbains (sûrement par manque d'utilisation?).

Pour les médicaments à visée pneumologique, leur présence est constatée dans seulement 55% des trousse, notamment la VENTOLINE®, et ce quel que soit le mode d'exercice. De fait, seul un médecin sur deux est capable de traiter une crise d'asthme à domicile ou du moins d'en réduire les conséquences graves avant une prise en charge hospitalière ou extra hospitalière. Ce manque de médicaments coïncide avec l'absence dans une trousse sur deux d'une chambre d'inhalation.

Dans le même cadre de raisonnement, il est constaté dans près de 45% des cas, l'absence de sérum glucosé à 30%, médicament nécessaire au traitement de l'hypoglycémie profonde lorsqu'un resucrage per os n'est pas possible. Là encore il s'agit d'un manque important car les conséquences d'un retard de traitement peuvent être sérieuses (et qu'en est-il du GLUCAGON® dans le réfrigérateur du diabétique insulino-dépendant ou de la mise à disposition de l'ANAPEN® chez l'allergique avéré). Il est constaté une nette différence selon les modes d'activité avec une présence de ce dosage de glucosé chez 78% des médecins ruraux, 70% en semi-rural et chez seulement 33% en ville.

Pour l'antalgie il est constaté l'existence de plusieurs classes médicamenteuses :

- Des anti-inflammatoires non stéroïdiens type PROFENID® injectable dans 93% des trousse
- Des antispasmodiques type SPASFON® injectable et per os, dans 96% des trousse
- Des antalgiques de niveau 3 : la morphine dans 57% des trousse

Pour les antalgiques de niveau 3, il existe également une grande disparité avec une dotation chez 78% des médecins ruraux, 68% en semi rural et 36% en ville. La morphine reste l'antalgique principal de l'urgence, car utilisable sans nécessité de voie veineuse périphérique.

Il est constaté que les neuroleptiques ne sont présents que dans 45% des trousse. Il apparait actuellement, avec l'augmentation des pathologies psychiatriques traitées à domicile, que les neuroleptiques sont d'usage de plus en plus fréquent. Il parait donc utile d'en détenir dans la trousse afin de pouvoir pallier à toutes les éventualités.

L'absence de Rocéphine® ou d'une autre céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération dans plus de 37% des trousse d'urgence est très surprenante compte tenu des possibilités de méningite à méningocoque par exemple. Cependant le pourcentage de dotation est respectivement de 76% en milieu rural, de 82% en milieu semi-rural et seulement de 42% en milieu urbain. Il est surprenant que dans une trousse dite d'urgence l'antibiotique de référence dans l'urgence infectieuse ne soit pas présent à 100%. Ne s'agit-il pas d'un défaut de moyens?

En ce qui concerne l'oxygène médical [4], il existe une législation sur les fluides médicaux, leur conditionnement et leur transport ; nous avons constaté que 4% des médecins généralistes interrogés possèdent dans leur véhicule ou au cabinet de l'oxygène. Ce médicament est certes indispensable dans un grand nombre de situations d'urgence mais sa manipulation et son stockage font l'objet de recommandations précises et contraignantes. Les ambulanciers privés et les sapeurs-pompiers sont détenteurs de ce médicament et des moyens de distribution. Dans les cas d'une impérative nécessité, ces acteurs seront obligatoirement déclenchés (au même titre que le Smur), et par la même occasion assureront le transport de la victime. Il doit donc être justifié pour un médecin de ne pas posséder de l'oxygène médical, en raison des difficultés de manipulation et de transport dès lors que d'autres acteurs indispensables assureront distribution du médicament et transport de la victime.

## **D. CONCLUSION**

Cette évaluation de la trousse d'urgence est intéressante car elle permet de mettre en évidence des défauts des médecins généralistes dans la prise en charge des urgences vitales ou graves en Haute-Vienne. En effet certains médicaments primordiaux peuvent améliorer sinon rétablir des fonctions vitales. Mais en terme de législation aucun médicament ni matériel ne sont imposés aux médecins généralistes. Il faut cependant bien garder à l'esprit la notion d'obligation de moyens ce qui intuitivement signifie la possession de médicaments et de matériels nécessaires pour pallier à toute situation d'urgence, vitale ou non qui peut survenir.

Mais, globalement, les trousse d'urgences des médecins généralistes en Haute-Vienne sont assez bien dotées.

Mais pour tel médecin qui n'a pas les médicaments ou le matériel nécessaire, il ne pourra faire face ponctuellement à une urgence vitale ce qui est le but essentiel de cet étude.

Le constat qui ressort de cette étude est qu'un médecin généraliste ne se sent plus concerné par les urgences, notamment par les urgences qui peuvent compromettre le pronostic vital. Certains pensent même que l'urgence ne relève pas de la médecine générale ; or l'urgence fait partie intégrante de l'activité d'un médecin généraliste en particulier en milieu rural loin d'un centre hospitalier.

Il faut espérer que la situation n'est pas fixée et qu'elle pourra évoluer vers une gestion plus importante des urgences graves par les médecins généralistes. Il est proposé une trousse d'urgence type en médecine générale en Haute-Vienne dans la troisième partie.

### **III. LA TROUSSE D'URGENCE [5,6]**

Partant du constat qu'une trousse d'urgence est nécessaire en médecine générale, autant en milieu rural et semi-rural, qu'en milieu urbain et que sa possession et sa composition relèvent de la seule initiative de chaque médecin sans obligation législative formelle "autre" que l'obligation de moyens, il est proposée une composition type d'une trousse d'urgence pour la Haute-Vienne d'après les résultats de l'étude décrite précédemment.

## **A. Définition :**

Une trousse d'urgence peut être définie comme une réserve de matériel accessible à tout moment et permettant de prendre en charge des urgences médicales vraies quel que soit leur degré de gravité.

Cette trousse, confectionnée par le médecin, est adaptée au mode d'exercice, au lieu d'installation, aux nécessités liées à l'éloignement des structures hospitalières publiques ou privées et au délai d'intervention des unités mobiles hospitalières du SAMU ou des sapeurs-pompier. [7]

Il existe autant de valises d'urgence que de médecins. Néanmoins, cette trousse doit permettre au praticien de remplir sa mission de soins adaptés avec un maximum de confort pour lui-même mais avant tout pour le patient, et sans mise en danger de ce dernier par les thérapeutiques engagées.

## **B. Composition :**

### **1. Le contenant :**

En termes d'efficacité sinon d'efficience, l'organisation de la trousse d'urgence doit répondre à certains impératifs :

- Une simplicité d'emploi
- Une facilité de transport
- Une solidité à toute épreuve
- Un contenu facilement repérable et accessible

Pour permettre cette organisation il existe deux types de matériel adapté. Il s'agit soit d'une caisse rigide type caisse à outils, soit d'un sac à dos multi-compartiments.

Le sac à dos multi-compartiments médical est un matériel adapté pour faire une trousse d'urgence mais celui-ci a un coût non négligeable de l'ordre de 350€. Cependant ce sac doit être étudié pour un usage médical avec des compartiments et des rangements adaptés aux différents matériels médicaux. De plus ce sac doit être adapté pour le transport autant pour sa solidité que pour sa facilité de prise en main. Un exemple de sac multi-compartiments est présenté ci-dessous.



La trousse à outils existe aussi pour un coût bien moindre, à condition d'adaptations et des créations de rangements, qui reviendront au final à un coût bien moindre. En effet la caisse à outils revient à environ 30€. Un exemple de

caisse à outils adaptée à la réalisation d'une trousse d'urgence est présenté ci-dessous.



Trousse ouverte et fermée  
avec un compartiment  
pour les ampoules de  
médicament

Dans tous les cas la trousse d'urgence doit se limiter à un seul contenant, et ne pas être par exemple deux caisses dont l'une contiendrait les médicaments et l'autre le matériel médical. La facilité de transport doit rester l'impératif premier donc fonction du mode d'exercice.

Nous allons maintenant décrire le contenu.

## 2. Le matériel :

Il faut tenir compte du mode d'exercice.



### **a) En milieu urbain :**

Les médecins généralistes exerçant en milieu urbain se trouvent, en théorie, proches des centres hospitaliers, des moyens de secours SDIS (service départemental d'incendies et de secours), ainsi que des moyens de transport sanitaire privés (ambulance privée = AP). En principe il pourrait être admis que les médecins généralistes de ville aient une trousse d'urgence moins complète que celle de leurs collègues de campagne. Toutefois il est fortement conseillé de détenir une trousse d'urgence avec :

- Des seringues usage unique de 2, 5, 10 et 20ml en double exemplaire chacune (environ 4€)
- Des aiguilles usage unique intra-musculaires, intra-veineuses et sous-cutanées (environ 9€ pour 100 de chaque)
- Un ou deux garrots (de 1€ à 9€)
- Un container à aiguilles vide de préférence (5€)
- Un saturomètre (90€)
- Un électrocardiographe + consommables (550€ environ) en état de marche
- Un glucomètre (80€)
- Un thermomètre (7€)
- Une chambre d'inhalation (Abelspacer® pédiatrique à 25€ et Abelspacer® 6 ans et plus à 13€)
- Un tensiomètre (70€ avec 4 brassards)
- Un stéthoscope (environ 40€) adulte et pédiatrique ou mixte
- Un otoscope (60€)
- Une lampe électrique (mais l'otoscope peut faire office) (3€)
- Un marteau à réflexe (5€)
- Des abaisses langue (1€ les 100)

- Des gants non stériles (5€ les 100)
- Des gants stériles (1€ la paire)
- Des compresses stériles (7,5€ les 50 paquets de 2)
- Des bandes stériles (9€ les 20 unités)
- Du sparadrap (1€)
- Un gel hydro-alcoolique (1,5€ le flacon)
- Un désinfectant type chlorhexidine (environ 4€)
- Un ordonnancier + tampon
- Un VIDAL® (version abrégé)
- Un modèle de certificat HDT et HO (figure 7, 8 et 9) (au moins deux de chaque)
- Des certificats de décès (au moins 2)
- Un stylo
- Des piles de rechange de tailles adaptées aux appareils présents dans la trousse d'urgence

Ce matériel est vraiment le strict minimum à détenir pour pouvoir pallier aux situations d'urgence courante en médecine de ville.

# HOSPITALISATION A LA DEMANDE D'UN TIERS

(Modèle de demande à rédiger par le tiers)

Je soussigné(e), Nom, Prénom

Né(e) le ..... à .....

Profession

Demeurant à .....

En qualité de tiers vivant habituellement avec lui (degré de parenté ou nature des relations avec le patient), demande l'hospitalisation, conformément à l'article L 3212-1 du Code de la Santé Publique, dans un établissement régi par la loi du 27 juin 1990,

De Nom, Prénom

Né(e) le ..... à .....

Profession

Demeurant à .....

Fait à ..... Le .....

Signature

*N.B. : Cette demande doit être écrite sur papier libre, en double exemplaire. Elle doit être manuscrite et signée par la personne qui la formule. Si cette dernière ne sait pas écrire, selon la situation d'intervention la demande est reçue par le maire ou le responsable des forces de l'ordre ou le directeur de l'établissement, qui en donne acte.*

## **Figure 7**

# Certificat médical en vue d'une hospitalisation à la demande d'un tiers

## Procédure en cas de péril imminent

### Article L3212-3 du Code de la Santé Publique

Je soussigné(e), Docteur.....

Médecin en exercice ..... (Lieu et adresse exacte),

Certifie avoir examiné, personnellement, ce jour le .....

Mme, Mlle, Mr ..... (Nom, Prénom)

Né(e) le ..... à .....

Profession

Demeurant .....

Je constate les troubles mentaux suivants (*décrire la symptomatologie de façon détaillée sans diagnostic*)

Ses troubles rendent impossible son consentement et son état nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. Ils justifient son hospitalisation dans un établissement spécialisé en application de la loi du 27 juin 1990 –article **L 3212-3** du Code de la Santé Publique, en raison du péril imminent.

J'atteste que je ne suis ni parent ni allié au 4<sup>ème</sup> degré inclus, avec le directeur de l'établissement accueillant ce patient, ni avec l'auteur de la demande d'hospitalisation, ni avec la personne à hospitaliser.

Fait à ..... le.....

Signature (suivie obligatoirement de votre nom, prénom et N° de téléphone ou vous pouvez être joint-e-)

N.B. : certificat médical devant être rédigé in extenso en manuscrit sur papier à entête.

#### **Figure 8**

# Certificat médical en vue d'une hospitalisation d'office

Je soussigné(e), Docteur.....

Médecin en exercice ..... (Lieu et adresse exacte),

Certifie avoir examiné, personnellement, ce jour le .....

Mme, Mlle, Mr ..... (Nom, Prénom)

Né(e) le ..... à .....

Profession

Demeurant .....

Je constate les troubles mentaux suivants (décrire la symptomatologie de façon détaillée sans diagnostic)

Son comportement révèle des troubles manifestes, présentant un danger imminent pour la sécurité des personnes (ou compromettant l'ordre public). Ceux-ci justifient son hospitalisation dans un établissement spécialisé en application de la loi du 27 juin 1990 –article **L 3213** et suivant du Code de la Santé Publique.

J'atteste que je ne suis ni parent ni allié au 4<sup>ème</sup> degré inclus, avec le directeur de l'établissement accueillant ce patient, ni avec l'auteur de la demande d'hospitalisation, ni avec la personne à hospitaliser.

Fait à ..... le.....

Signature (suivie obligatoirement de votre nom, prénom et N° de téléphone ou vous pouvez être joint-e-)

*N.B. : certificat médical devant être rédigé in extenso en manuscrit sur papier à entête.*

## **Figure 9**

### **b) En milieu rural et semi-rural :**

Le matériel dans la trousse des médecins de ville doit être le même dans celle des médecins ruraux et semi-ruraux. L'électrocardiographe a un intérêt en milieu rural et semi-rural du fait de l'éloignement du centre hospitalier. De ce fait il doit être présent dans les trousse d'urgences des médecins ruraux et semi-ruraux.

Dans la trousse d'urgence de ces médecins généralistes il sera fondamental de trouver du matériel un peu plus adapté à l'urgence mais nécessaire pour la prise en charge des urgences loin des secours médicaux spécialisés type SMUR. La dotation supplémentaire devrait être :

- Un insufflateur manuel à usage unique (14€)
- Un aspirateur de mucosité manuel (70€)
- Des masques faciaux à usage unique de différentes tailles (4€ l'unité)
- Des cathéters de différentes tailles (0,55€ l'unité)
- Des tubulures de perfusion avec site d'injection (0,92€ l'unité)
- Des canules de Guedel de taille 2, 3, 4 (1€ l'unité)
- Un kit de suture complet (environ 9€)
- Une agrafeuse usage unique : 5 agrafes (7,5€)    15 agrafes (10,5€)
- Un kit hémostatique : coussin hémostatique + bande de compression élastique (24€)
- Une mèche nasale type Merocel® (11€)
- Une sonde urinaire CH14 et CH18 (2€ l'unité)
- Un kit de sondage complet (5€) comprenant du gel anesthésique, un champ stérile, des compresses stériles, un antiseptique, de l'eau stérile pour le gonflage du ballonnet
- Des poches à urine (3€ les 10 unités)

En se basant sur les réponses du questionnaire, il apparaît que ce matériel devrait être obligatoire dans les trousse d'urgences des médecins généralistes de Haute-Vienne. Toute adaptation est possible, hors cette proposition de matériel.

Il n'existe pas de trousse d'urgence standard, mais autant de trousse que de médecins, la seule trousse idéale est celle qui est adaptée au praticien. Celui-ci l'élabore selon ses compétences, l'environnement dans lequel il exerce, sa patientèle, ses responsabilités, sa pratique du moment et sa perception de la prise en charge de l'urgence.

### **3. Les médicaments : [8]**

Comme pour le matériel les drogues nécessaires à la création d'une trousse d'urgence diffèrent en fonction du mode d'exercice.

#### ***a) En milieu urbain :***

En ville très peu de médicaments paraissent nécessaires pour avoir une trousse d'urgence capable de pallier à la plupart des urgences. Selon le type d'urgence recensé par le questionnaire, il semble opportun de détenir :

- Des drogues à visée cardiologique avec :
  - LASILIX® 20mg au moins 4 ampoules (4€)
  - ADRENALINE 1mg (x2) et 5 mg (x3) (0,8€ et 2€)
  - NATISPRAY® 30µg (6,5€)
  - Une héparine de bas poids moléculaire comme du LOVENOX® 0,6ml (18€ les 2 injections)

- Des drogues à visée respiratoire avec :
  - La VENTOLINE® (5€)
  - Corticoïdes intra veineux type SOLUMEDROL® 120mg (2 ampoules minimum) (5€) et per os type CELESTENE® [9] (4,5€)
  - Anti histaminique type POLARAMINE® injectable (2€)
  
- Des drogues à visée anti infectieuse avec :
  - Une céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération type ROCEPHINE® ou CLAFORAN® (2 ampoules minimum) (8€)
  
- Des drogues à visée neurologique avec :
  - VALIUM® et sa canule intra rectale (3€)
  - RIVOTRIL® [10]
  - TRANXENE® injectable 50mg (2 ampoules) (5,5€)
  - Neuroleptique injectable type ZYPREXA® (disponible en pharmacie hospitalière) ou TIAPRIDAL® (5,5€ les 12 ampoules) (2 unités du médicament choisit)
  
- Des drogues à visée antalgique avec :
  - SPASFON® injectable (6ampoules) (3,5€ les 6 ampoules)
  - PROFENID® 100mg injectable (2 ampoules) (6€ les 6 ampoules)
  - La MORPHINE injectable 10mg/ml (10€ les 10 ampoules) (4 ampoules)



- Des drogues à visée métabolique avec :
  - Glucose à 30% (2 ampoules au minimum) (3€ les 10 ampoules)
- Des solutés de dilution avec :
  - Sérum physiologique 20ml (environ 3€ les 10 ampoules)

***b) En milieu rural et semi-rural :***

Dans ce secteur d'activité éloigné le médecin généraliste peut avoir la nécessité de commencer des gestes thérapeutiques en attendant les secours spécialisés, ou même avant de transférer un patient vers l'hôpital. Aux médicaments précédents, présents dans la trousse d'urgence de ville, les autres produits nécessaires sont en particulier :

- Des drogues à visée cardiologique avec:
  - ATROPINE 1mg (4 ou 6 ampoules) (1€ l'ampoule)
  - ASPEGIC® 500mg injectable (2 flacons) (1€ le flacon)
  - PLAVIX® (30€ la boîte de 30)
  - LOXEN® injectable (NC)
- Des drogues à visée digestive avec :
  - Anti émétique injectable type VOGALENE® (2ampoules) (4€ les 10 ampoules)
- Des drogues à visée neurologique avec :
  - Anti vertigineux injectable type TANGANIL® (2 ampoules) (3€ les 5 ampoules)

- Des drogues à visée anesthésique avec :
  - De la XYLOCAINE® injectable à 1% (2 flacons) (1,7€ le flacon de 20ml)
  
- Des drogues à visée d'antidote avec :
  - Du NARCAN®, antidote spécifique et immédiat de tous les opioïdes agonistes (2 ampoules) (12€ les 10 ampoules)
  
- Des solutions de perfusion avec :
  - Du sérum physiologique 250ml en 2 exemplaires (4,5€)
  - Du sérum glucosé à 5% 250ml (1 poche) (2,5€)
  - Une macromolécule type VOLUVEN® (1 poche) (25€)

Quelques médicaments per os peuvent être rajoutés mais en petite quantité (VOGALENE®, SPASFON®, paracétamol pédiatrique).

#### **4. La communication :**

Il faut noter qu'un médecin généraliste doit être joignable en journée de 8h à 20h, qu'il se trouve au cabinet ou en visite. Il est donc indispensable pour celui-ci de disposer d'un téléphone portable en état de marche (alimentation et réseaux). Lorsque le médecin part en visite il est nécessaire de basculer les appels arrivant au cabinet vers le téléphone cellulaire.

## **C. Conservation et vérification :**

### **1. La conservation :**

La conservation des produits de la trousse d'urgence est une difficulté du fait de son lieu de stockage. En effet pour être utile elle doit être à proximité du médecin en permanence, que ce soit au cabinet ou en visite, et elle peut être doublée. Elle doit être stockée dans un endroit propre et thermostable, même s'il semble que la température n'altère pas fondamentalement la structure des médicaments. [11,12] En visite la trousse d'urgence est stockée dans le véhicule, est soumise aux températures extrêmes au cours de l'été et de l'hiver ainsi qu'aux variations de température au cours de la journée. Pour essayer de pallier à ces conditions la trousse d'urgence devra être stockée dans le coffre de la voiture, en privilégiant le stationnement de cette dernière à l'ombre.

### **2. La vérification :**

Le médecin doit connaître parfaitement le contenu de sa trousse d'urgence, il doit en assurer régulièrement le réapprovisionnement, vérifier les péremptions et la désinfecter (cahier de surveillance?).

La fréquence de vérification de la trousse d'urgence n'est pas bien définie, et relève de la conscience et connaissance de chaque médecin. Une trousse d'urgence non fonctionnelle peut s'avérer inutile ou faire perdre du temps. Il semble nécessaire de vérifier avant chaque garde le bon fonctionnement du matériel, cette vérification est une vérification rapide de routine. Il est recommandé de vérifier tous les six mois les péremptions des médicaments, l'intégrité des emballages stériles et des ampoules de médicaments. Les produits périmés ou en mauvais état seront remplacés ainsi que les alimentations des appareils.

Il faut rappeler qu'il est nécessaire de remplacer immédiatement tout produit utilisé lors d'une urgence, afin de restituer l'intégralité de sa trousse d'urgence.

## **D. Le Coût :**

Une trousse d'urgence optimale a un coût non négligeable. C'est peut être une des raisons pour lesquelles certains médecins ne détiennent pas de trousse d'urgence ou une version très abrégée. En effet les actes d'urgences en médecine générale ne sont pas valorisés, ce qui n'incite pas à investir dans du matériel onéreux. Le coût des deux propositions de trousse d'urgence type a été estimé.

La composition de la trousse d'urgence de ville type revient à environ :

- 1000€ pour le matériel
- 95€ pour les médicaments
- 350€ pour le sac multi-compartiments ou 30€ pour la caisse à outils.

Le coût est de 1445€ pour le sac multi-compartiments ou de 1125€ pour la caisse à outils.

La composition de la trousse d'urgence rurale et semi-rurale type revient à environ :

- 1165€ pour le matériel
- 180€ pour les drogues
- 350€ pour le sac multi-compartiments ou 30€ pour la caisse à outils.

Le coût est de 1695€ pour le sac multi-compartiments ou de 1375€ pour la caisse à outils.

Ces coûts ne sont certes pas négligeables mais si le coût le plus conséquent est représenté par l'achat du matériel médical, le constat est que cet achat est durable. En effet un médecin peut conserver son matériel pendant toute sa carrière médicale, il devra uniquement investir dans des consommables (Piles, ampoules, papier ECG...) qui ont un coût bien moindre.

Quant aux dotations médicamenteuses elles peuvent être fournies par demande directe aux laboratoires pharmaceutiques, mais dans le cas d'un achat il s'agit de frais professionnel au même titre que tout le matériel à usage médical.

# CONCLUSION

La pratique des urgences est indissociable de la pratique courante de la médecine générale. Un médecin généraliste sera confronté un jour ou l'autre à une urgence vitale pour laquelle il lui sera nécessaire d'avoir du matériel adapté.

Les réponses aux questionnaires envoyés aux médecins laissent perplexes :

- Les médecins généralistes actuels ont-ils toujours à l'esprit la notion d'urgence vraie ou vitale?
- Les médecins généralistes actuels paraissent plus préoccupés par les urgences ressenties qui ne justifient pas de matériel spécifique utile à la résolution ou l'amélioration de l'urgence vraie ou vitale.

Ne faut-il pas revenir à une définition stricte de l'urgence quand la définition du Larousse est : "Caractère de ce qui est urgent-nécessité d'agir vite, immédiatement, sans délai", qui caractérise la seule urgence vraie ou vitale?

Ne serait-il pas utile d'assurer régulièrement des Formations Médicales Continues (FMC) pour les médecins généralistes (et autres) adaptées à la prise en charge et au traitement premiers de l'urgence vraie ou vitale.

Malgré la réticence perçue des médecins généralistes à pratiquer les urgences, on remarquera, dans la grande majorité des cas, que les trousse d'urgences en Haute-Vienne sont relativement bien fournies. Toutefois certains manques importants persistent qui pourraient être considérés comme un manque de moyens.

Les deux propositions de trousse d'urgence type sont adaptées à la pratique de la médecine générale en Haute-Vienne en 2010. En effet elles

tiennent compte de l'âge de la population ainsi que des types d'urgence, rencontrés dans le département. Il s'agit de simples propositions et chaque médecin est libre de les adapter à ses besoins. Toutefois le matériel et les médicaments proposés ne sont que le strict minimum pour pouvoir faire face à toutes les situations d'urgence que l'on peut rencontrer.

La population et les médecins sont confrontés à un avenir incertain en termes de démographie médicale, de vieillissement de la population, de mise en place d'une permanence des soins, d'égalité de distribution de soins.

Il serait dommage sinon dommageable qu'une urgence vitale, vraie, ne soit pas prise en charge de la même façon, avec les mêmes matériels près d'un centre hospitalier ou à quarante kilomètres d'une structure de soins urgents.

Le médecin de terrain, sinon de proximité aurait-il perdu le sens du devoir que ces prédécesseurs ont respecté.

# BIBLIOGRAPHIE

- [1] Codes de Santé publique, Code Pénal. In : Droit-inance.net. <http://droit-finances.commentcamarche.net/legifrance/>. (Page consultée le 10/09/2010)
- [2] Ordre National des Médecins. Code de Déontologie. <http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous>. (Page consultée le 10/09/2010)
- [3] B. Courgeon. Médecin de garde et obligation de moyens. <http://www.urgence-pratique.com/Legal/Art-legal-04.htm>. (Page consultée le 18/09/2010)
- [4] F. Meyer. Information Oxygène Agence du médicament. [http://www.urgencyclopedie.info/index.php/Information\\_Oxyg%E8ne\\_Agence\\_du\\_m%E9dicament](http://www.urgencyclopedie.info/index.php/Information_Oxyg%E8ne_Agence_du_m%E9dicament). (Page consultée le 20/09/2010)
- [5] N. Crocheton. Trousse d'urgence. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-010-A-10, 2007 : 7p.
- [6] P. Girier, S. Figon. Trousse d'urgence en médecine générale. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Akos, 7-1058, 2005 : 6p.
- [7] Jauhar S. House calls N. Engl. J. Med. 2004; 351:2149-2151



- [8] Gauffier N, Choquet C. Urgences en médecine générale. SFTG Paris Nord: document de Synthèse. <http://www.paris-nord-sftg.com/cr.urgences.0403.php>. (Page consultée le 20/09/2010)
- [9] Bjornson C.L., Klassen T.P., Williamson J., Mitton C., Plint A., et al. A randomized trial of a single dose of oral dexamethasone for mild croup N Engl J Med 2004 ; 351 : 1306-1313
- [10] Alldredge B.K., Gelb A.M., Isaacs S.M., Corry M.D., Allen F., Ulrich S., et al. A comparison of lorazepam, diazepam, and placebo for the treatment of out-of-hospital status epilepticus N Engl J Med 2001 ; 345 : 631-637
- [11] Johansen R.B., Schafer N.C., Brown P.I. Effect of extreme temperatures on drugs for prehospital ACLS Am. J. Emerg. Med. 1993 ; 11 : 450-452
- [12] Gill M.A., Kislik A.Z., Gore L., Chandna A. Stability of advanced life support drugs in the field Am. J. Health Syst. Pharm. 2004; 61:597-602

# SERMENT D'HIPPOCRATE

---

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

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

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

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je les viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



---

## **RESUME**

La trousse d'urgence est une entité qui doit faire partie du quotidien des médecins généralistes. En premier lieu, un bref rappel de l'organisation du système de santé français vis à vis de l'urgence est fait ainsi qu'un abord rapide sur les aspects législatifs du médecin face à l'urgence. Afin d'étudier la composition des trousse d'urgence en Haute-Vienne en 2010, un questionnaire anonyme a été envoyé à tous les médecins généralistes. Celui-ci est analysé dans la seconde partie de ce travail. Par la suite, une proposition d'une trousse d'urgence type pour la Haute-Vienne est élaborée à l'aide des résultats de l'étude menée. En Haute-Vienne en 2010, les trousse d'urgence sont relativement bien fournies mais des améliorations sont à faire.

Se pose en fait la définition (ou la requalification) de l'urgence vraie ou vitale?

---

## **EMERGENCY KIT OF GENERAL MEDICINE IN HAUTE-VIENNE IN 2010**

---

### **SUMMARY**

The emergency kit is an entity that should be part of everyday general practitioners. First, a brief review of the organization of the French health system cope with the emergency is made and a first rapid on the legislative aspects of the response to the emergency physician. To study the composition of emergency kits in Haute-Vienne in 2010, an anonymous questionnaire was sent to all GPs. This is analyzed in the second part of this work. Subsequently, a proposal for an emergency kit type for the Haute-Vienne is developed using the results of the study. Haute-Vienne in 2010, emergency kits are relatively well supplied but improvements should be made.

Arises because the definition (or redefinition) of true emergency?

---

## **THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

---

### **MOTS-CLEFS**

Trousse d'urgence type. Composition de la trousse d'urgence. Urgence en médecine générale. Haute-Vienne en 2010.

---

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DE MEDECINE DE LIMOGES  
2 RUE DU DOCTEUR MARCLAND  
87025 LIMOGES CEDEX.