

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE (2014)

THÈSE N°

Recueil et observation des critères cliniques d'urgence des patients adressés aux urgences par leur médecin traitant

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 23 septembre 2014

Par

Marion LACOURT

Né(e) le 13 janvier 1985, à TOULOUSE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur BUCHON DanielPrésident
Mme le Professeur PREVOST Martine Juge
Mme le Professeur DUMOITIER Nathalie Juge
M. le Docteur FEBLOT Alain Juge
M Membre invité
M Membre invité

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE (2014)

THÈSE N°

Recueil et observation des critères cliniques d'urgence des patients adressés aux urgences par leur médecin traitant

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 23 septembre 2014

Par

Marion LACOURT

Né(e) le 13 janvier 1985, à TOULOUSE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur BUCHON DanielPrésident
Mme le Professeur PREVOST Martine Juge
Mme le Professeur DUMOITIER Nathalie Juge
M. le Docteur FEBLOT Alain Juge
M Membre invité
M Membre invité

UNIVERSITE de LIMOGES
FACULTE de MEDECINE

TITRES des PROFESSEURS et MAITRES de CONFERENCES des UNIVERSITES pour la RE-

DACTION des DEDICACES **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS**

HOSPITALIERS

| | |
|------------------------------|--|
| ABOYANS Victor | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE Responsable de service |
| ACHARD Jean-Michel | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE |
| ADENIS Jean-Paul | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE |
| ALAIN Sophie | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| ALDIGIER Jean-Claude | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE |
| ARCHAMBEAUD Françoise | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service |
| ARNAUD Jean-Paul | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE |
| AUBARD Yves | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE Responsable de service |
| AUBRY Karine | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L. |
| BEDANE Christophe | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE Responsable de service |
| BERTIN Philippe | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE Responsable de service de RHUMATOLOGIE |
| BESSEDE Jean-Pierre | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L. Responsable de service |
| BONNAUD François | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Doyen Honoraire |
| BORDESSOULE Dominique | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THE- RAPIE CELLULAIRE |

| | |
|-------------------------------|--|
| CHARISSOUX Jean-Louis | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE |
| CLAVERE Pierre | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOTHERAPIE Responsable de service |
| CLEMENT Jean-Pierre | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES Responsable de service |
| COGNE Michel | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE Responsable de service |
| COLOMBEAU Pierre | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE |
| CORNU Elisabeth | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE |
| COURATIER Philippe | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE Responsable de service |
| DANTOINE Thierry | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT Res- ponsable de service |
| DARDE Marie-Laure | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE Responsable de service |
| DAVIET Jean-Christophe | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION |
| DESCAZEAUD Aurélien | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE |
| DESSPORT Jean-Claude | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION |
| DRUET-CABANAC Michel | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRVAIL Responsable de service |
| DUMAS Jean-Philippe | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE Responsable de service |
| ESSIG Marie | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE Responsable de service |
| FAUCHAIS Anne-Laure | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service |

| | |
|------------------------------------|---|
| FEUILLARD Jean | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE |
| FOURCADE Laurent | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE Responsable de service |
| FUNALOT Benoît | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| GAINANT Alain | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE |
| GUIGONIS Vincent | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE |
| JACCARD Arnaud | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE |
| JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE |
| LABROUSSE François | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Responsable de service |
| LACROIX Philippe | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE |
| LAROCHE Marie-Laure | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE |
| LASKAR Marc | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE Responsable de service Assesseur |
| LIENHARDT-ROUSSIE Anne | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE Responsable de service |
| LOUSTAUD-RATTI Véronique | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE |
| MABIT Christian | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service d'ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE |
| MAGY Laurent | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE |
| MARQUET Pierre | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE Responsable de service |

| | |
|--------------------------------|--|
| MATHONNET Muriel | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE |
| MELLONI Boris | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Responsable de service |
| MERLE Louis | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE |
| MOHTY Dania | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE |
| MONTEIL Jacques | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE Responsable de service |
| MOREAU Jean-Jacques | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE Responsable de service Assesseur |
| MOUNAYER Charbel | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE |
| NATHAN-DENIZOT Nathalie | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-RENIMATION Responsable de service |
| PARAF François | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE Responsable de service |
| PLOY Marie-Cécile | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE Responsable de service |
| PREUX Pierre-Marie | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service du SIME Assesseur |
| ROBERT Pierre-Yves | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE Responsable de service |
| SALLE Jean-Yves | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION Responsable de service |
| SAUTEREAU Denis | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE Responsable de service |
| STURTZ Franck | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE Responsable de service |

| | |
|--------------------------------------|--|
| TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES |
| TREVES Richard | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE |
| TUBIANA-MATHIEU Nicole | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE Responsable de service |
| VALLAT Jean-Michel | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE |
| VALLEIX Denis | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDO- CRINIENNE Doyen |
| VERGNENEGRE Alain | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION |
| VERGNE-SALLE Pascale | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE |
| VIGNON Philippe | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier REANIMATION Responsable de service |
| VINCENT François | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE |
| VIROT Patrice | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE |
| WEINBRECK Pierre | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MALADIES INFECTIEUSES Responsable de service |
| YARDIN Catherine | Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE Responsable de service |

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

| | |
|----------------------|---|
| BUCHON Daniel | Professeur des Universités MEDECINE GENERALE |
|----------------------|---|

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|----------------------------|---|
| AJZENBERG Daniel | Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE |
| BOURTHOUMIEU Sylvie | Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE |

| | |
|----------------------------------|---|
| BOUTEILLE Bernard | Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE |
| CHABLE Hélène | Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| DURAND Karine | Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE |
| DURAND-FONTANIER Sylvaine | Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE |
| ESCLAIRE Françoise | Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE |
| HANTZ Sébastien | Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| LE GUYADER Alexandre | Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE |
| LIA-BALDINI Anne-Sophie | Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| MARIN Benoît | Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION |
| MOUNIER Marcelle | Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE |
| PICARD Nicolas | Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE |
| QUELVEN-BERTIN Isabelle | Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE |
| TERRO Faraj | Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE |

PROFESSEURS ASSOCIES

| | |
|-----------------------------|--|
| BUISSON Jean-Gabriel | Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE |
| DUMOITIER Nathalie | Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE |
| PREVOST Martine | Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE |

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

MENARD Dominique

Maître de Conférences associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE des UNIVERSITES

BARRAUD Olivier

Maître de Conférences associé des Universités
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

PROFESSEURS EMERITES

BONNETBLANC Jean-Marie

Professeur des Universités Emérite

VIDAL Elisabeth

Professeur des Universités Emérite

Remerciements

A BUCHON Daniel, Professeur des Universités MEDECINE GENERALE qui a généreusement accepté de présider mon jury.

A DUMOITIER Nathalie, Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE qui a accepté de participer à mon jury de thèse.

A PREVOST Martine, Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE qui a accepté de participer à mon jury de thèse et qui m'a également aidé à formuler mon sujet de thèse.

A FEBLOT Alain, Médecin urgentiste et directeur de thèse, qui m'a aidé et soutenu.

A BERMUDEZ Albert, Anesthésiste-Réanimateur, qui a eu la bienveillance de relire mon travail et de me dispenser un peu de son savoir et de sa culture.

A SALAVERRI Martine, Médecin généraliste, qui a donné un autre sens à mon stage chez le praticien.

A la FACULTE de médecine de Ranguel, pour ma formation initiale.

A LACOURT Michel et Catherine, mes parents, qui m'ont toujours soutenu et sans qui je ne serais pas là aujourd'hui.

A LACOURT Nicolas, mon grand-frère, avec qui les relations n'ont pas toujours été faciles, mais qui aujourd'hui est le meilleur grand-frère.

A LACOURT Alexandre, mon petit-frère, le plus courageux des hommes qui m'appelait marion et moi mon nam....

A GRACIA Chrystel, ma belle-sœur, qui m'a compris.

A ma Margot, ma petite princesse ou petite chipie.

A FORTEZA Babeth et Gérard, qui sont plus que des cousins.

A toute ma famille...

A NEKKAZ Mohamed, mon meilleur ami, toujours là, depuis déjà 10 ans.

A MARCHESSEAU Amélie, une personne unique.

A mes copains de promo Moussa, Tim, Amélie...

Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

Table des matières

| | |
|---|----|
| Droits d'auteurs | 12 |
| I INTRODUCTION : | 16 |
| 1. Définition de la médecine générale | 16 |
| 2. Compétences du médecin généraliste..... | 16 |
| 3. Problématique..... | 17 |
| 4. Définition de l'urgence médicochirurgicale..... | 19 |
| 5. Objectif de l'étude | 19 |
| II METHODE : | 20 |
| 1. Objectif..... | 20 |
| 2. Type d'étude..... | 20 |
| 3. Population de l'étude..... | 20 |
| 4. Méthode utilisée | 22 |
| III RESULTAT : | 25 |
| 1. Caractéristiques des médecins :..... | 25 |
| 1.1. Taux de participation :..... | 25 |
| 1.2. Fiche d'identité..... | 26 |
| 2. Caractéristiques personnelles de la population adressée aux urgences | 26 |
| 3. Caractéristiques cliniques de la population | 28 |
| 3.1. Caractéristiques générales | 28 |
| 3.2. Caractéristiques spécifiques à chaque groupe de pathologie..... | 31 |
| A- Traumatisme crânien..... | 31 |
| b- Proportion des autres critères cliniques d'urgence au cours des traumatismes crâniens ... | 32 |
| c- Evaluation qualitative des paramètres cliniques d'urgence au cours des traumatismes crâniens..... | 32 |
| B- Pathologies Ventilatoires | 33 |
| a- Motifs d'hospitalisations aux urgences..... | 33 |
| b- Proportion des critères ventilatoires d'urgence au cours des pathologies respiratoires | 34 |
| c- Proportion des autres critères cliniques d'urgence au cours des pathologies ventilatoires | 35 |
| d- Evaluation qualitative des paramètres cliniques au cours des pathologies ventilatoires ... | 36 |
| C- Pathologies cardiovasculaires/hémorragiques | 38 |
| a- Motifs d'hospitalisation aux urgences..... | 38 |
| b- Proportion des paramètres hémodynamiques d'urgence au cours des pathologies cardiovasculaires/hémorragiques..... | 39 |

| | |
|---|----|
| c- Proportion des autres critères cliniques d'urgence au cours des pathologies cardiovasculaires/hémorragiques..... | 40 |
| d- Evaluation qualitative des paramètres cliniques au cours des pathologies cardiovasculaires/hémorragiques..... | 40 |
| D- Pathologies neurologiques | 43 |
| a- Motifs d'hospitalisations aux urgences | 43 |
| b- Proportion des critères neurologiques d'urgence au cours des pathologies neurologiques | 44 |
| c- Proportion des autres critères cliniques d'urgence au cours des pathologies neurologiques | 45 |
| d- Evaluation qualitative des paramètres cliniques au cours des pathologies neurologiques..... | 45 |
| E- Pathologies associées | 47 |
| a- Les traumatismes..... | 48 |
| b- Pathologies abdominopelviennes..... | 49 |
| c- Infections..... | 51 |
| d- Altération de l'état général/chute..... | 52 |
| e- Placements..... | 53 |
| f- Anomalies biologiques | 53 |
| g- Autres..... | 53 |
| 3.3. Proportion des critères cliniques d'urgence toutes pathologies confondues | 54 |
| IV DISCUSSION : | 55 |
| 1. Traumatismes crâniens | 55 |
| 2. Pathologies ventilatoires..... | 57 |
| 2.1. Dyspnée aigue | 57 |
| 2.2. Pneumopathie | 59 |
| 2.3. Décompensation d'une insuffisance respiratoire chronique..... | 61 |
| 3. Pathologies cardiovasculaires/hémorragiques..... | 63 |
| 3.1. Syndrome coronarien | 64 |
| 3.2. Décompensation cardiaque, œdème du poumon | 66 |
| 3.3. Péricardite..... | 68 |
| 3.4. Douleurs thoraciques..... | 69 |
| 3.5. Troubles du rythme | 71 |
| 3.6. Hémorragies | 73 |
| 4. Pathologies neurologiques..... | 74 |
| 4.1. Accidents vasculaires cérébraux..... | 75 |

| | |
|---|-----|
| 4.2. Neuropathies périphériques | 77 |
| 4.3. Convulsions | 78 |
| 4.4. Malaises | 79 |
| 4.5. Troubles psychiatriques..... | 80 |
| 5. Pathologies associées | 81 |
| 5.1. Les traumatismes | 81 |
| 5.2. Pathologies abdominopelviennes | 82 |
| 5.3. Les infections | 82 |
| 5.4. Altération de l'état général/chute | 84 |
| 5.5. Placements..... | 85 |
| 5.6. Analyse biologique..... | 86 |
| 5.7. Autres | 86 |
| V CONCLUSION : | 88 |
| Bibliographie..... | 90 |
| Table des annexes | 92 |
| Table des illustrations..... | 98 |
| Table des tableaux..... | 99 |
| SERMENT D'HIPPOCRATE | 100 |

I INTRODUCTION :

1. Définition de la médecine générale

La médecine générale (<http://fr.wikipedia.org>, 2014,) est la branche de la médecine prenant en charge le suivi durable, le bien être, et les soins médicaux généraux d'une communauté, sans se limiter à des groupes de maladies relevant d'un organe, d'un âge, ou d'un sexe particulier.

Le médecin généraliste est donc souvent consulté pour diagnostiquer les pathologies avant de traiter ou de référer le patient à un spécialiste.

C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. Le médecin généraliste est donc un omnipraticien exerçant une activité extrêmement diversifiée, en termes de pathologies, mais également de population. Cette diversité est probablement source de difficultés.

2. Compétences du médecin généraliste

Le médecin généraliste doit posséder des connaissances sur chaque appareil. Il doit connaître et surtout comprendre chaque mécanisme physiologique et physiopathologique. Il ne connaît pas chaque processus pathologique dans ses moindres détails, comme le spécialiste qui a des connaissances très approfondies dans son domaine ; mais le généraliste doit avoir des notions dans tous les domaines.

Il est, généralement, le premier contact avec le système de soin. Il est la porte d'entrée vers l'éventuelle résolution d'un problème de santé, qui peut toucher n'importe qui.

De plus, ce médecin généraliste est un médecin isolé, le plus souvent, à la différence de spécialistes. En effet, il exerce une activité libérale, généralement seul, même si de nombreux cabinets de groupes se forment. Il doit réussir à se créer un réseau professionnel médical et paramédical pour travailler efficacement.

3. Problématique

La formation théorique ne nous apprend pas à faire face à ces responsabilités. Notre formation pratique, quant à elle, est essentiellement, réalisée en milieu hospitalier, ce qui ne nous aide pas pour prendre des décisions seul. Or, le médecin généraliste est amené, tous les jours, à décider seul de la prise à charge de ses patients.

Cette prise en charge initiale thérapeutique est gratifiante intellectuellement, mais aussi stressante car une erreur en amont d'une histoire médicale compliquée ou à risque, conditionne le pronostic vital à plus ou moins long terme.

Lors du stage de six mois obligatoire, réalisé chez le praticien, des premiers remplacements, ou du SASPAS, nous prenons conscience de toutes ces difficultés. Nous sommes témoins des interrogations pluriquotidiennes de nos maîtres de stages, mais nous sommes aussi soumis à ces interrogations.

« Faut-il patienter, ou agir immédiatement ? »

« Cette décision est-elle urgente ? »

« Dois-je et puis-je demander conseil ? A qui ? »

Cependant, malgré l'hypothétique réseau de soin constitué, la disponibilité des différents praticiens est difficile à obtenir, du fait de la surcharge de travail qui incombe à tout un chacun.

Par conséquent, quand la situation médicale l'exige, le recours aux services d'accueil des urgences est possible. Quand le médecin généraliste juge une situation médicale urgente, il peut adresser ses malades à un confrère urgentiste pour entrer dans la filière de soins.

Toutefois, même cette aide peut être difficile à solliciter car les services d'urgences, sont, comme les cabinets des généralistes, submergés par le travail, et l'omnipraticien évalue initialement la situation afin d'être sûr de la nécessité d'orientation vers les services d'accueil des urgences (SAU).

Ainsi, que la prise en charge secondaire soit ambulatoire ou hospitalière, le médecin généraliste a la lourde charge de réaliser l'évaluation initiale.

Cependant, la formation à l'urgence est disparate et certains praticiens peuvent se sentir aptes alors que d'autres ne s'en sentiraient pas capables. De même, lors de l'accueil des patients adressés aux urgences par leurs médecins traitants, il apparaîtra que certains auraient pu bénéficier d'une prise en charge ambulatoire, alors que d'autres nécessitent une prise en charge, même minimale, aux urgences.

L'urgentiste possède les moyens techniques afin de dépister et de diagnostiquer les urgences médicochirurgicales, vitales ou non. Toutefois, il possède, également, un moyen simple, reproductible, « gratuit », et clinique pour évaluer le degré d'urgence : « la méthode ABCDEF » (SDIS 87, 2014,). Il s'agit d'un examen clinique stéréotypé qui permet de ne pas oublier ou de ne pas passer à côté, de caractéristiques cliniques permettant l'évaluation initiale lors de l'examen clinique.

Cette méthode simple, reproductible et comparative semble méconnue des médecins généralistes. Et pourtant, elle pourrait leur donner un fil rouge à suivre pour l'évaluation initiale. Ainsi, la recherche stéréotypée et la connaissance de caractéristiques cliniques d'évaluations de l'urgence, pourraient, peut-être, devenir un support aidant à l'orientation et la prise en charge vers les services d'urgences via les médecins généralistes.

Ce travail porte donc sur l'évaluation clinique initiale réalisée par les médecins généralistes qu'ils adressent, par la suite, aux SAU.

Les médecins généralistes recherchent-ils les signes cliniques permettant d'évaluer le degré d'urgence d'une situation médicale ? Ces signes cliniques seront nommés « critères cliniques d'urgence » tout au long de ce travail.

4. Définition de l'urgence médicochirurgicale

L'urgence médicochirurgicale (<http://fr.wikipedia.org>, 2014) peut se définir comme la perception de toute situation empirant rapidement, ou susceptible de le faire, sans intervention médicale ou même avec. Le problème pouvant être médical, avec les « urgences vraies » (tel qu'un syndrome coronarien aigue), les « urgences ressenties » (comme les angoisses) et/ou les problèmes médico-sociaux (tel que le maintien à domicile difficile).

5. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est d'observer les critères cliniques d'urgence évalués et relevés, chez les patients adressés aux urgences, par leur médecin traitant.

II METHODE :

1. Objectif

La question à l'origine de ce travail est : Les médecins généralistes recherchent-ils les signes cliniques permettant d'évaluer le degré d'urgence d'une situation médicale ?

L'objectif primaire de l'étude est : le recueil et l'observation des critères cliniques d'urgence, évalués et relevés chez les patients adressés aux urgences, par leur médecin traitant.

2. Type d'étude

C'est une enquête d'observation, descriptive, prospective.

L'étude se déroule sur quatre mois, de mi-février 2014 à mi-juin 2014, dans les trois départements du limousin : la Creuse, la Corrèze et la Haute-Vienne.

3. Population de l'étude

Elle est réalisée auprès des médecins généralistes installés dans le limousin.

La sélection de ces médecins a été réalisée grâce à un tirage au sort. Ils ont été sélectionnés via le site du conseil de l'ordre des médecins. Ce site répertorie tous les médecins de France qui sont inscrits à l'ordre.

Des critères restrictifs ont été entrés afin de n'inclure que la population cible :

- Spécialité : généraliste
- Localité : Limousin

Ainsi, après avoir intégré ces critères, le site du conseil de l'ordre génère, aléatoirement, une liste de noms et coordonnées de médecins généralistes du limousin. Les cent premiers noms affichés ont été retenus.

De cette liste de cent noms, une seconde sélection est effectuée qui exclue :

- les médecins généralistes non installés
- SOS médecins
- les médecins généralistes pratiquant une autre spécialité (tel que la médecine du sport ou vasculaire,...).
- médecins généralistes travaillant en structure (hôpitaux, EHPAD,...).

La liste finit par compter soixante-six noms.

Une fois cette liste obtenue, chaque médecin généraliste est appelé afin d'obtenir leurs accords pour participer à l'étude :

- Trente-quatre médecins ont accepté
- Vingt-sept étaient injoignables
- Cinq ont refusé.

4. Méthode utilisée

Les médecins ayant accepté de participer à l'étude recevront le questionnaire par courrier postal ou par mails, selon leurs préférences.

Ce questionnaire est élaboré selon la méthode « ABCDEF » (SDIS 87, 2014.).

La méthode « ABCDEF » est un concept créé en 1979, par un groupe de travail de « l'American College of Surgeon » qui cherchait un moyen simple et efficace d'évaluation d'une victime traumatisée par des médecins non habitués au management des blessés graves. C'est un processus dynamique mieux adapté à la médecine d'urgence, plutôt que l'approche médicale classique. Il permet l'évaluation clinique et la prise en charge thérapeutique, urgente ; il permet de prioriser les gestes à faire.

Cette méthode est, aujourd'hui, utilisée pour évaluer n'importe quel type de pathologie par les urgentistes afin de ne pas oublier de rechercher aucun signe clinique. Il semble, aussi, adapté à l'évaluation initiale par les médecins généralistes puisqu'elle a été inventée pour des médecins non expérimentés dans le domaine du management des blessés graves.

Evaluation A, B, C, D, E, F: (SDIS 87, 2014,)

Tableau 1: Méthode ABCDEF

| |
|---|
| Examen complet, après déshabillage |
| <u>A</u> : voies aériennes & rachis cervical : Tirage, bruits, vomissements... |
| <u>B</u> : ventilation & hématoxe : Fréquence, amplitude, capacité à parler...Cyanose, sueurs, asymétrie. Douleur spontanée/provoquée, matité/tympanisme, emphysème sous-cutané. Bruits auscultatoires, SpO2 |
| <u>C</u> : Hémodynamique & hémorragie : Pouls (fréquence, amplitude, rythme), marbrures. Douleur, palpitations, symétrie des pouls. Auscultation, TA, TRC > 3 sec. Scope, ECG, Hémocue ou hématoxite |
| <u>D</u> : Etat neurologique et douleur : Score de Glasgow (GCS), pupilles, déficit. PCI, céphalées, mouvements anormaux, agitation, vomissements... Glycémie capillaire si signe déficitaire.EVA ou EVS si douleurs |
| <u>E</u> : Pathologies associées (Exposures) : Circonstances, signes décrits. Examen de la tête aux pieds : douleurs, plaies, déformations, œdèmes, suies. Evaluation température, glycémie, CO expiré... |
| <u>F</u> : Contexte, terrain & logistique (Family) : Circonstances, HDLM, évolution récente. Premiers gestes réalisés, traitement administré. Antécédents personnels ou familiaux, traitement. Autres victimes, besoins en renfort médical ou technique... |

Il est demandé aux médecins généralistes de remplir le questionnaire pour chaque patient adressé aux urgences :

- De plus de 16 ans,
- Quel que soit leurs antécédents personnels et professionnels,
- En excluant les enfants jusqu'à 16 ans.

En l'absence de réponse à une ou plusieurs parties du questionnaire, on considèrera que les critères cliniques n'ont pas été recherchés.

III RESULTAT :

1. Caractéristiques des médecins :

1.1. Taux de participation :

A l'initiation de l'étude, cent médecins ont été tirés au sort.

Un second tri a été effectué, pour ne retenir que les médecins généralistes ayant une pratique dédiée à la médecine générale. Soixante-six médecins sont donc retenus.

Après un entretien téléphonique, trente-quatre médecins généralistes ont accepté de participer à l'étude.

Finalement, quatorze omnipraticiens ont répondu au questionnaire.

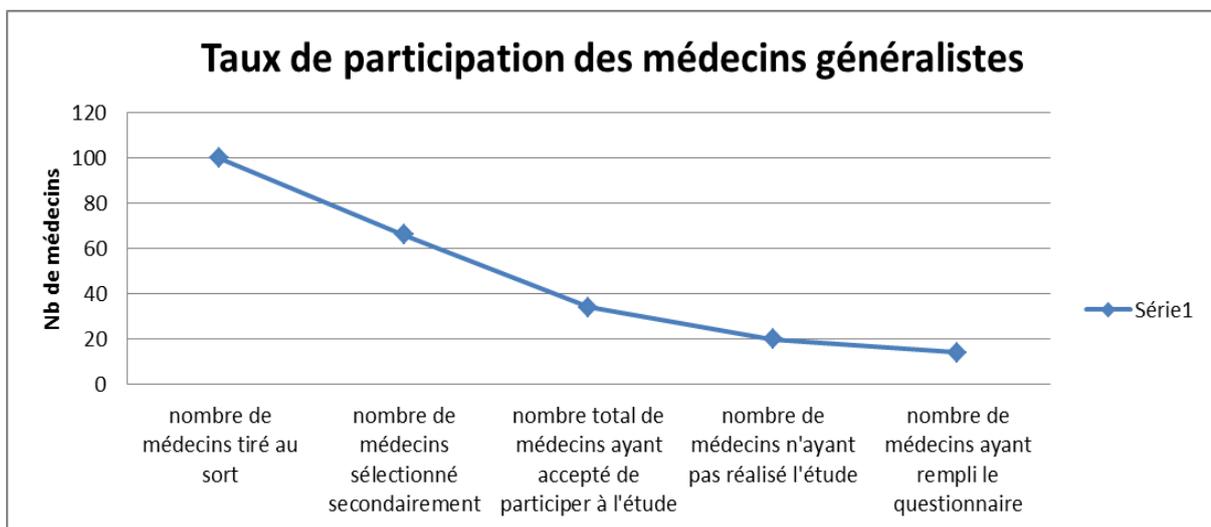


Figure 1: Taux de participation des médecins généralistes à l'étude

1.2. Fiche d'identité

Les quatorze médecins généralistes ayant participé à l'étude sont dispersés, dans la région Limousine, entre les trois départements : la Corrèze, la Haute-Vienne et la Creuse.

Tous les médecins sont installés, encore en exercice, en cabinet de groupe ou non.

Neuf hommes et cinq femmes ont répondu.

2. Caractéristiques personnelles de la population adressée aux urgences

Tous les patients ont consulté initialement un médecin généraliste et ont été secondairement orienté aux urgences par ce-dernier.

Ils ont tous été adressés dans les différents services des urgences du Limousin (Centre hospitalier de Brive, Centre hospitalier de St Junien, Centre hospitalier universitaire de Limoges,...).

Les caractéristiques cliniques de soixante-huit patients ont été décrites par les quatorze médecins ayant participé à l'étude.

Parmi les soixante-huit patients, il y avait trente-neuf hommes et vingt-neuf femmes.

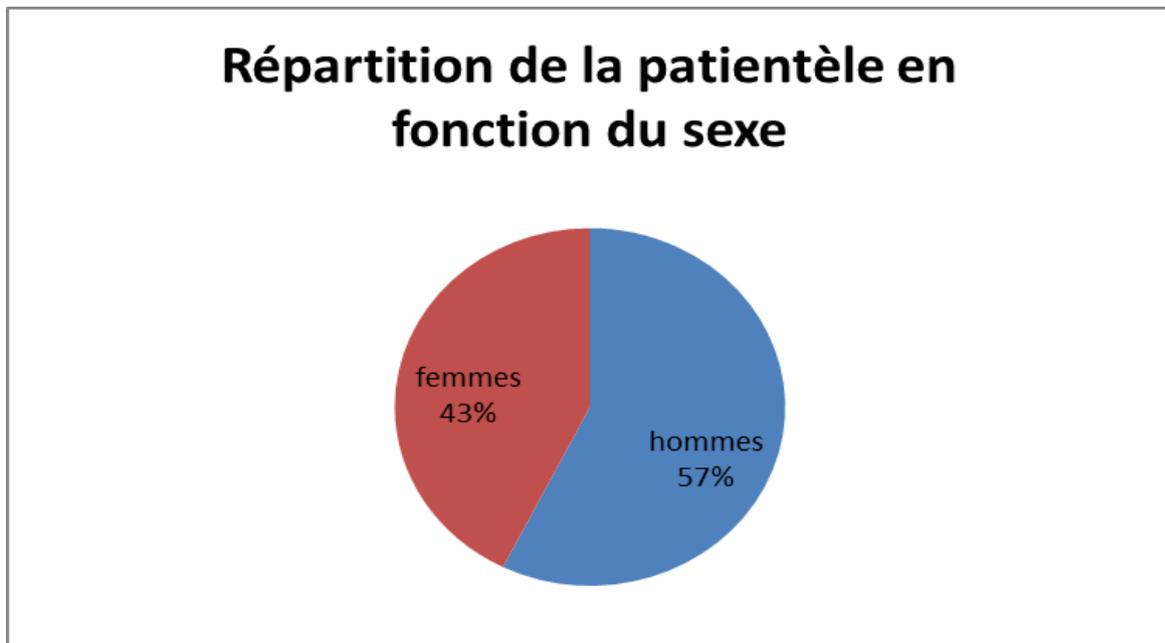


Figure 2: Taux de participation à l'étude selon le sexe

Quinze patients adressés aux urgences avaient moins de 30 ans, huit patients avaient entre 30 et 50 ans, dix-sept patients avaient entre 50 et 75 ans, enfin, vingt-huit patients avaient plus de 75 ans.

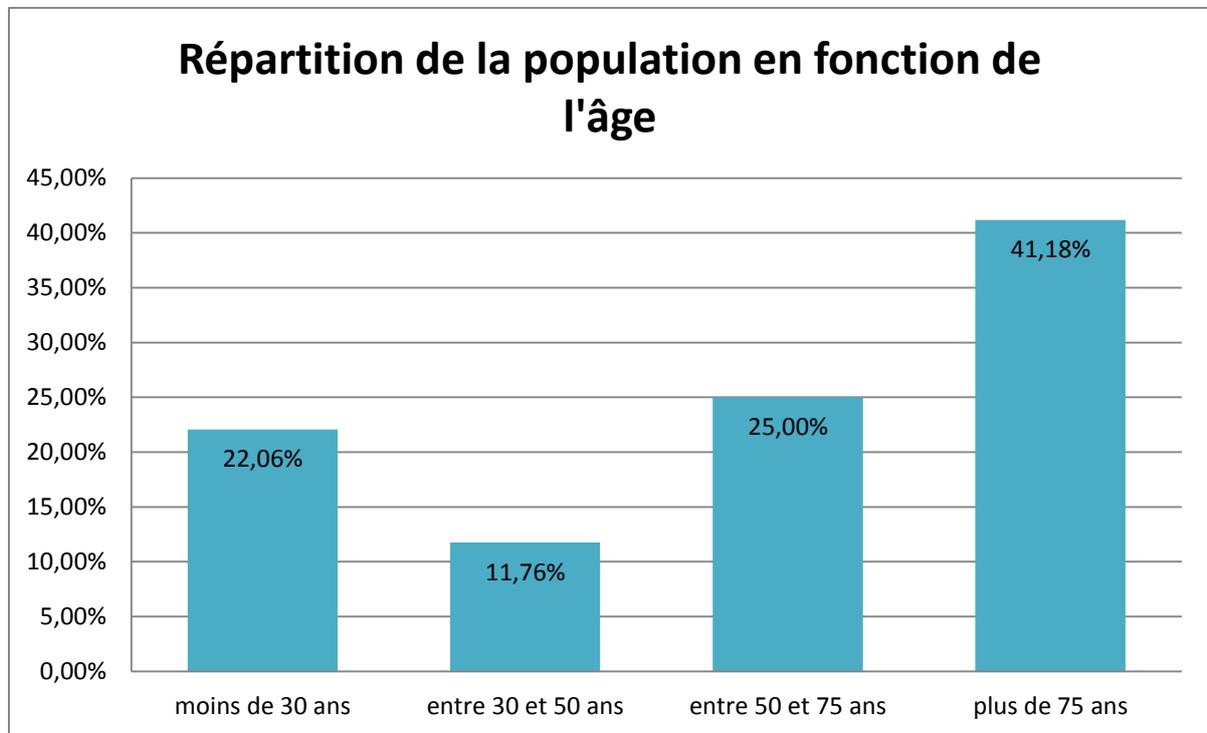


Figure 3: Proportion des patients adressés aux urgences en fonction de l'âge

3. Caractéristiques cliniques de la population

3.1. Caractéristiques générales

L'évaluation des patients adressés aux urgences par leur médecin traitant a été réalisée grâce à la méthode « ABCDEF », afin d'obtenir une analyse systématique, pré-hospitalière.

Parmi les soixante-huit patients, quatre étaient adressés pour un traumatisme crânien, cinq pour une pathologie ventilatoire, dix-sept pour une pathologie car-

diovasculaire/hémorragique, douze pour une pathologie neurologique et trente pour une pathologie d'une autre nature.

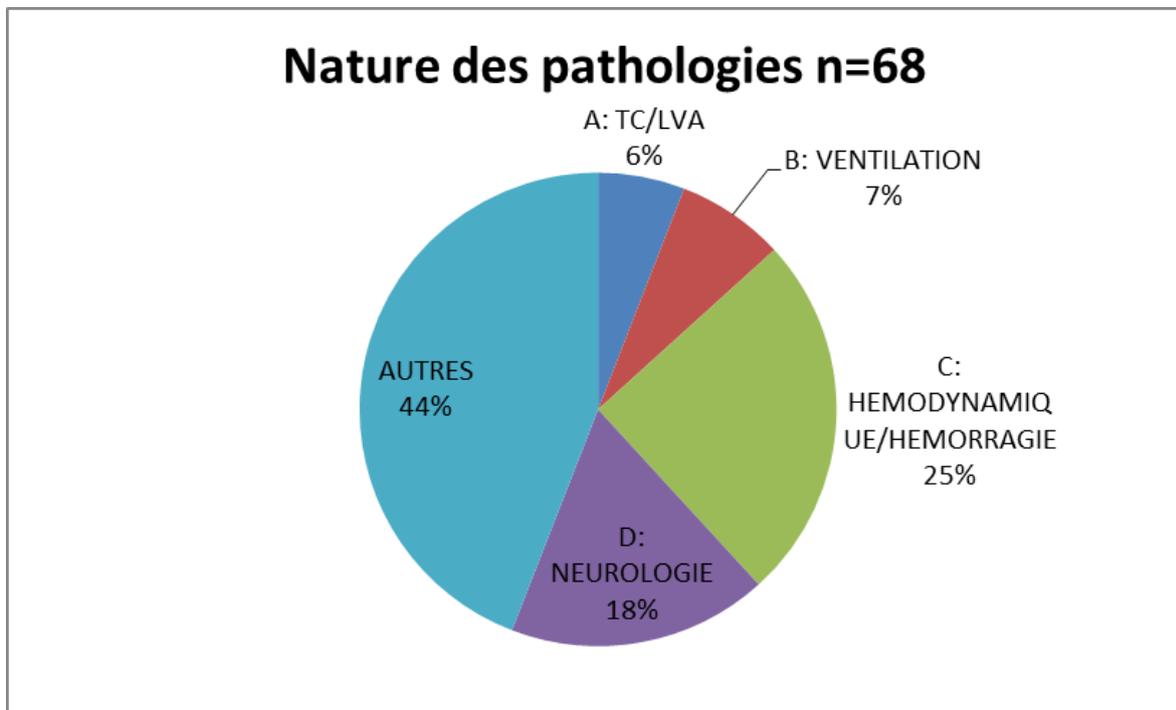


Figure 4: Répartition des différentes pathologies

Les pathologies étiquetées respiratoires intègrent les diagnostics de dyspnées, pneumopathie, bronchite chronique, insuffisance respiratoire aigüe ou chronique, posés par les médecins généralistes.

De même pour les pathologies cardiovasculaires/hémorragique : elles regroupent les douleurs thoraciques, les troubles du rythme, le syndrome coronarien aigüe, les hémorragies et anémies diverses.

Les pathologies neurologiques regroupent des anomalies centrales, périphériques, les malaises, et les pathologies psychiatriques.

Parmi les trente patients classés dans « pathologies associées », il y avait huit patients adressés pour des traumatismes, onze pour des problèmes abdomino-pelviens, quatre pour des infections non étiquetées, deux pour altération de l'état

général avec chute, deux pour placements, un pour des résultats biologiques anormaux, et deux non classés.

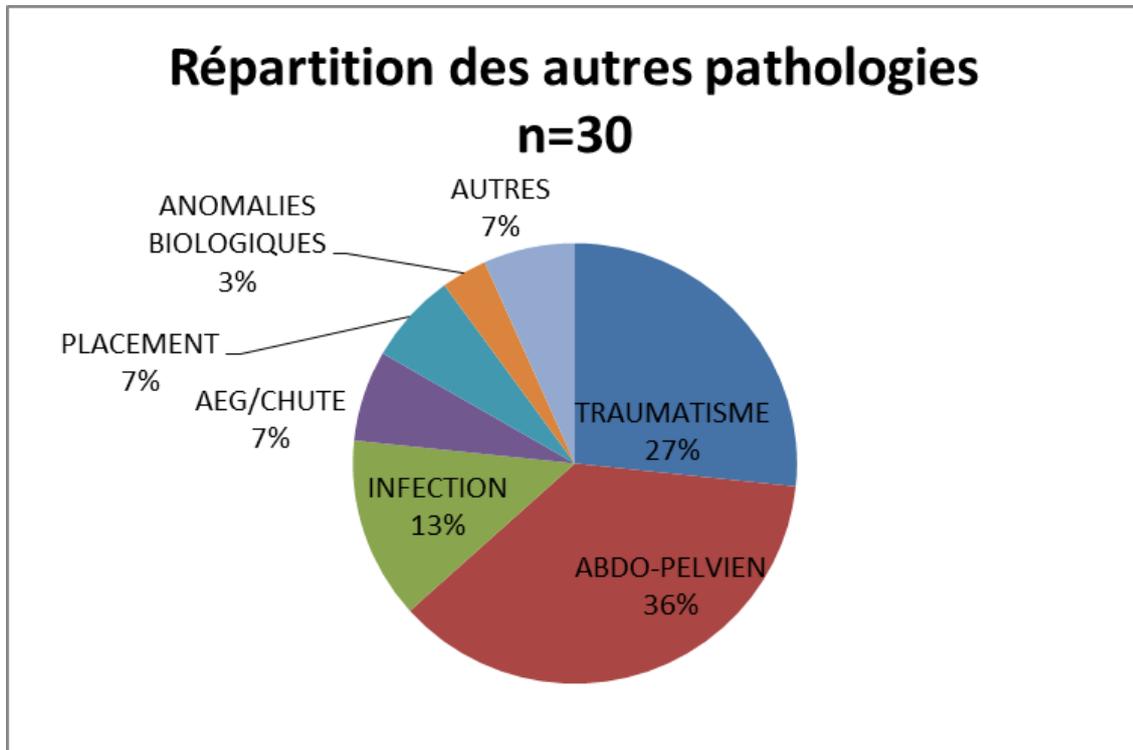


Figure 5: Proportion des différentes pathologies associées

Les pathologies infectieuses dont l'organe à l'origine est reconnu par le médecin généraliste ont été classées au sein du groupe d'appareil concerné.

3.2. Caractéristiques spécifiques à chaque groupe de pathologie

A- Traumatisme crânien

Dans cette étude, quatre patients furent envoyés aux urgences pour des traumatismes crâniens.

a- Proportion des critères cliniques d'urgence des traumatismes crâniens

L'évaluation, par les médecins généralistes, des signes cliniques de traumatismes crâniens retrouvent la répartition suivante :

- Un score de Glasgow fut calculé chez 50% des patients.
- Une évaluation de l'état des pupilles fut réalisée chez 50% des patients.
- Une recherche de signes de localisation fut réalisée chez 50% des patients.
- Des signes d'impact crânien furent recherchés chez 100% des patients.

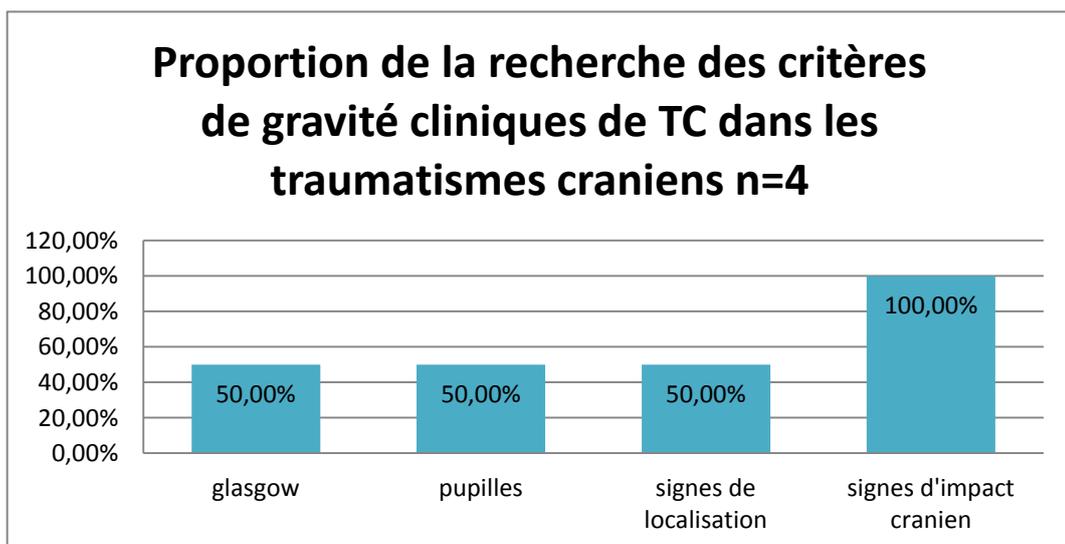


Figure 6: Signes cliniques de traumatisme crânien

b- Proportion des autres critères cliniques d'urgence au cours des traumatismes crâniens

Chez les quatre patients adressés aux urgences :

- Une évaluation hémodynamique fut réalisée chez un patient.
- Une évaluation des paramètres ventilatoires fut réalisée chez un patient.
- Une évaluation neurologique fut réalisée chez deux patients.

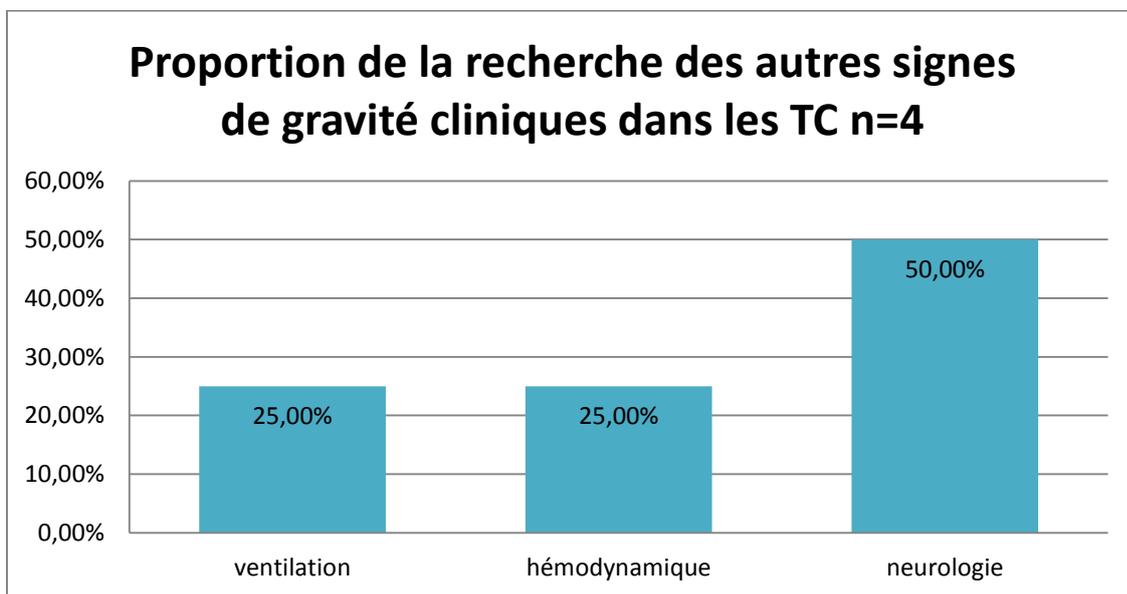


Figure 7: Autres signes cliniques au cours des traumatismes crâniens

c- Evaluation qualitative des paramètres cliniques d'urgence au cours des traumatismes crâniens

Aucun des patients qui avaient bénéficié d'un examen neurologique ne présentait d'anomalie.

Parmi les trois patients qui bénéficièrent d'une recherche d'impact crânien :

- Un hématome fronto-temporal fut découvert chez un patient.
- Trois patients présentaient des lésions de la face.

Le patient ayant eu une évaluation hémodynamique avait une fréquence cardiaque et une pression artérielle normales. Les autres critères hémodynamiques n'ont pas été recherchés.

Le patient, qui avait bénéficié d'une évaluation hémodynamique, avait également eu une analyse des paramètres ventilatoires. Il retrouvait une saturation en oxygène abaissée à 94%, une fréquence respiratoire normale. Les autres paramètres cliniques ne furent pas recherchés.

B- Pathologies Ventilatoires

Cinq patients sur les soixante furent adressés aux urgences pour des troubles ventilatoires.

a- Motifs d'hospitalisations aux urgences

Au sein de la population présentant des troubles ventilatoires, deux patients furent adressés pour dyspnée, un patient pour pneumopathie et deux patients pour insuffisance respiratoire chronique.

b- Proportion des critères ventilatoires d'urgence au cours des pathologies respiratoires

Les paramètres ventilatoires sont ceux de la méthode « ABCDEF » :

- Fréquence respiratoire
- Saturation en oxygène
- Examen clinique/auscultation
- Signes d'hypercapnie
- Signes de détresse respiratoire

Un patient sur cinq bénéficia d'une évaluation de la fréquence respiratoire et de la saturation en oxygène.

Les signes de détresse respiratoire furent chez un patient et de même que les signes d'hypercapnie.

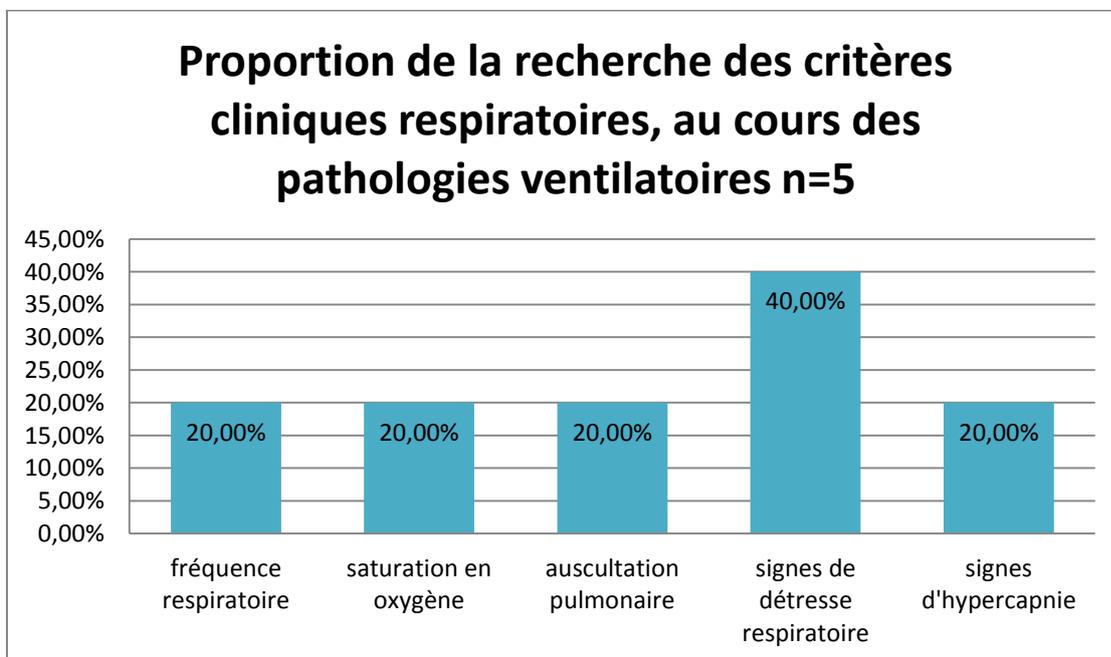


Figure 8: Signes cliniques de troubles ventilatoires

c- Proportion des autres critères cliniques d'urgence au cours des pathologies ventilatoires

Parmi les cinq patients recrutés pour des troubles ventilatoires :

- Une évaluation des paramètres hémodynamiques fut réalisée pour trois patients.
- Un bilan neurologique fut réalisé chez un patient.
- D'autres signes cliniques, comme la fièvre ou autre furent recherchés chez deux patients.

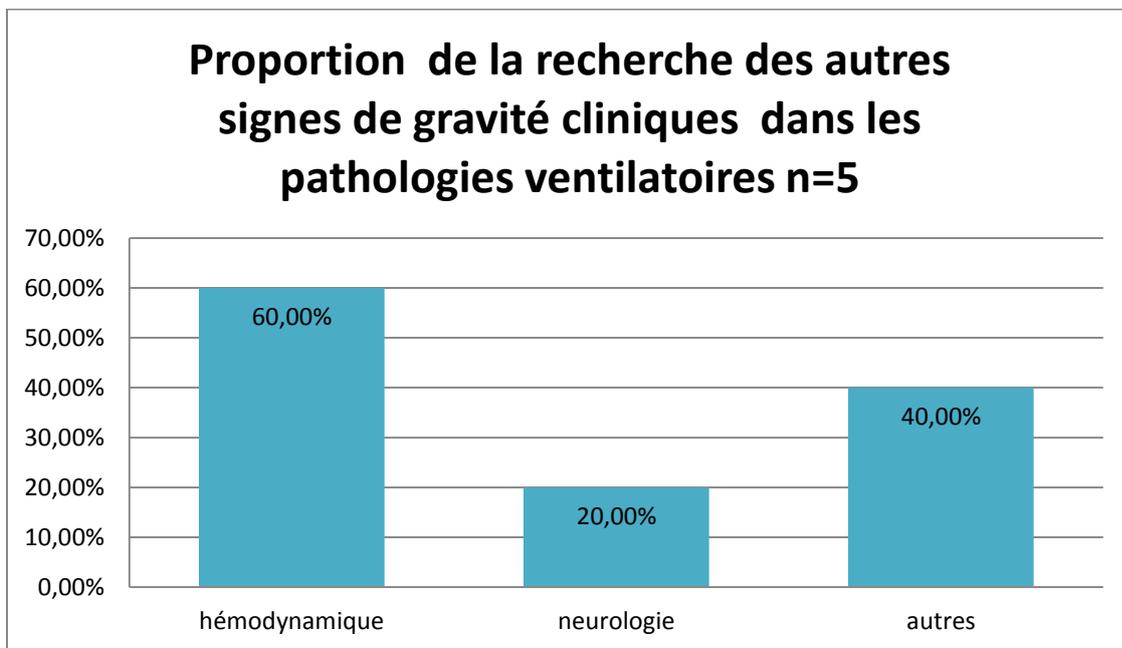


Figure 9: Autres signes cliniques au cours de troubles ventilatoires

d- Evaluation qualitative des paramètres cliniques au cours des pathologies ventilatoires

- Le patient ayant eu une évaluation de la fréquence respiratoire, avait une fréquence respiratoire augmentée.
- La saturation en oxygène, réalisée chez un patient sur les cinq, était abaissée.
- Les signes d'hypercapnie, recherchés chez un seul patient, avaient été retrouvés.
- Des sibilants étaient présents à l'examen clinique d'un patient.
- Les signes de détresses respiratoires furent retrouvés chez les deux personnes chez lesquelles ils ont été recherchés.

Tableau 2: Caractéristiques des troubles ventilatoires au cours des pathologies ventilatoires

| Proportions et caractéristiques des paramètres ventilatoires au cours des pathologies ventilatoires | modifié/ augmenté | normal | modifié/ diminué |
|--|------------------------------|---------------|-----------------------------|
| fréquence respiratoire | 1 | | |
| saturation en O ₂ | | | 1 |
| signes d'hypercapnie | 1 | | |
| examen clinique | 1 | | |
| signes de détresse respiratoire | 2 | | |

Les paramètres hémodynamiques évalués sont ceux de la méthode « ABDCEF » : (SDIS 87, 2014,)

- Fréquence cardiaque
- Pression artérielle

- Recherche des pouls périphériques
- Signes de défaillance hémodynamique
- Examen clinique

L'évaluation détaillée des paramètres hémodynamiques au cours des pathologies ventilatoires montre :

- la fréquence cardiaque était augmentée chez deux personnes et normale chez une personne. Elle ne fut pas recherchée chez les deux autres patients ventilatoires.
- La pression artérielle était normale chez une personne, abaissée chez un patient et augmentée chez un autre. Elle ne fut pas cherchée chez les deux autres patients.
- Les pouls périphériques n'avaient pas été recherchés.
- Des signes de défaillance hémodynamiques furent recherchés chez une personne sur cinq pour laquelle ils étaient normaux.
- L'examen clinique fut réalisé chez deux personnes sur les cinq.

Un examen clinique était normal, des œdèmes des membres inférieurs furent retrouvés chez le deuxième patient.

Tableau 3: Caractéristiques hémodynamiques au cours des pathologies ventilatoires

| Proportions et caractéristiques des paramètres hémodynamiques au cours des pathologies ventilatoires | modifié/ augmenté | normal | modifié/ diminué |
|---|--------------------------|---------------|-------------------------|
| fréquence cardiaque | 2 | 1 | |
| pression artérielle | 1 | 1 | 1 |
| pouls périphériques | | | |
| signes de défaillance hémodynamique | | 1 | |
| examen clinique | 1 | 1 | |

Les paramètres neurologiques évalués sont le score de Glasgow, les pupilles, et un examen neurologique.

Parmi les cinq patients ayant une pathologie étiquetée ventilatoire, un score de Glasgow fut calculé pour un patient.

Tableau 4: Caractéristiques neurologies au cours des pathologies ventilatoires

| Proportions et caractéristiques des paramètres neurologiques aux cours des pathologies ventilatoires | modifié/ augmenté | normal | modifié/ diminué |
|---|--------------------------|---------------|-------------------------|
| score de Glasgow | | 1 | |
| Pupilles | | | |
| examen neurologique | | | |

C- Pathologies cardiovasculaires/hémorragiques

Dans cette étude, dix-sept patients sont classés dans les pathologies cardiovasculaires/hémorragiques, sur les soixante-huit patients recrutés.

a- Motifs d'hospitalisation aux urgences

Au sein de ce groupe de pathologie, trois patients furent adressés aux urgences pour douleur thoracique, trois patients pour des décompensations cardiaques, trois patients pour un syndrome coronarien aigu, trois patients pour des troubles du rythme, quatre patients pour des troubles hématologiques ou des hémorragies, un patient pour une péricardite.

b- Proportion des paramètres hémodynamiques d'urgence au cours des pathologies cardiovasculaires/hémorragiques

- La recherche de la fréquence cardiaque fut réalisée chez treize patients.
- La pression artérielle fut mesurée chez treize patients.
- Les pouls périphériques furent pris chez trois patients.
- L'examen clinique fut réalisé chez six personnes.
- Les signes de défaillance furent recherchés chez deux personnes.
- Un électrocardiogramme fut réalisé chez cinq patients.

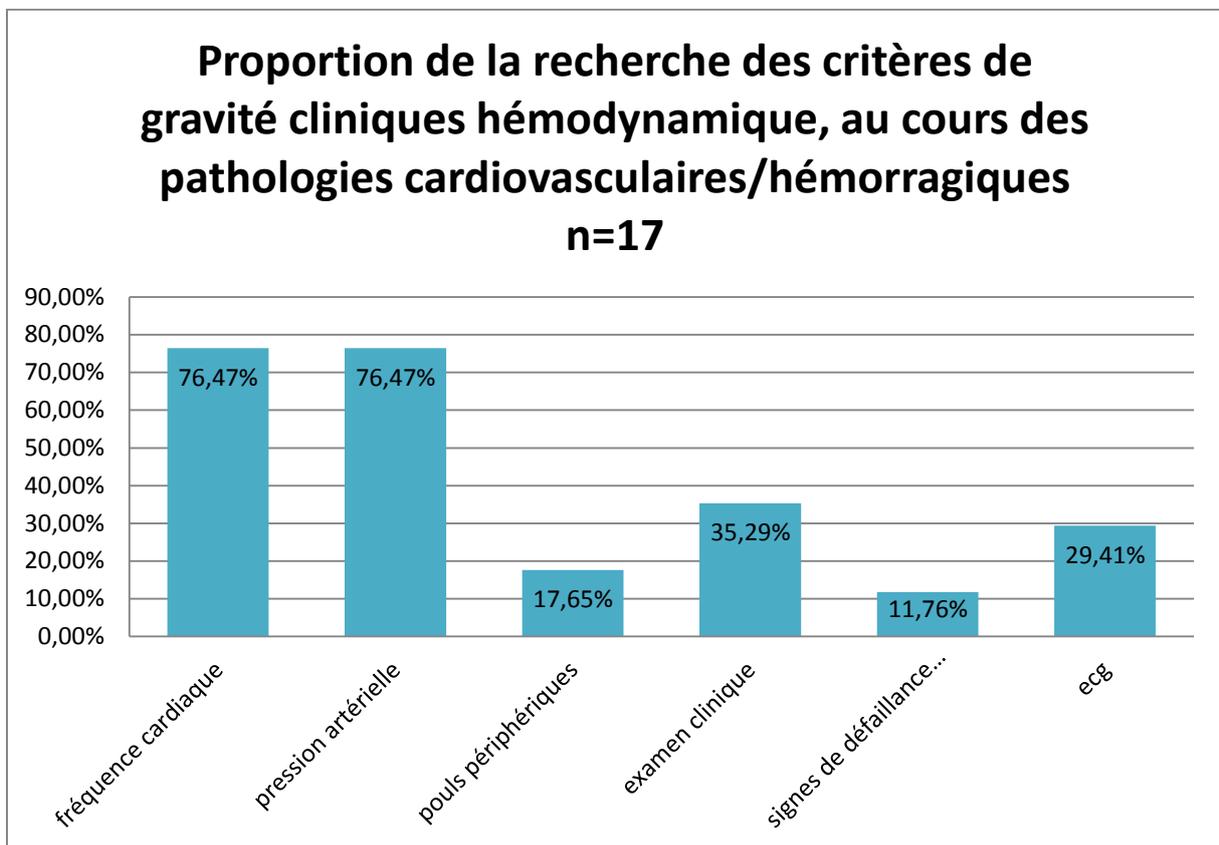


Figure 10: Signes cliniques de pathologies cardiovasculaires/hémorragiques

c- Proportion des autres critères cliniques d'urgence au cours des pathologies cardiovasculaires/hémorragiques.

- Les paramètres ventilatoires furent recherchés chez neuf patients.
- Trois patients bénéficièrent d'une évaluation neurologique.
- La recherche d'autres signes clinique fut réalisée chez deux patients.

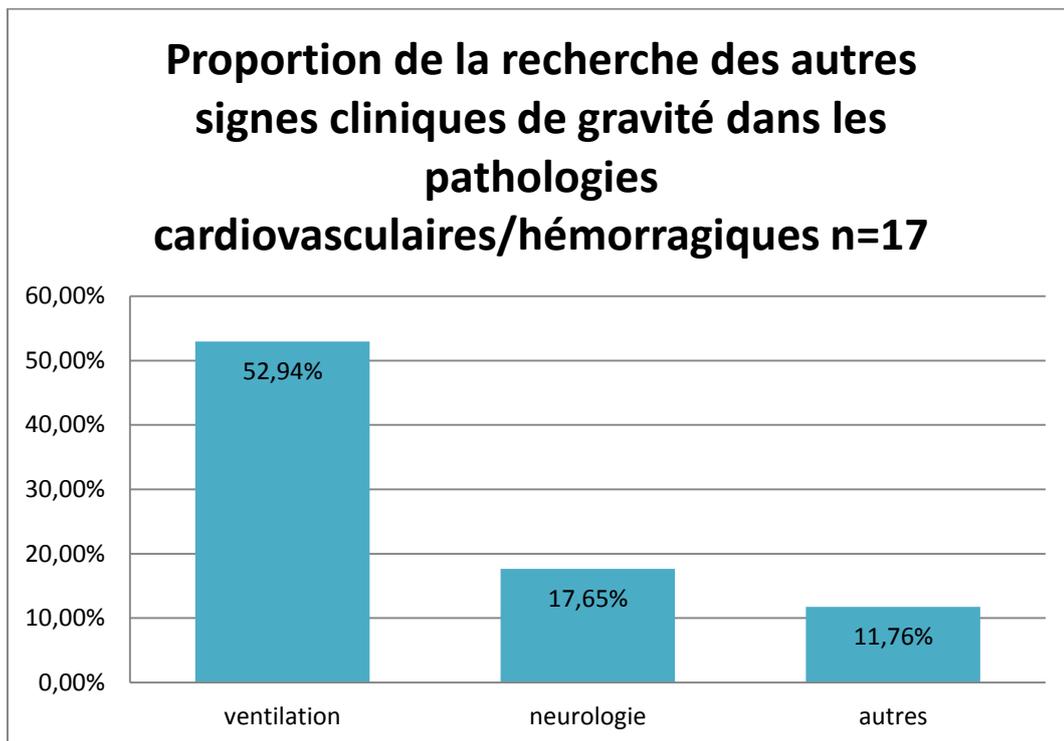


Figure 11: Autres signes cliniques aux cours des pathologies cardiovasculaires/hémorragiques

d- Evaluation qualitative des paramètres cliniques au cours des pathologies cardiovasculaires/hémorragiques

- Six patients avaient une fréquence cardiaque augmentée, six avaient une fréquence cardiaque normale et un avait une fréquence abaissée.

- Trois avaient une pression artérielle augmentée et dix avaient une pression artérielle normale.
- Les pouls périphériques retrouvaient deux fois une arythmie avec tachycardie et des pouls normaux chez une personne.
- Des signes de défaillance hémodynamique furent recherchés chez deux personnes, mais absents.
- L'examen clinique était anormal chez trois personnes, et normal chez les trois autres personnes évaluées.

Tableau 5: Caractéristiques des signes hémodynamiques aux cours de pathologies cardiovasculaires/hémorragiques

| Proportions et caractéristiques des paramètres hémodynamiques aux cours des pathologies cardiovasculaires/ hémorragiques | modifié/ augmenté | normal | modifié/ augmenté |
|---|--------------------------|---------------|--------------------------|
| fréquence cardiaque | 6 | 6 | 1 |
| pression artérielle | 3 | 10 | |
| pouls périphériques | 2 | 1 | |
| signes de défaillance hémodynamique | | 2 | |
| examen clinique | 3 | 3 | |

Les paramètres ventilatoires furent évalués chez neuf patients présentant une pathologie cardiovasculaires/hémorragiques :

- Un patient avait une fréquence respiratoire augmentée et quatre patients avaient une fréquence respiratoire normale.
- La saturation en oxygène était abaissée chez cinq patients et normale chez trois patients.
- Les signes d'hypercapnie et de détresse respiratoire ne furent évalués chez aucun patient.

- L'examen clinique fut réalisé et normal chez cinq patients.

Tableau 6: Caractéristiques des signes ventilatoires aux cours des pathologies hémodynamiques

| Proportions et caractéristiques des paramètres ventilatoires aux cours des pathologies cardiovasculaires/hémorragiques | modifié/ augmenté | normal | modifié/ diminué |
|---|------------------------------|---------------|-----------------------------|
| fréquence respiratoire | 1 | 4 | |
| saturation en O ₂ | | 3 | 5 |
| signes d'hypercapnie | | | |
| examen clinique | | 5 | |
| signes de détresse respiratoire | | | |

Parmi les dix-sept patients, trois avaient eu une évaluation neurologique :

- Le score de Glasgow fut réalisé et normal chez les trois patients.
- Les pupilles furent examinées et normales chez deux patients.
- L'examen neurologique était normal chez deux personnes.

Tableau 7: Caractéristiques des signes neurologiques aux cours des pathologies hémodynamiques

| Proportions et caractéristiques des paramètres neurologiques aux cours des pathologies cardiovasculaires/hémorragiques | modifié/ augmenté | normal | modifié/ diminué |
|---|------------------------------|---------------|-----------------------------|
| score de Glasgow | | 3 | |
| pupilles | | 2 | |
| examen neurologique | | 2 | |

D- Pathologies neurologiques

Douze patients de l'étude avaient une pathologie étiquetée neurologique

a- Motifs d'hospitalisations aux urgences

Parmi ces douze patients, nous distinguons deux patients adressés pour des sciatiques, deux patients atteints de maladie psychiatrique, un patient victime de convulsions, cinq patients suspects d'accidents vasculaires cérébraux et deux patients ayant présenté des malaises.

b- Proportion des critères neurologiques d'urgence au cours des pathologies neurologiques

- Le score de Glasgow fut évalué chez six patients.
- Les pupilles furent examinées chez cinq patients.
- L'examen neurologique fut réalisé chez sept patients.

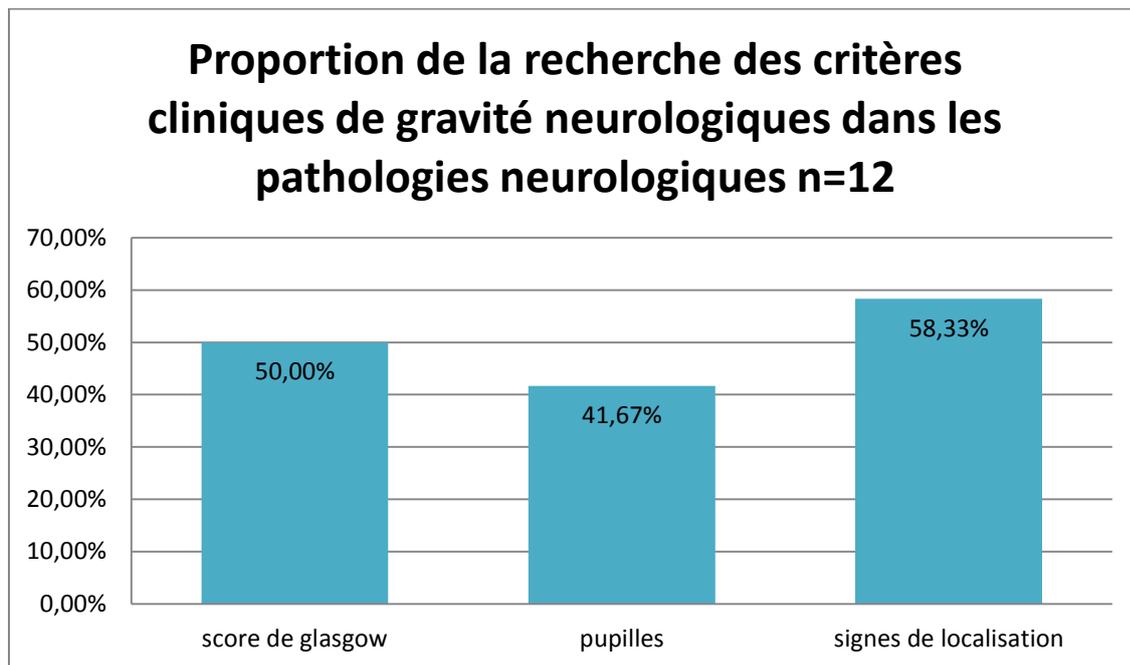


Figure 12: Signes cliniques neurologiques aux cours des pathologies neurologiques

c- Proportion des autres critères cliniques d'urgence au cours des pathologies neurologiques

- L'état hémodynamique fut étudié chez six patients.
- L'évaluation des paramètres ventilatoires fut effectuée chez un patient.
- Aucun patient neurologique ne bénéficia de la recherche d'autres signes, comme la prise de température ou un examen abdominal,...

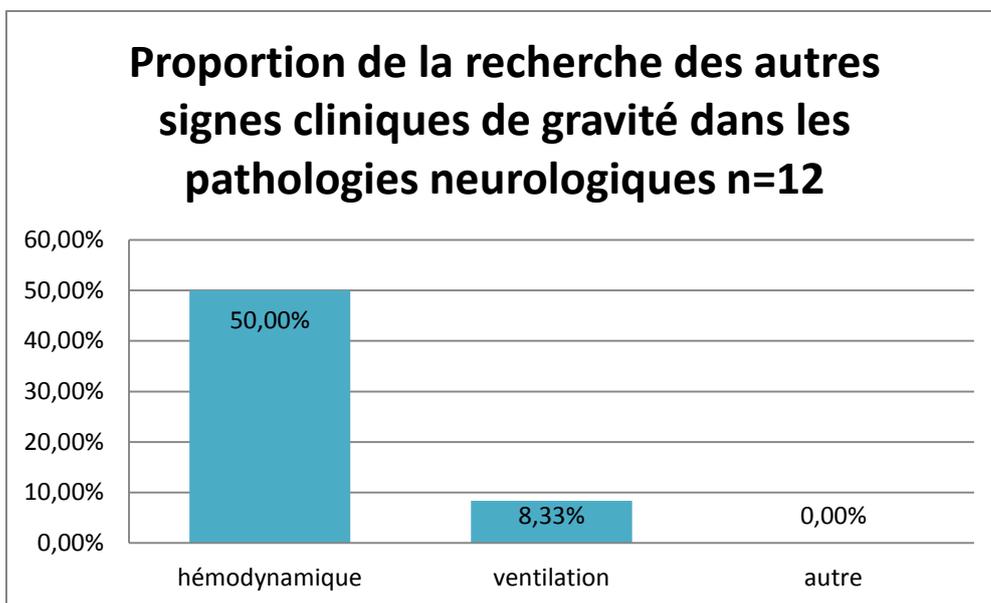


Figure 13: Autres signes cliniques aux cours des pathologies neurologiques

d- Evaluation qualitative des paramètres cliniques au cours des pathologies neurologiques

- Cinq patients avaient un score de Glasgow anormal et un patient présentait un score normal.
- Cinq patients avaient des pupilles symétriques, intermédiaires et réactives.

- Le reste de l'examen neurologique des sept patients était anormal. Ils présentaient des troubles moteurs ou sensitifs objectifs ou non.

Tableau 8: Caractéristiques neurologiques aux cours des pathologies neurologiques

| Proportions et caractéristiques des paramètres neurologiques aux cours des pathologies neurologiques | modifié/ augmenté | normal | modifié/ diminué |
|---|--------------------------|---------------|-------------------------|
| score de Glasgow | | 1 | 5 |
| Pupilles | | 5 | |
| examen neurologique | | | 7 |

Parmi les douze patients neurologiques, six eurent une évaluation hémodynamique :

- La fréquence cardiaque était augmentée chez deux patients et normale chez quatre autres.
- La pression artérielle était normale chez cinq patients.
- Les pouls périphériques, l'examen clinique hémodynamique et les signes de défaillance hémodynamiques ne furent pas évalués.

Tableau 9: Caractéristiques hémodynamiques aux cours des pathologies neurologiques

| Proportions et caractéristiques des paramètres hémodynamiques aux cours des pathologies neurologiques | modifié/ augmenté | normal | modifié/ diminué |
|--|--------------------------|---------------|-------------------------|
| fréquence cardiaque | 2 | 4 | |
| pression artérielle | | 5 | |
| pouls périphériques | | | |
| signes de défaillance hémodynamique | | | |
| examen clinique | | | |

Un patient neurologique eut une évaluation des paramètres ventilatoires :

- La fréquence respiratoire était augmentée, la saturation en oxygène diminuée, et il était décrit une cyanose.

Tableau 10: Caractéristiques ventilatoires aux cours des pathologies neurologiques

| Proportions et caractéristiques des paramètres ventilatoires aux cours des pathologies neurologiques | modifié/ augmenté | normal | modifié/ diminué |
|---|------------------------------|---------------|-----------------------------|
| fréquence respiratoire | 1 | | |
| saturation en O ₂ | | | 1 |
| signes d'hypercapnie | | | |
| examen clinique | | | 1 |
| signes de détresse respiratoire | | | 1 |

E- Pathologies associées

Les pathologies associées regroupent plusieurs entités nosologiques :

- Les traumatismes autres que les traumatismes crâniens.
- Les pathologies abdominopelviennes.
- Les infections ne s'intégrant pas dans le cadre des infections ventilatoires, cardiovasculaires ou neurologiques.
- Les altérations de l'état général et/ou chute.
- Les placements.
- Les anomalies biologiques.
- Autres.

Trente patients furent adressés aux différents services des urgences par les médecins participants à l'étude, durant la période observée.

Parmi cette population, quinze patients avaient eu une analyse des paramètres hémodynamiques, sept une évaluation des paramètres ventilatoires et dix une évaluation des critères neurologiques.

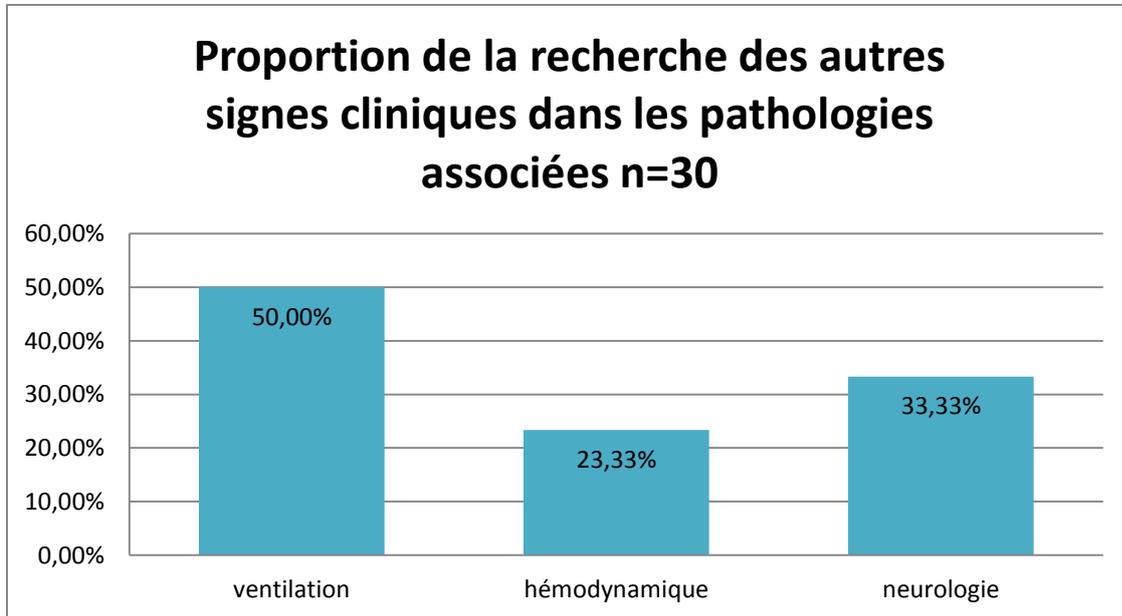


Figure 14: Autres signes cliniques aux cours des pathologies associées

a- Les traumatismes

Dans cette étude, six patients furent adressés aux urgences pour des suspicions de fractures des os et deux pour des plaies.

Les traumatismes crâniens furent recherchés chez 3 personnes dont une en présentait.

Une évaluation respiratoire fut réalisée chez 2 patients :

- Le premier patient présentait des paramètres respiratoires normaux,
- Le deuxième avait une fréquence respiratoire augmentée, secondaire à une hyperventilation d'angoisse car blessé dans un accident de la voie publique.

Cinq patients eurent une évaluation hémodynamique :

- Trois patients présentaient des paramètres normaux,
- Deux patients présentaient une fréquence cardiaque augmentée.

L'évaluation neurologique fut pratiquée chez quatre patients et était normale chez tous ces patients.

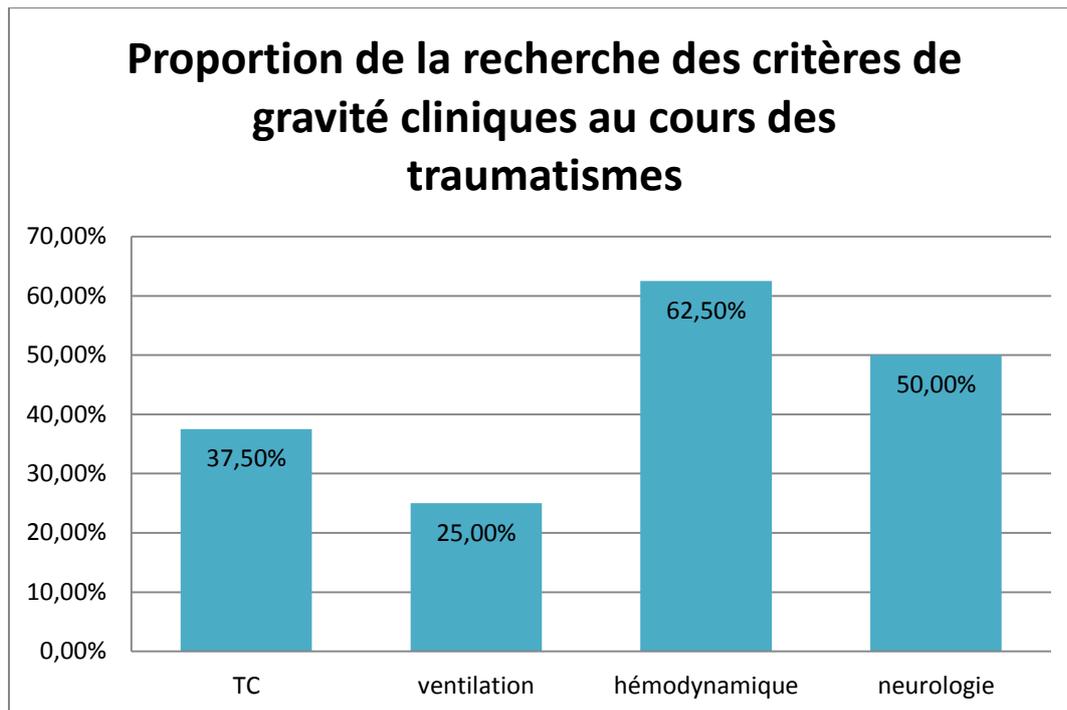


Figure 15: Autres signes cliniques aux cours des traumatismes

b- Pathologies abdominopelviennes

Onze patients furent adressés aux différents services des urgences du Limousin.

Deux patients présentaient des coliques néphrétiques, dont une, étiquetée hyperalgique sous doliprane® et spasfon® et l'autre aurait présentait une défense.

Deux furent adressés pour suspicion d'appendicite, dont un présentait une défense.

Un patient présentait un syndrome occlusif.

Un patient présentait une sigmoïdite avec une défense en fosse iliaque gauche, des nausées et de la fièvre.

Un patient présentait un ictère fébrile.

Les quatre autres patients furent adressés pour syndrome abdominal aigu. Un patient présentait une défense, et un second une défense fébrile.

Parmi ces patients deux patients bénéficièrent de la recherche de traumatisme crânien, qui était négative.

Deux patients bénéficièrent d'une évaluation des paramètres ventilatoires :

- Le premier patient présentait un examen respiratoire normal,
- Le deuxième présentait une fréquence respiratoire augmentée et une saturation en oxygène normale.

Les critères de gravité hémodynamiques furent recherchés chez cinq patients :

- Trois patients présentaient des paramètres normaux.
- Un patient présentait une hypotension à 90/60 mm HG, et une tachycardie à 84 battements par minute.
- Le dernier patient présentait une tachycardie à 90 battements par minute.

L'examen neurologique fut réalisé chez trois personnes, qui présentaient toutes un examen normal.

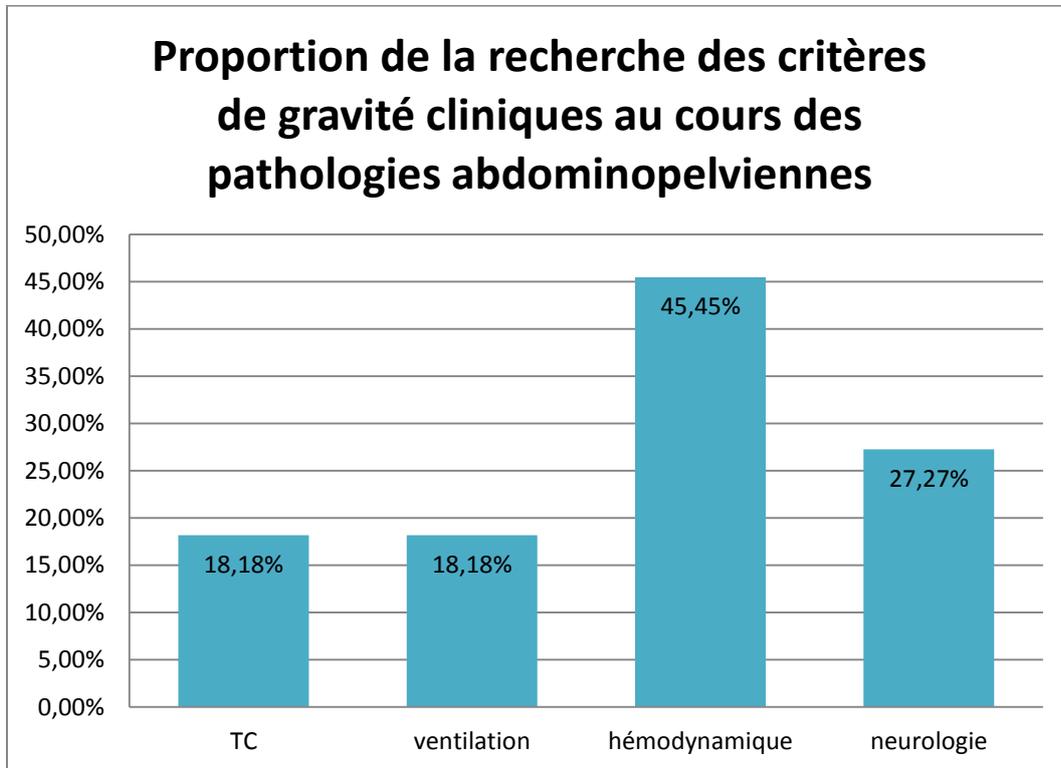


Figure 16: Autres signes cliniques aux cours des pathologies abdomino-pelviennes

c- Infections

Quatre patients adressés aux urgences, présentaient une infection

Deux patients furent envoyés pour des abcès.

Un patient était suspect de présenter cellulite faciale, il présentait une plaie suppurée de l'oreille, avec œdème de la face et un fébricule à 38.2°C.

Le dernier patient présentait une fièvre isolée, mal tolérée.

Parmi ces patients, aucun bilan de traumatisme crânien ne fut réalisé.

Les critères d'urgence ventilatoires furent évalués chez deux patients et ne présentaient pas d'anomalies.

Les paramètres hémodynamiques furent également évalués et étaient normaux chez deux patients.

L'examen neurologique fut réalisé chez trois patients, dont un présentait une hypotonie et obnubilation.

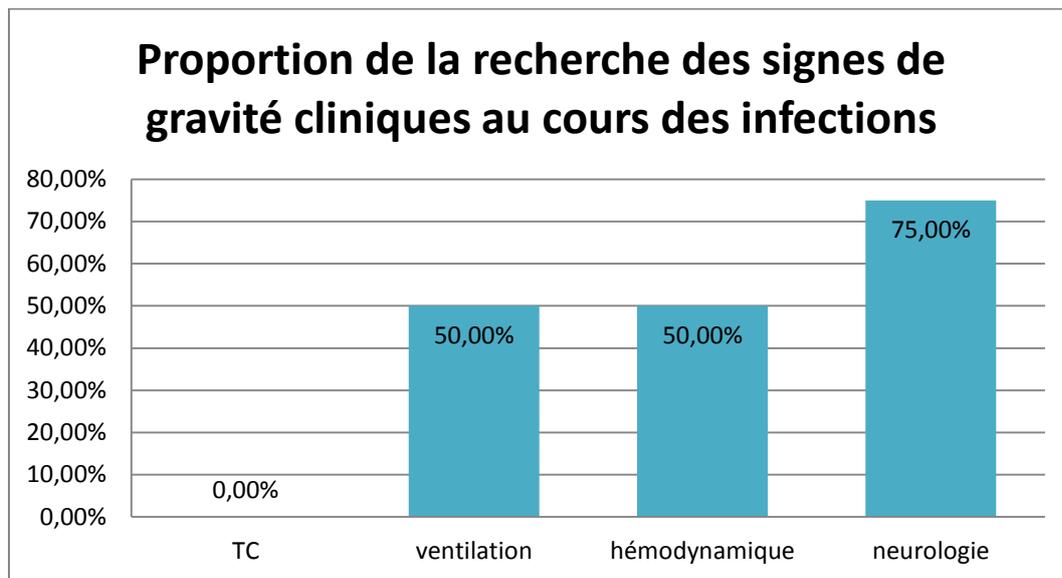


Figure 17: Autres signes cliniques aux cours des infections

d- Altération de l'état général/chute

Deux patients furent adressés pour des chutes dans un contexte d'altération de l'état général.

Un des patients adressés aux urgences, eut une recherche de traumatisme crânien, mais également une évaluation des critères de gravité cliniques ventilatoires, hémodynamiques et neurologiques.

Sa fréquence respiratoire était estimée à 18 mouvements par minute, une tachycardie à 110 battements par minute, une pression artérielle normale et une cyanose des extrémités.

La deuxième personne ne bénéficia pas d'évaluation des critères d'urgence cliniques.

e- Placements

Deux patients furent adressés aux urgences pour des placements.

Aucun d'eux ne bénéficia de la recherche de traumatisme crânien, de critères d'urgence clinique hémodynamiques, ventilatoires, ni neurologiques.

f- Anomalies biologiques

Un patient fut adressé pour une cytolysé hépatique.

Aucun critère d'urgence ne fut recherché.

g- Autres

Un patient fut envoyé aux urgences pour une xérostomie avec aggravation de la fonction rénale.

Aucun signe ventilatoire, hémodynamique, neurologique, ni recherche de traumatisme crânien ne fut réalisé.

De même pour le patient adressé aux urgences pour une parotidite chronique.

3.3. Proportion des critères cliniques d'urgence toutes pathologies confondues

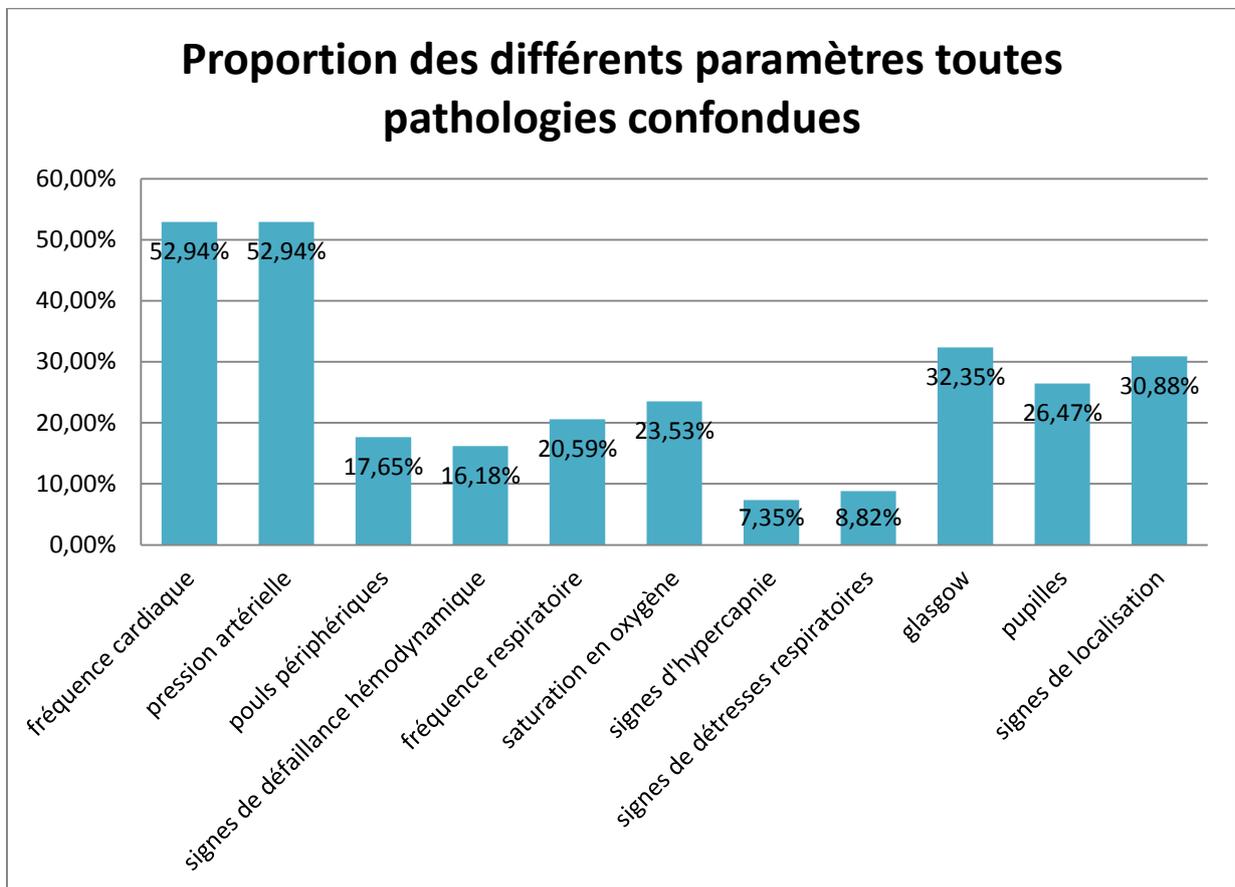


Figure 18: Proportion de la recherche des différents signes cliniques quel que soit la pathologie

Ce graphique montre les pourcentages des différents critères cliniques d'urgence, sans tenir compte du motif d'hospitalisation.

IV DISCUSSION :

1. Traumatismes crâniens

Parmi les patients adressés aux urgences pour des traumatismes crâniens, seulement 50% de cette population a eu une évaluation neurologique avec un score de Glasgow calculé, un examen des pupilles et une recherche de signes de localisation. En revanche, tous ont eu un examen de la face et du crâne.

Or pourquoi l'évaluation neurologique est-elle nécessaire et indispensable ? Si un traumatisme crânien est jugé initialement léger, cela ne signifie pas bénin. Il peut s'aggraver secondairement. C'est pour cela qu'il est nécessaire de rechercher les critères de gravité, afin de classifier le stade de gravité et les risques potentiels d'évolution.

Un traumatisme crânien est jugé léger si les conséquences immédiates sont limitées. Celles-ci sont :

- Confusion ou désorientation initiale
- Perte de connaissance initiale de quelques secondes ou minutes
- Amnésie post-traumatique < 24 h
- Anomalies neurologiques transitoires, crise comitiale
- Échelle de coma de Glasgow (GCS) de 13 à 15, lors de l'accès aux soins ou 30 minutes après le traumatisme

De même, quels sont les facteurs de risques d'évolution :

Tableau 11: Facteurs de risques de complication d'un traumatisme crânien

| |
|--|
| <p><u>Facteurs de risque liés au blessé</u> : • Troubles de la coagulation, • Âge < 2 ans ou > 60 ans, • Intoxication (alcool / drogues), • Personne isolée socialement ou vivant des difficultés importantes dans son environnement, • Stress ou dépression au moment de l'accident</p> |
| <p><u>Facteurs de risques liés à la gravité initiale</u> : • Déficit neurologique focal, • Convulsions, • Vomissements, • Mal de tête, • Score de coma de Glasgow inférieur à 15, • Perte de connaissance, • Amnésie post-traumatique persistante, • Amnésie rétrograde de plus de 30 minutes, • Traumatisme de la tête ou du cou comportant une fracture</p> |
| <p><u>Facteurs de risque liés à la violence du traumatisme</u> : • Vitesse du véhicule supérieure à 50 km/h, • Cycliste à plus de 30 km/h, • Dégâts importants du véhicule, • Désincarcération, • Piéton ou cycliste blessé par une voiture, • Agression, • Chute de plus de 6 mètres, • Cycliste éjecté de son vélo, • Circonstances imprécises</p> |

L'évolution à court terme, rare, peut se faire vers un hématome intra ou extra parenchymateux ou un œdème cérébral, par exemple, d'où l'importance d'une évaluation initiale précise. (Ministère de la santé, 2009,)

2. Pathologies ventilatoires

Dans cette étude observationnelle, seulement 20% des patients présentant une maladie d'origine ventilatoire ont eu un calcul de la fréquence respiratoire, une mesure de la saturation en oxygène, un examen respiratoire et la recherche de signes d'hypercapnie. Cependant, 40% des patients atteints d'une maladie ventilatoire ont bénéficié d'un examen afin de mettre en évidence la présence éventuelle de signes de détresse respiratoire. Cette étude montre qu'une évaluation hémodynamique a été réalisée chez 60% des patients, alors que seulement 20% ont eu une évaluation neurologique.

Deux de ces patients présentaient des dyspnées aiguës, une personne souffrait d'une pneumopathie et deux patients présentaient une décompensation d'une insuffisance respiratoire chronique.

2.1. Dyspnée aiguë

Ces deux patients inclus pour dyspnée aiguë ont un examen clinique se limitant à déclarer une dyspnée, avec ou sans cyanose. La fréquence respiratoire, ou autres signes respiratoires n'ont pas été recherchés.

Quels sont ces critères cliniques respiratoires évocateurs d'une dyspnée aiguë pouvant se compliquer d'une insuffisance respiratoire aiguë, voire d'un arrêt respiratoire?

- La cyanose cutanée
- La fréquence des rythmes respiratoires, avec une polypnée pour des cycles supérieurs à 30 mouvements par minute ou une bradypnée s'il

existe moins de 10 mouvements par minute. On peut également constater des périodes d'apnées.

- Des signes de lutttes inspiratoire ou expiratoire.
- Des signes d'épuisement respiratoire.
- Les bruits respiratoires.

Il est fondamental de rechercher ces signes afin d'évaluer la tolérance de la dyspnée, d'en évaluer l'étiologie (asthme, embolie pulmonaire, œdème aigue du poumon, dyspnée laryngée, pneumopathie, pneumothorax, pleurésie, tamponnade, anémie, acidose métabolique) et les risques de complications. En effet, caractériser précisément la dyspnée permet d'en trouver l'origine. Une augmentation progressive puis décroissance progressive orienteront vers une origine centrale et une dyspnée de type Cheynes-stokes alors qu'une inspiration suivit d'une apnée, puis d'une expiration et d'une apnée évoqueront une dyspnée de Kussmaul dans le cadre d'une acidose métabolique.

Aucun des deux patients inclus pour dyspnée aigüe n'a bénéficié de cette évaluation hémodynamique ou neurologique. Ces critères doivent-ils être recherchés au cours de dyspnée aigue ?

Ces critères hémodynamiques et neurologiques doivent être recherchés car ils peuvent être le signe d'une intolérance multi viscérale à l'hypoxémie.

Ces signes d'hypoxémie à l'origine de signes de dysfonctions circulatoires sont :

- La tachycardie sinusale
- Les signes de cœur pulmonaire aigue, signe d'insuffisance cardiaque droite.
- L'hypercapnie, qui est un signe de détresse respiratoire, se révèle par des signes hémodynamiques que sont l'hypertension artérielle et l'hypercrinie.

- Cela peut aller jusqu'au décès précédé d'un collapsus et d'un arrêt respiratoire.

Les signes de dysfonctions neuropsychiques secondaires à l'hypoxémie qui doivent être recherchés sont :

- L'anxiété, l'agitation, jusqu'au coma

De même que pour la dysfonction circulatoire, l'hypercapnie se manifeste par des signes neurologiques, au cours des dyspnées aiguës : céphalée, somnolence, astérixis, œdème de la papille. (Michèle Génestal, s.d.) (Olivier Blétry, 1995) (Ware L.B, 2000)

2.2. Pneumopathie

Le seul patient adressé, dans cette étude, pour une pneumopathie a bénéficié d'une évaluation des critères de gravité respiratoires, hémodynamiques, d'une prise de température, mais pas de bilan neuropsychique. Il présentait une fréquence respiratoire à 27 mouvements/minute, une désaturation à 80%, une tachycardie à 80 battements/minute, une hypotension artérielle à 100mmHg/60mmHg et œdèmes des membres inférieurs.

Il paraît logique d'évaluer les paramètres ventilatoires au cours d'une pneumopathie car elle peut se compliquer d'une dyspnée aiguë, dont nous avons vu les critères de gravités et les risques de complications précédemment. D'où l'importance de faire également le point sur les paramètres hémodynamiques et neuropsychiques. Enfin ces critères d'urgence sont importants à rechercher car ils déterminent la prise en charge et l'éventuelle nécessité d'orienter le patient vers une hospitalisation.

Tableau 12: Critères d'hospitalisation d'une pneumopathie

Tableau II. Recommandations françaises pour l'hospitalisation immédiate d'un patient souffrant de pneumonie.

| Afssaps | SPLF | SPILF |
|---|---|--|
| <p><i>Présence de signe de gravité :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · atteinte des fonctions supérieures (troubles de la conscience) · atteinte des fonctions vitales : <ul style="list-style-type: none"> - PAS < 90 mmHg - FC > 120 b/min - polypnée > 30 c/min - température < 35° ou > 40 °C - suspicion de pneumopathie d'inhalation ou survenant sur un obstacle bronchique - néoplasie associée autre que de nature basocellulaire <p><i>Présence des cir-</i></p> | <p><i>Présence de signe de gravité :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · confusion · FC > 125 b/min · FR \geq 30 c/min · cyanose · pression artérielle < 90/60 mmHg · température < 35 ou > 40 °C <p><i>Présence, à la suite du bilan radiologique et biologique, des anomalies suivantes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · leucopénie < 4 000/mm³ ou hyperleucocytose < 20 000/mm³ · anémie (Hb < 9 g/100 ml) · élévation de l'urée (> 7 mmol/l ou 0,5 g/l) · élévation de la créatinine (> 12 mg/l) · hypoxie (PaO₂ < 60 mmHg en air ambiant) · hypercapnie (PaCO₂ > 50 mmHg en air ambiant) · acidose (pH < 7,3) · anomalies de l'hémostase (thrombopénie, | <p><i>Présence de signe de gravité :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · atteinte des fonctions supérieures (troubles de la conscience) · atteinte des fonctions vitales : <ul style="list-style-type: none"> - PAM < 90 mmHg - FC > 120 b/min - polypnée > 30 c/min - température < 35° ou > 40 °C - pneumopathie d'inhalation ou survenant sur un obstacle bronchique connu ou suspecté <p><i>Présence des situations particulières suivantes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · complication de la |

| | | |
|--|---|---|
| <p><i>constances suivantes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · complication de la pneumonie (pleurésie, abcédation) · conditions socio-économiques défavorables · inobservance thérapeutique prévisible · isolement, notamment chez les personnes âgées | <p><i>augmentation du temps de thrombine, diminution du taux de prothrombine, augmentation du TCA, présence de produits de dégradation de la fibrine)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · atteinte de plusieurs lobes, épanchement pleural ou lésion cavitaire sur la radiographie thoracique <p><i>Patients ne pouvant être pris en charge à domicile :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · vomissements · exclusion sociale · dépendance · risque de non-observance · troubles des fonctions supérieures · survenue d'une complication | <p><i>pneumonie (pleurésie, abcédation)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · néoplasie évolutive associée · conditions socio-économiques défavorables · inobservance thérapeutique prévisible · isolement, notamment chez les personnes âgées |
|--|---|---|

Afssaps : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

SPLF : Société de pneumologie de langue française.

SPILF : Société de pathologie infectieuse de langue française.

(Roupie E., 2006,)

2.3. Décompensation d'une insuffisance respiratoire chronique

L'insuffisance respiratoire chronique est définie par l'incapacité du poumon à assurer normalement l'oxygénation du sang artériel, il s'en suit donc une hypoxie tissulaire.

Deux patients ont été adressés aux urgences pour des décompensations d'insuffisance respiratoire chronique.

Chez l'un des deux patients est seulement signalée une hypertension artérielle. Le reste des critères d'urgence, qu'ils soient ventilatoires, hémodynamiques, neurologiques ou autres n'ont pas été évalués. Le deuxième patient présentant une décompensation respiratoire chronique avait un examen neurologique normal, avec un score de Glasgow à 15, un fébricule à 38°C, une tachycardie à 100 battements par minute, le reste du bilan circulatoire étant normal. Enfin le patient présentait des sibilants et des tirages intercostaux.

Chez ces deux patients, deux attitudes antinomiques sont observées. Ces critères de gravités sont-ils importants à évaluer dans ce contexte-là ? Ces critères sont nécessaires pour évaluer les risques de complications en détresse respiratoire aiguë, les manifestations susnommées et les risques vitaux.

De même, la recherche systématique de ces critères peut permettre de trouver l'origine de la décompensation.

Enfin, il s'agit de patients fragilisés par une pathologie chronique dont la décompensation aiguë peut être d'autant plus grave et plus rapide que l'insuffisance respiratoire chronique est profonde. D'où la nécessité de connaître les paramètres cliniques de base de ces patients, afin de dépister la frontière entre insuffisance respiratoire chronique et décompensation aiguë, qui nécessiterait une hospitalisation, dont les critères sont : (Taytard A., 1997, 2013,)

- Signes cliniques de gravité
- Dégradation rapide et/ou majeure
- Pas d'amélioration avec le traitement mis en place en ambulatoire
- Besoin d'oxygénothérapie
- Comorbidités importante
- Exacerbations fréquentes ou épisode récent d'évolution défavorable

- Contexte
- Patient non entouré (sur les plans familial, médical, paramédical et technique)
- Patient in observant.

Ces signes cliniques de gravité sont :

- Cliniques généraux : fièvre $> 38^{\circ}5$
- Respiratoire : cyanose ; saturation en oxygène $< 92 \%$; orthopnée; muscles respiratoires accessoires ; respiration paradoxale abdominale ; fréquence respiratoire $> 25/\text{min}$; toux inefficace
- Cardio-vasculaire : fréquence cardiaque $> 110/\text{min}$; œdème des membres inférieurs ; troubles du rythme ; hypotension, marbrures
- Neurologique : agitation ; confusion ; obnubilation ; coma ; asterixis
- DEP $< 100 \text{ L}/\text{min}$ (sauf chez les patients avec obstruction sévère antérieure)
- Gaz du sang artériel de repos (air ambiant) : $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mm Hg}$; $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mm Hg}$; acidose respiratoire. (Pauwels RA, 2001) (Société de pneumologie de langue française, 2009,)

3. Pathologies cardiovasculaires/hémorragiques

Dix-sept patients furent inclus dans cette étude observationnelle, pour des pathologies cardiovasculaires/hémorragiques.

La plupart de ces patients ont eu une mesure de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque dans 76.47% des cas. En revanche, seulement, 35.28% ont bénéficié d'un examen clinique précis et seulement 11.76% ont eu une recherche des signes de défaillances hémodynamiques.

De même, seulement 52.94% de cette population a eu une évaluation des critères de gravités cliniques ventilatoires et 17.65% de la population, une recherche des signes de gravités neurologiques.

Cette étude montre que les médecins généralistes prennent, dans la majorité des cas, la fréquence cardiaque et la pression artérielle, mais que les autres signes de gravités évoqués par la méthode « ABCDEF » ne sont que très peu évalués. Cependant, ces critères ne sont-ils pas recherchés parce que inutile dans la plupart des pathologies recrutées ? Ou auraient-ils été nécessaires de les rechercher ?

3.1. Syndrome coronarien

Trois patients furent adressés pour des syndromes coronariens aigus. Les trois patients ont bénéficié d'un électrocardiogramme réalisé au cabinet du médecin généraliste. Aucun des critères d'urgence cliniques, hémodynamiques, ventilatoires, neurologiques ou autres ne furent recherchés chez le premier patient ; alors que tous ces paramètres, sauf les paramètres ventilatoires, furent recherchés et normaux chez le deuxième patient ; enfin le troisième présentait des critères hémodynamiques normaux. Le diagnostic a donc pu être fait dans les trois cas grâce aux médecins qui possédaient un appareil à électrocardiogramme, ce qui a permis d'emblée d'avoir une prise en charge efficiente. Cependant, cela suffit-il d'avoir posé le diagnostic ? Un syndrome coronarien aigu est une affection cardiovasculaire grave en elle-même et pouvant être à l'origine de graves complications allant jusqu'au décès.

L'évaluation de la fréquence cardiaque est indispensable car un infarctus du myocarde peut se compliquer de troubles du rythme aigus comme la tachycardie ventriculaire ou la fibrillation ventriculaire qui nécessitent une prise en charge

spécifique. De même, la phase aigüe d'un infarctus peut être marquée par des troubles de conduction, notamment auriculoventriculaire nécessitant un entraînement électro systolique. Un trouble du rythme peut être un signe précoce de choc cardiogénique post infarctus, exigeant une prise en charge réanimatrice. De plus, une bradycardie extrême, ou un état de choc cardiogénique peuvent être à l'origine d'un bas débit cérébral et donc se manifester par des troubles neuropsychiatriques, avec une agitation ou une obnubilation, des convulsions voire un coma.

La prise de la pression artérielle est, elle-aussi, indispensable, pour apprécier la tolérance. Une hypertension artérielle, associée à d'autres signes cliniques peut annoncer un œdème aigu du poumon, qui est une complication aigüe du syndrome coronarien aigu qui peut évoluer vers une détresse respiratoire aigüe, allant jusqu'au décès de la personne. D'où la nécessité de quantifier la fréquence respiratoire, la saturation en oxygène, les signes de détresses respiratoires et d'hypercapnie dans ce cadre de dyspnée aigüe d'origine hémodynamique. Là aussi, cette dyspnée aigüe peut avoir un retentissement hémodynamique ou neuropsychiatrique. C'est un cercle vicieux qui peut s'installer, essentiellement entre ces trois appareils ; d'où la nécessité d'une évaluation systématique.

Les signes de défaillance hémodynamique, comme les marbrures, puis secondairement l'oligurie (dans le cadre de la prise en charge réanimatrice), ne sont pas les premiers signes à apparaître mais sont signes de mauvaise tolérance extrême, vitale.

3.2. Décompensation cardiaque, œdème du poumon

Dans cette étude, trois patients furent adressés pour des décompensations cardiaques.

Le premier patient présentait une désaturation à 88%, et une pression artérielle à 160/110 mm Hg, le reste des signes n'ayant pas été recherchés. Le médecin du deuxième patient n'évoque qu'une dyspnée, sans aucune précision, et des œdèmes des membres inférieurs. Enfin, le dernier patient a bénéficié d'une analyse plus complète montrant, une fréquence respiratoire augmentée à 22/minutes, une désaturation à 88%, un tirage sus claviculaire et une cyanose des extrémités. D'un point de vue hémodynamique, il présentait une tachycardie à 100/minutes, une hypertension artérielle à 190/100 mm Hg et des œdèmes des membres inférieurs. Enfin, au niveau neurologique, l'examen était normal, avec un Glasgow à 15.

L'insuffisance cardiaque est un syndrome pouvant revêtir différentes formes et correspondant à l'évolution de la plupart des pathologies cardiaques. La définition retenue par la Société Européenne de Cardiologie est la présence de symptômes d'insuffisance cardiaque (au repos ou à l'effort) associés à une preuve (de préférence écho cardiographique) de dysfonction cardiaque systolique et/ou diastolique (au repos) et en cas de doute diagnostique, associés à une réponse favorable au traitement habituel de l'insuffisance cardiaque. (Société française de Cardiologie, 2007,)

Tableau 13: Classification NYHA de l'insuffisance cardiaque

| |
|---|
| <p><u>Classe NYHA I</u> : Pas de limitation : les efforts physiques habituels ne provoquent pas de fatigue, dyspnée ou palpitations inhabituelles.</p> |
| <p><u>Classe NYHA II</u> : Il existe une petite limitation des capacités physiques : le patient n'a pas de symptômes au repos mais des efforts normaux provoquent fatigue, palpitations ou dyspnée.</p> |
| <p><u>Classe NYHA III</u> : Il existe une limitation évidente de la capacité d'effort : le patient se sent toujours bien au repos mais un effort minime provoque déjà des symptômes.</p> |
| <p><u>Classe NYHA IV</u> : Le patient ne peut plus effectuer aucun effort sans éprouver de symptômes : les symptômes de l'insuffisance cardiaque sont déjà présents au repos et s'aggravent au moindre effort.</p> |

L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique qui aboutit au décès du patient à plus ou moins long terme. Dans cette étude, deux patients sur trois n'ont pas eu de recherche de critères d'urgence, alors qu'un examen complet fut réalisé chez le troisième patient. Les différents signes hémodynamiques sont importants à rechercher pour connaître l'état de base du patient, connaître le stade de gravité de cette maladie et savoir reconnaître une aggravation de l'état, voire un œdème du poumon. Comme vu plus haut, un œdème du poumon est une cause de dyspnée aiguë, dont nous avons déjà vu la nécessité de la recherche des critères cliniques de gravité. La dyspnée est donc un maître symptôme dans l'insuffisance cardiaque. La caractériser semble donc indispensable pour établir s'il existe une décompensation ou un œdème du poumon. La quantification de la

fréquence respiratoire, la saturation en oxygène, les signes de détresses respiratoires et d'hypercapnie doivent donc être recherchés.

Pourquoi une évaluation neurologique est-elle nécessaire ? Une insuffisance cardiaque est caractérisée par une chute du débit cardiaque, ce qui signifie que l'irrigation des différents organes est diminuée, dont le système circulatoire cérébral. Des manifestations de bas débit cérébral sont donc importantes à rechercher. De plus, l'insuffisance cardiaque peut se compliquer de manifestations thromboemboliques et donc de risques d'accidents vasculaires cérébraux. D'où la nécessité d'établir un score de Glasgow, d'examiner les pupilles et de rechercher des signes de localisations.

Les critères hémodynamiques sont également nécessaires pour évaluer la gravité de la maladie, le suivi et les complications : mort subite par troubles du rythme ventriculaire, d'où le besoin de rechercher la fréquence cardiaque, les pouls périphériques, la pression artérielle,... Ces critères (marbrures, oligurie,...) peuvent apparaître dans le cadre d'un choc cardiogénique, complication courante du fait du bas débit cardiaque de cette maladie chronique.

3.3. Péricardite (Bruno Besse, 2008)

Un seul patient a été adressé aux urgences pour suspicion de péricardite. Ce patient ne présentait pas de critères de gravité ventilatoires. Il présentait une pression artérielle à 120/80 mm Hg et une fréquence cardiaque à 60 battements par minute. Le reste des critères d'urgence ne furent pas recherchés.

Chez ce patient, les paramètres hémodynamiques normaux ont été recherchés, ce qui semble logique pour une maladie cardiovasculaire. De plus, une des complications aiguës d'une péricardite est la tamponnade, or celle-ci peut se manifester

par une tachycardie, des signes droits, un état de choc. Il paraît donc indispensable d'évaluer les critères hémodynamiques pour ne pas méconnaître une tamponnade.

Ce médecin traitant, qui a adressé ce patient aux urgences, a également réalisé un examen ventilatoire. Ces critères ventilatoires doivent être recherchés (fréquence respiratoire, saturation en oxygène, signes de détresses et d'hypercapnie) car la tamponnade, complication gravissime de la péricardite se manifeste par une polypnée superficielle, et peut se limiter à ce seul signe fonctionnel.

Une évaluation neurologique n'a pas été réalisée, ici. Cependant, d'après l'évolution de la maladie, ces critères ne semblent pas indispensables, dans ce cas-là, car des manifestations neurologiques n'apparaîtront que dans le cadre d'un état de choc au cours de l'évolution de la tamponnade qui devra être diagnostiquée, en amont, avec les autres critères cliniques de gravité.

3.4. Douleurs thoraciques (Bruno Besse, 2008)

Trois patients furent envoyés aux urgences par leurs médecins généralistes pour des douleurs thoraciques non étiquetées. Le premier patient présentait une dyspnée cotée stade 2, une saturation à 98%, une tachycardie sinusale à 110 battements par minute, une pression artérielle à 160/100 mm Hg, mais pas de bilan neurologique. Le deuxième patient n'a pas eu de recherche de signes cliniques de gravité ventilatoires, ni neurologiques, mais avait une fréquence cardiaque à 68 par minutes et une pression artérielle à 130/100 mm Hg. Le dernier patient avait un examen hémodynamique et un examen neurologique normaux, mais le bilan ventilatoire n'a pas été réalisé. Ici, deux patients sur trois n'ont pas eu de bilan ventilatoire et neurologique, mais tous ont eu un bilan circulatoire.

Ces paramètres auraient-ils dû être recherchés ? Aucun diagnostic n'a été posé d'emblée ce qui peut amener à penser que la maladie sous-jacente n'est peut-être pas très grave. Cependant, ces patients ont tous de même étaient adressés aux urgences. Principe de précaution, on ignore le diagnostic, mais cela semble assez grave pour être adressé aux urgences, donc autant rechercher ces signes de gravité.

De plus, il existe plusieurs diagnostics différentiels possibles :

- La péricardite, dont nous avons vu la nécessité de réaliser un bilan des critères de gravité, précédemment.
- Le pneumothorax, qui peut être à l'origine d'une dyspnée aiguë, qui peut provoquer une asymétrie de la ventilation. Il peut être compressif, présentant une turgescence jugulaire, par exemple, et nécessiter une exsufflation en urgence, avant l'arrêt cardiorespiratoire.
- La pleurésie ou pneumopathie. Les critères respiratoires doivent être recherchés car la pneumopathie peut être hypoxémiante, par exemple, et nécessiter une oxygénothérapie. Donc la fréquence respiratoire, la saturation et les signes de détresse déterminent la prise en charge. De plus, l'hypercapnie et l'hypoxémie sont, comme nous l'avons déjà vu, pourvoyeur de signes neuropsychiatriques.
- Le syndrome coronarien, dont nous avons vu plus haut la nécessité de rechercher les signes de gravité.
- La dissection aortique : une présentation polymorphe, trompeuse pouvant se manifester par un déficit neurologique, une tamponnade, une insuffisance aortique, un épanchement pleural... Toutes ces présentations différentes, affectant tous les organes expliquent la nécessité d'évaluer la fréquence respiratoire, la saturation en oxygène, les signes de détresse respiratoire, les pupilles, le score de Glasgow et des signes de localisation. Un diagnostic erroné peut amener à se tromper de traitement et aggraver les

choses. Les signes cliniques hémodynamiques, souvent absents, comme la différence de pression artérielle ou le souffle d'insuffisance aortique de novo, la prise des pouls périphériques, peuvent orienter le diagnostic.

- L'embolie pulmonaire n'a pas, non plus, une présentation stéréotypée comme la dissection aortique, et pour les mêmes raisons, nécessite une recherche des critères d'urgence cliniques hémodynamiques, ventilatoires et neurologiques. En effet, une baisse transitoire, mais significative du débit sanguin cérébral dans le cadre d'une embolie pulmonaire massive et grave peut se révéler par des malaises. De même, la dyspnée pouvant aller de la simple dyspnée d'effort jusqu'à la détresse respiratoire aiguë doit être évaluée par les critères cliniques de gravité ventilatoires de la méthode « ABCDEF ».
- Différentes origines digestives

Une douleur thoracique non étiquetée, peut donc être de différentes origines et pourvoyeuse de multiples complications qu'il faut pouvoir prévenir. Évaluer les paramètres ventilatoires et neurologiques, qui n'ont pas été recherchés ici, semble donc indiqué.

3.5. Troubles du rythme (Bruno Besse, 2008)

Trois patients ont été admis pendant la période de l'étude, deux patients pour une arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire et un autre pour bradycardie. Le patient atteint d'une bradycardie avait une fréquence cardiaque à 48 battements par minute, une pression artérielle conservée à 140/70 mm Hg et une saturation en oxygène à 98%, les autres critères d'urgence ne furent pas recherchés. Le premier patient ayant une fibrillation auriculaire n'a bénéficié de la recherche d'aucun signe d'urgence. Enfin, le dernier patient arythmique présentant une

fibrillation auriculaire avait une fréquence respiratoire normale, une saturation en oxygène à 94%; il avait une fréquence cardiaque à 138 battements par minute, des pouls périphériques recherchés et détectant un pouls à 100 battements par minute, une pression artérielle à 120/80 mm Hg. Son électrocardiogramme retrouvait une fibrillation auriculaire. L'examen neurologique et d'éventuels autres critères d'urgence ne furent pas recherchés.

Voilà encore des évaluations très variables, allant d'aucune recherche de signes de gravité jusqu'à un examen quasi-complet.

La prise de la fréquence cardiaque est indispensable pour diagnostiquer un trouble du rythme et savoir différencier les différentes arythmies. La pression artérielle est nécessaire pour évaluer la tolérance du trouble du rythme. En effet, une pression artérielle conservée signe l'absence de choc ; une chute de la pression artérielle prouve la mauvaise tolérance du trouble. Ici, on a pris le pouls d'un patient. La prise de pouls permet de vérifier que la circulation se fait bien partout en premier lieu et qu'il n'y a pas d'ischémie de membres, ou de dissection aortique. Ce pouls permet de savoir s'il s'agit d'une tachycardie régulière ou non. De plus, par exemple, pour une tachycardie ventriculaire qui est bien tolérée au départ, et non diagnostiquée, la prise du pouls permet de s'apercevoir qu'il n'y en a pas et que par conséquent, malgré la contraction myocardique, celle-ci n'est pas efficace. Comme les autres signes, la recherche des autres signes hémodynamiques permet d'évaluer la tolérance, la gravité, tel que les marbrures ou la chaleur locale.

Les signes respiratoires sont-ils importants dans l'évaluation d'un trouble du rythme ? Une arythmie peut, par exemple, se compliquer d'un œdème aigu du poumon, surtout si la cadence ventriculaire est très rapide, puisque la contraction du myocarde n'est pas efficace. L'œdème aigu du poumon est à l'origine d'une dyspnée aiguë dont nous avons vu précédemment la nécessité de l'évaluer.

Enfin, une arythmie, si elle est mal tolérée, peut se manifester chez le patient par une agitation, une agressivité ou une obnubilation. De plus, les arythmies telle que la fibrillation auriculaire sont de grandes pourvoyeuses d'accidents vasculaires cérébraux, d'où la nécessité de faire le bilan neurologique.

3.6. Hémorragies

Quatre patients furent adressés aux urgences pour des hémorragies extériorisées ou non. Le premier patient a bénéficié d'une évaluation ventilatoire, avec dyspnée et hémodynamique avec une tachycardie modérée. Le deuxième n'avait pas de signe de gravité ventilatoire, il avait une tachycardie à 80/minute, une pression artérielle à 130/80 mm Hg et un examen neurologique sans particularité. Le troisième patient présentait une fréquence respiratoire à 14/minute, une saturation en oxygène à 92%, une pâleur cutanée. Il avait une tachycardie à 100 battements par minute et une pression artérielle normale à 120/80 mm Hg. Le bilan neurologique était normal. Enfin, le dernier patient présentait une désaturation à 90%, une pression artérielle à 110/60 mm Hg et une fréquence cardiaque à 70 par minute. Le reste du bilan ne fut pas réalisé.

Une hémorragie peut s'aggraver par une hypovolémie, voire un choc hémorragique. Afin de prévenir ces complications, il faut savoir évaluer la gravité d'une hémorragie et surtout la détecter s'il s'agit d'une hémorragie occulte. Une hémorragie chronique et souvent occulte, suffisamment profonde, sera donc à l'origine d'une anémie qu'il faut rechercher. Les signes sont : (<http://fr.wikipedia.org>, 2014,)

- perte de poids
- manque d'appétit

- asthénie (grosse fatigue);
- fatigue musculaire;
- dyspnée, polypnée;
- tachycardie, palpitations (en effet, pour maintenir une oxygénation correcte des tissus périphériques avec moins de globules rouges (hémoglobine donc basse), le cœur doit accélérer son rythme)
- Pâleur (particulièrement au niveau des conjonctives : regarder l'intérieur de la paupière inférieure; pulpe des doigts également);
- céphalée;
- faux vertiges;
- lipothymie;
- trouble des phanères : cheveux aplatis, ongles cassants.

Tous ces signes cliniques touchent donc les appareils circulatoire, ventilatoire, neurologique et autres ; par conséquent rechercher les signes de gravité de chaque appareil est nécessaire pour évaluer l'atteinte d'une hémorragie occulte. En ce qui concerne une hémorragie aigüe, les signes à rechercher ne sont pas ceux d'une anémie, mais il s'agit d'évaluer la tolérance et la possible existence d'un choc hémorragique par une insuffisance circulatoire aigüe qui se manifestera par les signes hémodynamiques, respiratoires et neurologiques, déjà cités dans la méthode « ABCDEF ». (SDIS 87, 2014,)

4. Pathologies neurologiques

Cette étude compte douze patients qui ont été adressés aux services des urgences du Limousin. Le score de Glasgow a été réalisé chez 50% de ces patients, un examen des pupilles chez 41.67% et 58.33% ont bénéficiés de la recherche de signes de localisations. De même, 50% de ces patients ont bénéficié d'une re-

cherche, plus ou moins détaillée, des signes d'urgence hémodynamiques, mais seulement 8% ont eu un bilan des paramètres ventilatoires.

4.1. Accidents vasculaires cérébraux

Cinq patients furent inclus et adressés aux urgences pour des suspicions d'accidents vasculaires cérébraux. Le premier patient n'a pas eu d'évaluation des signes cliniques d'urgence ventilatoires ; il avait une pression artérielle normale à 130/85 mm Hg, une fréquence cardiaque à 72 battements par minute et son examen neurologique retrouvait une désorientation temporo-spatiale. Le deuxième patient avait une fréquence cardiaque à 66 battements par minute, une pression artérielle à 125/70 mm Hg, une désorientation temporo-spatiale associée à un déficit du membre supérieur droit et des troubles de l'élocution. Les critères cliniques ventilatoires ne furent pas, non plus, recherchés. Le troisième patient présentait une fréquence respiratoire à 20 par minute, une saturation en oxygène à 90%, et des cyanoses des extrémités. Il avait une fréquence cardiaque à 90 battements par minute et une pression artérielle normale à 120/70 mm Hg. Son examen neurologique retrouvait un Glasgow à 9, des pupilles isochores et une aphasie associée à un déficit hémicorporel droit. Les quatrième et cinquième patients n'ont pas eu de recherche des signes cliniques d'urgence respiratoires ; ils présentaient une pression artérielle et des fréquences cardiaques normales à 130/85 mm Hg et 125/70 mm Hg et 72 et 66 battements par minute. Les examens neurologiques montraient respectivement seulement une désorientation temporo-spatiale et une désorientation temporo-spatiale associée à un déficit du membre supérieur droit et des troubles de l'élocution.

Un accident vasculaire cérébral (AVC), parfois appelé attaque cérébrale, est un déficit neurologique soudain d'origine vasculaire causé par un infarctus ou une

hémorragie au niveau du cerveau. Un AVC est une maladie touchant le système circulatoire du système nerveux cérébral. Tous ces patients ont eu une recherche de déficit localisé. Seulement un patient a eu l'examen des pupilles. Tous les patients ont eu un score de Glasgow, même si pas explicité clairement. Toutefois l'examen des pupilles permet d'évaluer le niveau de l'atteinte cérébrale : (Nicolas Danziger, 2006)

- Une mydriase unilatérale a réactive témoigne d'une atteinte des fibres parasympathiques du III homolatérales et signe souvent un engagement temporal imminent.
- Une abolition du réflexe photomoteur avec pupilles de tailles intermédiaires ou en mydriase modérée signe une lésion mésencéphalique avec destruction des fibres sympathiques et parasympathiques.
- Une mydriase bilatérale aréactive témoigne de lésions étendues.
- Un myosis avec conservation du réflexe photomoteur indique une souffrance des fibres sympathiques au niveau du diencéphale.
- Un myosis serré réactif signe une atteinte de la protubérance.

L'examen circulatoire est logique puisqu'il s'agit une atteinte vasculaire du système nerveux central. Tous les patients ont bénéficié d'une prise de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque. Toutefois, on n'a vérifié aucun pouls périphérique, alors qu'une arythmie cardiaque pouvant être détectée par simple prise du pouls peut être à l'origine d'un accident vasculaire cérébral. Les signes de défaillance hémodynamique n'ont été recherchés chez aucun patient, cependant l'ischémie ou l'hémorragie est circonscrite au système nerveux et ne provoquera pas d'insuffisance circulatoire.

Pourquoi aurait-il fallu faire un examen de la respiration? Un accident vasculaire cérébral peut être à l'origine d'un trouble de la conscience. Ce trouble de la conscience peut conduire à une inhalation qui se compliquera d'une

dyspnée aigüe. De même, une atteinte neurologique peut se manifester par une respiration particulière : (Nicolas Danziger, 2006)

- Dyspnée de Cheyne-Stokes : c'est une respiration périodique avec alternance régulière d'hyperpnée et d'apnée. Elle s'amplifie progressivement puis décroît de la même façon jusqu'à aboutir à une apnée. Elle est le reflet d'une souffrance diencéphalique ou mésencéphalique supérieur.
- Hyperventilation neurogène centrale : hyperpnée ample, rapide, régulière. Elle est observée en cas d'atteinte mésencéphalique ou protubérantielle haute.
- Respiration apneustique : pause respiratoire après chaque inspiration, dans le cas d'une atteinte de la partie basse de la protubérance.
- Respiration ataxique : rythme respiratoire irrégulier anarchique qui signe une atteinte bulbaire et fait craindre un arrêt respiratoire imminent.

Voilà pourquoi un examen complet semble nécessaire.

4.2. Neuropathies périphériques

Deux patients furent adressés pour des sciatiques. Le premier patient présentait un signe de Lasègue à 20°, des réflexes ostéotendineux abaissés, une hypoesthésie et une diminution de la force musculaire. Aucun autre signe ne fut recherché. Aucun examen clinique n'a été réalisé chez le deuxième patient.

Définition de la sciatique (<http://fr.wikipedia.org>, 2014,) : (ou lombo sciatique, appellation commune de la névralgie sciatique) est une douleur suivant le territoire du nerf spinal S1 ou L5 atteint au niveau de la colonne vertébrale (rachis lombaire) ou à sa proximité immédiate.

La neuropathie périphérique telle que la sciatique est une pathologie limitée uniquement au nerf concerné, sans aucune autre atteinte, en théorie. Il ne semble donc pas nécessaire de réaliser une recherche des critères de gravité cliniques ventilatoires ou hémodynamiques. Par contre, elle peut rarement se compliquer d'une compression de la queue de cheval qui est une urgence chirurgicale. D'où l'importance de rechercher des signes déficitaires, comme chez le premier patient, pour s'assurer de ne pas être dans cette situation.

4.3. Convulsions

Un seul patient a été admis aux urgences pour des convulsions. Chez ce patient, le seul point de l'examen clinique décrit par son médecin traitant est une désorientation post critique. Pourquoi réaliser un examen complet des signes cliniques chez un patient présentant des convulsions ? En premier lieu, une crise convulsive n'est pas forcément secondaire à un syndrome épileptique mais peut être dû à un trouble métabolique, à une cardiopathie emboligène, à une origine infectieuse, à une anoxie cérébrale ou à un bas débit cérébral... Par conséquent, rechercher des signes d'urgence cliniques comme une tachycardie irrégulière pourrait prévenir une crise convulsive, mais pourrait également aider à la prise en charge, car seul le traitement étiologique ferait céder la crise et non les antiépileptiques. De plus, une simple crise convulsive peut se compliquer d'un état de mal épileptique pouvant provoquer, notamment, des troubles respiratoires, hémodynamiques d'où la nécessité de les quantifier en cas d'état de mal épileptique.

4.4. Malaises

Deux patients furent adressés pour des sensations de malaises, non clairement identifiés. Le premier de ces patients était diabétique, présentait une pression artérielle normale à 120/70 mm Hg, avec une fréquence cardiaque à 80 battements par minute. Il présentait un score de Glasgow à 15. Le reste de la recherche des signes cliniques n'a pas été fait. Le deuxième patient n'a pas bénéficié, non plus, d'évaluation des critères d'urgence ventilatoires. Toutefois, le bilan neurologique réalisé était normal. Au niveau circulatoire était retrouvée une tachyarythmie à 150 battements par minute dans le cadre d'une fibrillation auriculaire mise en évidence à l'électrocardiogramme.

Le malaise et la perte de connaissance peuvent être un signe fonctionnel d'une pathologie anodine ou potentiellement grave. L'interrogatoire et l'examen clinique doivent être policier, à la recherche des signes de gravité cliniques, quel qu'ils soient, afin d'établir un diagnostic de certitude. En effet, un malaise peut paraître banal mais peut être la manifestation d'une maladie grave. Pour ne pas passer à côté, il faut avoir recherché ces critères d'urgence. Une maladie circulatoire peut provoquer un malaise tel que : des troubles du rythme, de conduction, une embolie pulmonaire ou une dissection aortique. Il est donc nécessaire de prendre la pression artérielle et la fréquence cardiaque, mais aussi les pouls périphériques qui permettent de diagnostiquer s'il existe une dissociation électromécanique. De même, la recherche des signes de défaillance hémodynamique permettent d'évaluer la tolérance du malaise. Un malaise peut, également, être évocateur d'accident vasculaire cérébraux ou d'une convulsion dont nous avons vu plus haut la nécessité de les analyser. Un malaise ou une perte de connaissance est plus le reflet d'une pathologie cardiovasculaire ou neurologique que ventilatoire. Il pourrait paraître licite de se dispenser de rechercher des critères de gravité ventilatoires. Toutefois, comme nous l'avons vu précédemment, ces

trois appareils sont interconnectés et souvent la défaillance de l'un se révèle par son retentissement sur l'autre. Ainsi, lors d'un malaise, s'il est décrit une respiration stertoreuse suivant le malaise, cela peut évoquer une crise convulsive. Or si le médecin généraliste ne recherche pas des signes l'évoquant, il peut passer à côté du diagnostic. De même, une embolie pulmonaire pourra provoquer un malaise, dans un contexte de dyspnée simple. Cependant, si le médecin n'évalue pas la saturation en oxygène, la fréquence respiratoire ou des signes de détresse, il pourra conclure à tort à un malaise banal.

4.5. Troubles psychiatriques

Deux patients furent adressés pour des problèmes d'origine psychiatrique. Un des patients bénéficia d'une recherche des signes cliniques de gravité hémodynamiques et neurologiques, qui étaient tous deux normaux. Le reste ne fut pas recherché. Le deuxième patient n'eut aucun bilan.

Comme pour les neuropathies circonscrites, on pourrait penser qu'il est facile de sursoir au reste du bilan. Cependant la première chose que le psychiatre demande à un urgentiste quand il est appelé pour un avis, est : « existe-t-il quelque chose d'organique ? ». Par conséquent, la première chose qu'un médecin généraliste pourrait faire, avant d'adresser un patient aux urgences pour un problème psychiatrique, est de réaliser un examen stéréotypé, comme proposé dans la méthode « ABCDEF » (SDIS 87, 2014,), pour éliminer une organicité. En effet, pour conclure à un trouble psychiatrique, il faut avoir éliminé le somatique. De plus, même si la pathologie s'avère bien d'origine psychiatrique, il ne faudra pas non plus, passer à côté d'une exacerbation du trouble lié, par exemple, à une intoxication aiguë. Il faudra alors rechercher les critères d'urgence cliniques neu-

rologiques, circulatoires, ventilatoires et autres, secondaires à une intoxication aiguë d'un malade psychiatrique.

5. Pathologies associées

5.1. Les traumatismes

Six personnes furent adressées pour des suspicions de fractures et deux pour des plaies. Trois de ces patients n'ont bénéficié d'aucun examen et ont été directement adressés aux urgences. L'un d'eux fut adressé un mois après le traumatisme aux urgences pour la suspicion de fracture du poignet. Un mois après le traumatisme, il n'existe plus d'urgence. La fracture, si elle existe, a déjà commencé à se consolider. Le bilan radiologique peut être fait en externe par ce médecin et qui orientera secondairement vers un spécialiste en cas de fracture.

25% de ces patients, tous confondus, ont eu une recherche des signes d'urgence ventilatoires, 62.5% des paramètres hémodynamiques et 50% des paramètres neurologiques.

Lors des traumatismes et des suspicions de fracture, la gravité du trouble est déterminée par la possible atteinte vasculonerveuse. Les critères cliniques recherchés par les médecins généralistes sont encore incomplets. En effet, les pouls périphériques et le déficit nerveux localisé ne furent recherchés que chez trois patients. Or, le pronostic fonctionnel est lié à l'atteinte vasculaire et/ou nerveuse.

5.2. Pathologies abdominopelviennes

En cas de suspicion de colique néphrétique, il existe quatre critères d'hospitalisation : l'anurie, l'hyperthermie, l'hyperalgie, et la grossesse (Conférence de consensus de la société francophone d'urgence médicale, 1999).

Aucun des deux premiers critères n'a été recherché. Un des deux patients fut adressé aux urgences car il semblait présenter l'hyperalgie, cependant, il était simplement traité par l'association doliprane® et spasfon®. Peut-être qu'une majoration du traitement antalgique, avant de passer par la case urgence aurait permis de l'éviter.

La fièvre n'est pas en elle-même un critère de gravité mais signifie juste que le système inflammatoire fait face à une possible infection. La défense ou la contracture abdominale sont le témoin d'une irritation péritonéale. Il s'agit donc d'un processus intraabdominal suffisamment avancé nécessitant une exploration plus poussée. Les critères hémodynamiques, ventilatoires ou neurologiques ne sont pas au premier plan dans ces cas-là, mais ils seraient à rechercher si les pathologies abdominales se compliquaient, par un choc, par exemple. Le diagnostic et la tolérance seraient donc évalués par des critères cliniques d'urgence.

5.3. Les infections

Plusieurs données entrent en jeu pour déterminer les facteurs de risques d'une infection grave : des déterminants personnels comme un déficit immunitaire, des déterminants environnementaux, des déterminants liés au germe en lui-même. Cette étude n'est pas là pour identifier ces facteurs mais pour évaluer les signes

cliniques de gravité d'une infection. Ces signes sont : le choc septique, les troubles de la conscience et les troubles hématologiques.

Tableau 14: Signes cliniques de défaillance d'organes au cours d'un choc septique

| |
|---|
| Indice de gravité : |
| <u>Défaillance cardio-vasculaire</u> : Présence d'un ou de plusieurs des symptômes suivants : fréquence cardiaque < 55/min, pression artérielle systolique < 80 mm Hg, tachycardie et/ou fibrillation ventriculaire, pH artériel < 7,25 avec PaCO ₂ < 50 mm Hg |
| <u>Défaillance respiratoire</u> : Présence d'un ou de plusieurs des symptômes suivants : rythme respiratoire spontané < 5/min ou ≥ 50/min, PaCO ₂ > 50 mm Hg, différence alvéolo-artérielle en O ₂ > 350 mm Hg, dépendance du respirateur ou de la VS-PEP (respiration spontanée ne pression positive) le 2ème jour de l'hospitalisation |
| <u>Défaillance rénale</u> : Présence d'un ou de plusieurs des symptômes suivants en l'absence d'hémodialyse chronique préalable : débit urinaire < 480 ml/24 h ou < 160 ml/8 h, urée sanguine > 1,20 g/l (20 mmol/l), créatininémie > 35 mg/l (310 µmol/l) |
| <u>Défaillance hématologique</u> : Présence d'un ou de plusieurs des symptômes suivants : globules blancs < 1 000/mm ³ , plaquettes < 20 000/ mm ³ , hémocrite < 20% |
| <u>Défaillance neurologique</u> : Le score de Glasgow ≤ 7 correspond à un coma |
| <u>Défaillance hépatique</u> : Présence d'un ou de plusieurs des symptômes suivants : TP < 15 % avec facteur V < 40 %, Bilirubinémie totale > 60 mg/l (100 µmol/l) |

(Pilly E, 2002,)

Beaucoup de ces signes ne sont pas cliniques, mais paracliniques. Ils peuvent toutefois être connus et recherché par le médecin généraliste afin d'aider à sa prise en charge.

5.4. Altération de l'état général/chute

Définition de l'altération de l'état général (AEG) désigne un syndrome associant trois signes cliniques :

- anorexie : diminution ou perte de l'appétit ;
- asthénie : fatigue générale ;
- amaigrissement : perte de poids supérieure ou égale à 5 % du poids habituel.

Cette altération de l'état général peut être le seul signe révélateur de nombreuses maladies organiques. Elle témoigne d'une détérioration de l'état de santé global de l'individu.

Deux patients furent adressés pour AEG.

L'un d'eux ne présentait pas de traumatisme crânien. Sa fréquence respiratoire était à 18 par minute, sa fréquence cardiaque à 110 par minute, sa pression artérielle à 130/70 mm Hg. Il présentait aussi une cyanose des extrémités, un abdomen tendu. Son examen neurologique était normal. Seules la pression artérielle (120/70 mm Hg) et la fréquence cardiaque (80/minute) ont été recherchées chez le deuxième patient.

Alors que celui-ci est adressé pour chute avec altération de l'état général, il n'y a eu aucune recherche de signes de traumatisme crânien. Or un traumatisme crânien qualifié de léger, n'est pas pour autant bénin. En effet, des complications

peuvent se manifester à plus ou moins long terme et donc expliquer « l'altération de l'état général » pour lequel ce patient est adressé aux urgences.

Ce terme « d'altération de l'état général » n'est pas toujours utilisé au sens strict du terme. Souvent, ces patients sont adressés sans que le problème soit identifié. Toutefois, le service des urgences n'est pas la porte d'entrée de l'hôpital. Par conséquent, adresser un patient aux urgences sans avoir recherché s'il y a des critères d'urgence semble incohérent. Si certains des critères cliniques ont été recherchés mais normaux, comme c'est le cas pour le deuxième patient, pour quoi l'envoyer aux urgences ? En effet, l'altération de l'état général n'apparaît que rarement en 1 jour. Une hospitalisation programmée semble plus opportune, si elle est nécessaire. En revanche, même si cette qualification « d'altération de l'état général » semble utilisée abusivement, le premier patient possède des critères cliniques anormaux qui nécessitent une prise en charge rapide par principe de précaution.

5.5. Placements

En médecine, le terme de placement signifie qu'une personne, le plus souvent âgée, nécessite d'entrer dans une structure médicalisée. En effet, celle-ci lui fournira l'aide nécessaire car le maintien à domicile est impossible.

Deux patients furent envoyés aux urgences pour placement. Aucun des deux n'a eu d'examen clinique. Il semble donc que ces patients soient adressés aux urgences sans pouvoir justifier leurs entrées. De plus, un patient âgé, fragile est institutionnalisé car son environnement n'est plus adapté. Or, s'il est adressé aux urgences, il risque de rester longtemps, et par la même de développer un syndrome confusionnel. Enfin, un problème de placement n'est pas un problème

aigu. Mais une situation qui s'installe progressivement. Il n'y a donc pas d'indication à un passage par les urgences. De plus, le médecin généraliste, autrement appelé médecin de famille, a pour rôle de concentrer toutes les informations médicales afin de gérer les problèmes médicaux sociaux divers. Donc dans cette situation, l'anticipation est un des rôles majeurs du médecin généraliste.

5.6. Analyse biologique

Un seul patient a été adressé aux urgences pour des analyses anormales. Il présentait une cytolysé hépatique. Aucun examen ne fut réalisé. On ignore s'il s'agit d'une situation chronique ou aigüe. Il est évident qu'un avis spécialisé est certainement plus rapidement obtenu si on adresse un patient aux urgences plutôt que d'attendre une hospitalisation programmée. Toutefois justifier cette hospitalisation semble délicat étant donné qu'aucun examen clinique n'a été réalisé.

5.7. Autres

Définition de la parotidite chronique : La sialite pseudo-allergique est une entité particulière et souvent méconnue qui entraîne une errance thérapeutique allant parfois jusqu'à la consultation psychiatrique. Il s'agit de l'apparition d'un gonflement d'une ou plusieurs glandes, parfois douloureux lors des prises alimentaires ou des stimulations gustatives. Mais la maladie entraîne surtout un prurit (démangeaisons) important des régions salivaires obligeant à l'arrêt de l'alimentation. La glande se comporte donc comme si elle était « allergique » au simple fait de saliver. Tant les glandes parotides que submandibulaires peuvent être touchées. Même si la maladie a une corrélation directe avec le stress, les

lésions glandulaires sont bien réelles et une prise en charge médicale spécifique et de longue durée est indispensable. (Guerre A., s.d.)

Le seul patient adressé aux urgences pour cette pathologie n'a bénéficié d'aucune recherche des critères cliniques d'urgence. De plus, il s'agit d'une maladie chronique, donc à priori pas d'un problème aigu. Enfin, c'est une pathologie méconnue, que visiblement ce médecin généraliste connaît. Cependant il adresse ce patient à des urgentistes qui peuvent la méconnaître. Encore une cause d'errance médicale !

Pour terminer, un patient fut adressé aux urgences pour une xérostomie associée à une aggravation de la fonction rénale du patient en deux mois. Chez ce patient, seuls les paramètres hémodynamiques furent étudiés et normaux. La xérostomie peut être une manifestation de problèmes rénaux, mais peut aussi se constater au cours de pathologies qui s'associent à une insuffisance rénale. En deux mois la valeur de la créatinine de ce patient est passée de 45 $\mu\text{mol/l}$ à 150 $\mu\text{mol/l}$. L'hospitalisation via les urgences semble pertinente. En effet, il convient d'éliminer des complications aiguës de l'insuffisance rénale nécessitant une épuration extrarénale aiguë (Vinsonneau, s.d.), comme l'hyperkaliémie. Il s'agit aussi de déterminer l'origine de l'insuffisance rénale et de lever un obstacle des voies excrétrices urinaires, en urgence, si besoin. L'orientation du patient semble donc justifiée mais une évaluation des autres critères d'urgence aurait dû être réalisée. Une encéphalopathie hyperurécémique peut compliquer une insuffisance rénale aiguë. Elle nécessite une épuration extrarénale en urgence. Les critères neuropsychiatriques doivent être recherchés pour permettre une prise en charge initiale optimale. De même, cette insuffisance rénale peut se compliquer d'une acidose métabolique nécessitant l'épuration extrarénale. Cette acidose peut se manifester par une dyspnée de Kussmaul, affectant les différents critères ventilatoires qui n'ont donc pas été recherchés.

V CONCLUSION :

L'urgence médicale ou chirurgicale est une pathologie qui peut s'aggraver avec ou sans l'intervention médicale.

Parmi tous les patients vu chaque jours par leurs médecins traitants, il est donc important de savoir détecter ces situations à risque. C'est pourquoi ce travail s'est intéressé à la détection de ces urgences par le médecin généraliste. Il s'agissait d'observer les critères cliniques recueillis par les médecins traitants pour évaluer une urgence médicochirurgicale. Il ne s'agissait pas de remettre en cause l'orientation de ces patients vers les services d'urgences.

Ce travail a montré que la majorité des médecins généralistes n'évaluent pas la plupart des « constantes » ou plutôt des « variables » vitales chez les patients qu'ils adressent aux services d'accueil des urgences, en particulier les paramètres ventilatoires.

Or, un examen complet permettrait une meilleure prise en charge des patients. Comme nous l'avons vu, chaque appareil et système physiologique du corps humain peut influencer le fonctionnement d'un autre appareil.

De plus, en ces temps procéduriers, cela permettrait certainement d'éviter quelques conflits juridiques. Car en effet, certains patients sont aussi adressés aux urgences par peur de représailles si leur prise en charge ne les satisfaisait pas.

Cette situation peut-elle s'expliquer par un manque de formation des médecins généralistes à l'évaluation d'une situation urgente ?

Le faible taux de participation à cette étude est regrettable, dommageable et pose question.

La méthode « ABCDEF » pourrait leur servir afin de réaliser un examen complet, dynamique et permettre une prise en charge plus efficace.

Enfin, on pourrait imaginer un système tel qu'une règlette récapitulant les différents items à rechercher et dont on pourrait tirer une languette laissant apparaître les valeurs normales des différentes données.

Bibliographie

Bruno Besse, N. L. e. D. A., 2008. *Cardiologie et maladie vasculaire*. s.l.:KB.

Conférence de consensus de la société francophone d'urgence médicale, 1999. « *PRISE EN CHARGE DES COLIQUES NEPHRETIQUES DE L'ADULTE DANS LES SERVICES D'ACCUEIL ET D'URGENCES*. Marseille, s.n.

Guerre A., s.d. *Pathologie des glandes salivaires*, Paris: s.n.

<http://fr.wikipedia.org>, 2014,. *Anémie*,. [En ligne]

Available at: <http://fr.wikipedia.org>,

[Accès le juillet, 2014,].

<http://fr.wikipedia.org>, 2014,. *Médecine générale*,. [En ligne]

Available at: <http://fr.wikipedia.org>

[Accès le 20 juillet, 2014,].

<http://fr.wikipedia.org>, 2014,. *Sciatique*,. [En ligne]

Available at: <http://fr.wikipedia.org>,

[Accès le 2014, juillet,].

<http://fr.wikipedia.org>, 2014. *urgences*. [En ligne]

Available at: <http://fr.wikipedia.org>

[Accès le 20 juillet 2014].

Michèle Génestal, O. A., s.d. *Détresse respiratoire aigue de l'adulte*, TOULOUSE,CHU Purpan: s.n.

Ministère de la santé, 2009,. *Traumatisme cranien bénin*,. [En ligne]

Available at: <http://www.sfm.u.org>

[Accès le juillet 2014].

Nicolas Danziger, S. A., 2006. *Neurologie*. s.l.:Med line.

Olivier Blétry, J. C. R. L., 1995. *Redécouvrir l'examen clinique. Clé du diagnostic*,. Paris: Doin éditeurs.

Pauwels RA, B. A. C. P. J. C. H. S. G. S. C., 2001. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary.. *American Journal of respiratory and critical care medicine*,.

Pilly E, 2002,. *Maladies infectieuses et tropicales*. s.l.:Popi.

Roupie E., 2006,. *Médecine d'urgence, pneumopathie communautaire de l'adulte*,. s.l.:Elsevier Masson SAS,.

SDIS 87, 2014,. *Méthode ABCDEF*,. LIMOGES,: s.n.

Société de pneumologie de langue française, 2009,. *Prise en charge de la BPCO*,, s.l.: Elsevier Masson,.

Société française de Cardiologie, 2007,. *Insuffisance cardiaque*,. s.l.:Elsevier Masson,.

Taytard A., 1997, 2013, . *Exacerbation de la BPCO, Evaluation de la gravité*,. [En ligne] [Accès le juillet, 2014].

Vinsonneau, C., s.d. *Quand débiter l'épuration extra*,. s.l.:s.n.

Ware L.B, M. M., 2000. The Acute Respiratory Distress Syndrome. *The New England journal of medicine*.

Table des annexes

| | |
|---|----|
| Annexe1. Carte du Limousin..... | 93 |
| Annexe 2. Critères cliniques qui poussent les médecins traitants à adresser leurs patients aux urgences | 94 |
| Annexe 3. Critères cliniques qui poussent les médecins traitants à adresser leurs patients aux urgences | 96 |

ANNEXE 1 :

Carte du Limousin



ANNEXE 2 :

Critères cliniques qui poussent les médecins traitants à adresser leurs patients aux urgences :

MOTIFS D'ORIENTATION AUX URGENCES :

| | | |
|--------------|--------------|--------------|
| Patient 1 : | patient 2 : | patient 3 : |
| Patient 4 : | patient 5 : | patient 6 : |
| Patient 7 : | patient 8 : | patient 9 : |
| Patient 10 : | patient 11 : | patient 12 : |

TRAUMATISME CRANIEN :

| | | |
|--------------|--------------|--------------|
| Patient 1 : | patient 2 : | patient 3 : |
| Patient 4 : | patient 5 : | patient 6 : |
| Patient 7 : | patient 8 : | patient 9 : |
| Patient 10 : | patient 11 : | patient 12 : |

VENTILATION : FR, SpO2, signes de détresse respiratoire, signes d'hypercapnie :

| | | |
|--------------|--------------|--------------|
| Patient 1 : | patient 2 : | patient 3 : |
| Patient 4 : | patient 5 : | patient 6 : |
| Patient 7 : | patient 8 : | patient 9 : |
| Patient 10 : | patient 11 : | patient 12 : |

HEMODYNAMIQUE : FC, TA, signes de défaillance hémodynamique :

| | | |
|--------------|--------------|--------------|
| Patient 1 : | patient 2 : | patient 3 : |
| Patient 4 : | patient 5 : | patient 6 : |
| Patient 7 : | patient 8 : | patient 9 : |
| Patient 10 : | patient 11 : | patient 12 : |

NEUROLOGIE /AUTRES:(Glasgow, pupilles, déficit, comportement, examen abdominal, fractures, plaies, hyperthermie...)

| | | |
|-------------|--------------|--------------|
| Patient 1 : | patient 2 : | patient 3 : |
| Patient 4 : | patient 5 : | patient 6 : |
| Patient 7 : | patient 8 : | patient 9 : |
| Patient 10 | patient 11 : | patient 12 : |

AIDES : BU, ECG , oxymétrie de pouls, glycémie capillaire, PEC pré-hospitalière :

| | | |
|-------------|--------------|--------------|
| Patient 1 : | patient 2 : | patient 3 : |
| Patient 4 : | patient 5 : | patient 6 : |
| Patient 7 : | patient 8 : | patient 9 : |
| Patient 10 | patient 11 : | patient 12 : |

PATIENTS : âge, sexe, profession, famille, croyance, ATCD :

| | | |
|-------------|--------------|--------------|
| Patient 1 : | patient 2 : | patient 3 : |
| Patient 4 : | patient 5 : | patient 6 : |
| Patient 7 : | patient 8 : | patient 9 : |
| Patient 10 | patient 11 : | patient 12 : |

Caractéristiques du médecin généraliste : âge, sexe, année de thèse et d'installation, diplômes complémentaires :

Merci pour votre participation

ANNEXE 3 :

| <u>PATIENTS</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <u>CRITERES</u> | | | | | | | | |
| <u>MOTIFS D'ORIENTATION AUX URGENCES</u> | | | | | | | | |
| <u>TRAUMATISME CRANIEN/LIBERTE DES VOIES AERIENNES</u> | | | | | | | | |
| <u>VENTILATION</u> (FR, SpO2, signes de détresse respiratoire, signes d'hypercapnie) | | | | | | | | |
| <u>HEMODYNAMIQUE</u> (FC, TA, signes de défaillance hémodynamique) | | | | | | | | |
| <u>NEUROLOGIE /AUTRES</u> (glasgow, pupilles, déficit, comportement, examen abdominal, fractures, plaies, hyperthermie...) | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p><u>AIDES</u></p> <p>(BU, ECG, oxymétrie de pouls, glycémie capillaire, PEC pré-hospitalière)</p> | | | | | | | | |
| <p><u>PATIENTS</u></p> <p>(âge, sexe, profession, situation familiale, croyances/culture, ATCD)</p> | | | | | | | | |

CARACTERISTIQUES DU MEDECIN :

Table des illustrations

| | |
|---|----|
| Figure 1: Taux de participation des médecins généralistes à l'étude | 25 |
| Figure 2: Taux de participation à l'étude selon le sexe | 27 |
| Figure 3: Proportion des patients adressés aux urgences en fonction de l'âge..... | 28 |
| Figure 4: Répartition des différentes pathologies..... | 29 |
| Figure 5: Proportion des différentes pathologies associées | 30 |
| Figure 6: Signes cliniques de traumatisme crânien..... | 31 |
| Figure 7: Autres signes cliniques au cours des traumatismes crâniens | 32 |
| Figure 8: Signes cliniques de troubles ventilatoires | 34 |
| Figure 9: Autres signes cliniques au cours de troubles ventilatoires | 35 |
| Figure 10: Signes cliniques de pathologies hémodynamiques..... | 39 |
| Figure 11: Autres signes cliniques aux cours des pathologies hémodynamiques | 40 |
| Figure 12: Signes cliniques neurologiques aux cours des pathologies neurologiques..... | 44 |
| Figure 13: Autres signes cliniques aux cours des pathologies neurologiques | 45 |
| Figure 14: Autres signes cliniques aux cours des pathologies associées | 48 |
| Figure 15: Autres signes cliniques aux cours des traumatismes | 49 |
| Figure 16: Autres signes cliniques aux cours des pathologies abdomino-pelviennes | 51 |
| Figure 17: Autres signes cliniques aux cours des infections | 52 |
| Figure 18: Proportion de la recherche des différents signes cliniques quel que soit la pathologie | 54 |

Table des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1: Méthode ABCDEF | 23 |
| Tableau 2: Caractéristiques des troubles ventilatoires au cours des pathologies ventilatoires..... | 36 |
| Tableau 3: Caractéristiques hémodynamiques au cours des pathologies ventilatoires..... | 37 |
| Tableau 4: Caractéristiques neurologiques au cours des pathologies ventilatoires..... | 38 |
| Tableau 5: Caractéristiques des signes hémodynamiques aux cours de pathologies cardiovasculaires/hémorragiques | 41 |
| Tableau 6: Caractéristiques des signes ventilatoires aux cours des pathologies hémodynamiques.... | 42 |
| Tableau 7: Caractéristiques des signes neurologiques aux cours des pathologies hémodynamiques. | 42 |
| Tableau 8: Caractéristiques neurologiques aux cours des pathologies neurologiques | 46 |
| Tableau 9: Caractéristiques hémodynamiques aux cours des pathologies neurologiques | 46 |
| Tableau 10: Caractéristiques ventilatoires aux cours des pathologies neurologiques | 47 |
| Tableau 11: Facteurs de risques de complication d'un traumatisme crânien | 56 |
| Tableau 12: Critères d'hospitalisation d'une pneumopathie | 60 |
| Tableau 13: Classification NYHA de l'insuffisance cardiaque..... | 67 |
| Tableau 14: Signes cliniques de défaillance d'organes au cours d'un choc septique | 83 |

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 le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Marion LACOURT

Recueil et observation des critères cliniques d'urgence des patients adressés aux urgences par leurs médecins traitants

Résumé :

La prise en charge des urgences en médecine d'urgence est une situation complexe.

L'étude réalise un recueil de données cliniques des patients adressés aux dans un service d'accueil des urgences du Limousin, par leurs médecins traitants.

Une discussion remet en question la présence ou l'absence de la recherche de certains critères cliniques d'urgence, selon la pathologie suspectée.

Enfin, cette étude propose une méthode dynamique pour examiner ces patients aux médecins généralistes.

Mots-clés : URGENCES/ CRITERES CLINIQUES/ MEDECINE GENERALE/
LIMOUSIN

MEDECINE GENERALE

UNIVERSITE DE LIMOGES, FACULTE DE MEDECINE, 2 RUE DU DOCTEUR MARCLAND 87025 LIMOGES CEDEX