



HAL
open science

Caractéristiques des venues non programmées aux urgences gynécologiques et obstétricales du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble : étude rétrospective sur les semaines 13 et 38 de l'année 2011

Marianne Marco

► **To cite this version:**

Marianne Marco. Caractéristiques des venues non programmées aux urgences gynécologiques et obstétricales du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble : étude rétrospective sur les semaines 13 et 38 de l'année 2011. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00743708

HAL Id: dumas-00743708

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00743708>

Submitted on 19 Oct 2012

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

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



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENoble
MEDECINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**CARACTERISTIQUES DES VENUES NON PROGRAMMEES
AUX URGENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE**

Etude rétrospective sur
les semaines 13 et 38 de l'année 2011

Mémoire soutenu le 31 mai 2012

Par MARCO Marianne

Née le 27 août 1988

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2012

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**CARACTERISTIQUES DES VENUES NON PROGRAMMEES
AUX URGENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE**

Etude rétrospective sur
les semaines 13 et 38 de l'année 2011

Mémoire soutenu le 31 mai 2012

Par MARCO Marianne

Née le 27 août 1988

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2012

Je remercie les membres du Jury,

Mme le Dr Pascale HOFFMANN, MCU-PH en Gynécologie Obstétrique au CHU de Grenoble, Président du Jury ;

Mme le Dr Eveline BANGUID, Médecin - Chef de service adjoint au Service Protection Maternelle et Infantile ;

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-Femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, représentée par Mme Nadine VASSORT, Sage-Femme enseignante cadre supérieure ;

Mme Claudine MARTIN, Sage-Femme enseignante à l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble ;

Mme Geneviève ARDAILLON, Sage-Femme au CHU de Grenoble.

Je remercie plus particulièrement,

Mme le Dr Elodie SELLIER, Assistante hospitalo-universitaire en Santé Publique au
CHU de Grenoble, directrice de ce mémoire,
pour son aide précieuse, sa disponibilité et ses encouragements;

Mme Claudine MARTIN, Sage-Femme enseignante à l'Ecole de Sages-Femmes de
Grenoble,
pour ses observations, sa disponibilité et son soutien ;

Mme Claire BAUDON, Sage-Femme enseignante à l'Ecole de Sages-Femmes de
Grenoble,
pour son encadrement durant ma formation.

Table des matières

1. ABREVIATIONS	1
2. INTRODUCTION	2
3. MATERIEL ET METHODE.....	3
3.1. Site de l'étude.....	3
3.2. Population	4
3.3. Recueil des données.....	4
3.4. Critères de jugement	6
3.5. Traitement des données et analyses statistiques.....	6
4. RESULTATS.....	7
4.1. Population étudiée.....	7
4.2. Caractéristiques générales.....	9
4.3. Motifs de venue	10
4.4. Caractéristiques du parcours de soin	11
4.5. Examens complémentaires et traitement	12
4.6. Suivi lors d'un retour à domicile.....	14
5. DISCUSSION.....	15
5.1. Analyse et comparaison avec la littérature	15
5.2. Qualité des résultats et limites de l'étude	19
5.3. Proposition	20
6. CONCLUSION	23
7. REFERENCES	24
ANNEXE I.....	28
ANNEXE II.....	29
ANNEXE III.....	31
ANNEXE IV :	35
ANNEXE V :	36
RESUME	37

1. ABREVIATIONS

β -HCG : sous-unité bêta de l'hormone Chorionique Gonadotrope Humaine

CH/CHU : Centre Hospitalier /Centre Hospitalier Universitaire

DMO : Dossier Médical Obstétrical

DMIN : Dossier Médical Informatisé

ERCF : Enregistrement du Rythme Cardiaque Foetal

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HCE : Hôpital Couple Enfant

HDJ : Hospitalisation de Jour

IDG : Interne de Garde

IIQ : Intervalle Inter Quartile

MDG : Médecin de Garde

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RAD : Retour à Domicile

SA : Semaines d'Aménorrhée

SAUGO : Service d'Accueil des Urgences Gynécologiques et Obstétricales

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et Réanimation

UTAP : Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal

2. INTRODUCTION

La gestion du nombre croissant des patients au sein des structures d'urgence est devenue une difficulté récurrente dans de nombreux établissements.

En France, le nombre annuel de passages aux urgences a plus que doublé entre 1990 et 2007 (de 7 à 16,5 millions)¹. Par ailleurs, le plan « Urgences² » (2003) a permis de moderniser la chaîne des urgences et de limiter son encombrement^{1,2,3}.

En 2009 le Service d'Accueil des Urgences Gynécologiques et Obstétricales (SAUGO) a été créé au sein de l'Hôpital Couple Enfant (HCE) de Grenoble avec pour objectifs : rapidité d'intervention, sécurité et efficacité et pour principes : accueillir les patients 24 heures sur 24, assurer les soins pour tous, les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des patients, orienter si besoin. Une patiente prise en charge au SAUGO de l'HCE de Grenoble bénéficie systématiquement d'une consultation lors de laquelle des examens complémentaires (biologie, imagerie, Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal (ERCF)) peuvent être réalisés et des traitements peuvent être instaurés. Des salles de pré-travail sont prévues pour les expectantes (patientes qui attendent) et permettent de surveiller les débuts de travail, de réaliser ou d'attendre d'autres examens complémentaires et de mettre en place des traitements. A l'issue de cette consultation la patiente se verra proposer un retour à domicile, un transfert vers un autre secteur ou une hospitalisation dans un service (gynécologie, médecine materno-fœtale, salle d'accouchement).

Lors de la visite de certification de 2010 (mise en œuvre par la Haute Autorité de Santé depuis 1996)⁴, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble a été noté C⁵ (estimation du niveau de qualité de l'établissement sur une échelle A-B-C-D)⁴ pour le critère 25a : « Prise en charge des urgences et des soins non programmés ». Ce critère fait aussi parti des Pratiques Exigibles Prioritaires, applicables en médecine, chirurgie et obstétrique, pour lesquelles des attentes particulièrement signalées sont exprimées. Des progrès sont donc à réaliser.

Ce type de structure d'urgence est en essor. En effet beaucoup d'autres Centres Hospitaliers (CH) tels que ceux d'Orléans, de Lyon, Marseille, Montpellier ou Rennes ont ainsi développé un tel service. Bien que quelques travaux se soient attachés à analyser l'activité des urgences gynécologiques^{6,7}, à notre connaissance, aucune étude

ne portait sur les caractéristiques, l'activité et le fonctionnement des urgences obstétricales. Or il est important de pouvoir caractériser les motifs d'admission, les caractéristiques des patientes se présentant aux urgences afin de proposer des solutions d'amélioration organisationnelle si besoin.

L'objectif de l'étude était de décrire les caractéristiques principales des venues non programmées du SAUGO afin d'améliorer le fonctionnement des urgences gynécologiques et obstétricales.

3. MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective monocentrique, à visée descriptive.

3.1. Site de l'étude

L'étude a été menée au sein du SAUGO de l'HCE de Grenoble (maternité de niveau III). L'HCE de Grenoble regroupe les activités de génétique, médecine et biologie de la reproduction, de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie et de pédiatrie, il comporte 250 lits et places et a totalisé 2700 accouchements en 2011. Le SAUGO est accessible 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Il possède cinq salles d'examen. Les urgences obstétricales concernent toutes les venues de femmes enceintes de plus de 18 SA et sont gérées par une sage-femme. Les urgences gynécologiques concernent toutes les venues de femmes non enceintes ou enceintes de moins de 18 SA et sont gérés par un interne en médecine générale du lundi au vendredi en journée et le samedi matin. Les nuits et le week-end, les urgences gynécologiques sont assurées par l'Interne de Garde (IDG) en gynécologie-obstétrique, qui est aussi de garde en salle d'accouchement. Le Médecin -gynécologue obstétricien- de Garde (MDG) en salle d'accouchement peut être sollicité à tous moments et supervise les internes.

La sage-femme et l'interne sont tous deux aidés par des stagiaires, respectivement par des étudiants en maïeutique et en médecine. Une auxiliaire de puériculture gère les entrées administratives, les pleins des salles d'examen...

3.2. Population

Toutes les venues au SAUGO du 28 mars au 3 avril 2011 (semaine n°13) et du 19 au 25 septembre 2011 (semaine n°38) ont été recueillies. Ces semaines ont été choisies aléatoirement sur deux périodes différentes de l'année, hors vacances scolaires et ne comportaient pas de jours fériés. On a estimé qu'il fallait 300 observations pour avoir une précision de +/- 6% autour d'un pourcentage de 50% pour l'ensemble de nos critères.

Ont été exclues de l'étude toutes les venues « programmées », c'est-à-dire, pour lesquelles les patientes ont été convoquées ou reconvoquées au sein du SAUGO (déclenchement au Syntocinon®, consultation préopératoire, suivi d'une fausse-couche, suivi d'une grossesse extra-utérine, contrôle échographique) ou lorsque la consultation relevait du suivi habituel et/ou non urgent de la parturiente (consultation mensuelle, consultation de terme, consultation acupuncture, surveillance pathologique).

3.3. Recueil des données

Deux sources de données s'offraient à nous pour répertorier l'ensemble des venues sur les deux semaines sélectionnées : le registre d'accueil des urgences (Annexe I), rempli à la main par le personnel du SAUGO, lors de la présentation de chaque patiente ou le fichier informatique (enregistrement automatique de la patiente d'après l'unité fonctionnelle choisie par la personne qui réalise l'entrée administrative : « Consultations Urgences Obstétricales » - 4293 - et « Consultations Urgences Gynécologiques » - 4292 -). Cependant, le registre d'accueil des urgences comporte toutes les venues quelle que soit l'issue de la consultation alors que le fichier informatique permet de recueillir uniquement les patientes dont l'issue est le Retour à Domicile (RAD). Nous avons donc utilisé le registre comme source principale et vérifié son exhaustivité par le croisement des venues avec celles inscrites sur le fichier informatique. Ainsi, nous avons mis en évidence que certaines venues n'étaient pas inscrites sur le registre. Les données ont été complétées à l'aide de la consultation du Dossier Médical Obstétrical (DMO) pour les venues obstétricales et du Dossier Médical Informatisé (DMIN) pour les venues gynécologiques.

Ont été recueillis :

- les caractéristiques générales : elles comprenaient l'âge, la parité, l'âge gestationnel, le praticien réalisant la consultation, le professionnel intervenant lorsqu'un avis est demandé.

- le praticien adressant la patiente au SAUGO, quatre catégories ont été créées : le personnel travaillant à l'HCE regroupe la sage-femme de consultation, la sage-femme échographiste, la sage-femme de l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal (UTAP), le diabétologue, l'obstétricien. Les professions libérales ou les professionnels travaillant dans une structure indépendante du CHU regroupaient la sage-femme libérale, la sage-femme de Protection Maternelle et Infantile (PMI), le médecin traitant, le gynécologue et l'échographiste. Les structures d'urgence regroupaient le SAMU, les pompiers, le pôle des urgences, les urgences chirurgicales, les urgences médicales. La catégorie « autre » regroupait le laboratoire et la venue en ambulance.

- la répartition des venues : elle a été déterminée en fonction de la majoration réglementaire. Les horaires de garde se trouvaient donc être les dimanches, les jours fériés et en semaine de 20h à 8h.

- le temps d'attente : il a été estimé par la différence entre l'heure d'ouverture de la consultation et l'heure d'arrivée notée sur la feuille d'accueil. Lorsque l'heure d'arrivée n'était pas inscrite, l'heure de la création de l'étiquette administrative était retenue. L'horaire de prise en charge de la patiente a été estimé à partir de l'horaire d'ouverture de la consultation du DMO ou du DMIN.

- la durée d'une consultation a été estimée par la différence entre l'heure de fin de consultation et l'heure d'ouverture de la consultation. L'heure de fin de la prise en charge a été estimée à partir de l'horaire de fermeture de la consultation du DMO ou du DMIN. Des valeurs aberrantes ont été retrouvées, elle a donc été analysée lorsqu'elle était supérieure à 20 minutes, ce qui a exclu 55 venues et lorsqu'elle était inférieure à 720 minutes soit 12 heures, ce qui a exclu 43 venues. Au total 98 venues n'ont pas été analysées pour ce critère.

- les examens complémentaires et le taux de traitement, les examens complémentaires recueillis étaient : sous-unité bêta de l'hormone Chorionique Gonadotrope Humaine (β -HCG) urinaire, Bandelette Urinaire, promtest, échographies, ERCF, dynamap, Electrocardiogramme, bilan sanguin, Prélèvement vaginal, Frottis

Cervico-Vaginal, protéinurie sur échantillon, Examen Cyto-Bactériologique des Urines, prélèvement sein.

- l'issue de la venue comprenait : le RAD, l'hospitalisation en service de gynécologie, l'hospitalisation en service de médecine materno-fœtale, l'hospitalisation en service en salle d'accouchement, le transfert dans un autre secteur et l'expectante.

Pour les venues ayant donné lieu à un RAD nous nous sommes interrogés sur :

- le suivi : il comprenait la prescription d'examen para-clinique ou d'arrêt de travail, la demande d'une convocation ultérieure, l'orientation de la patiente vers un autre professionnel de la santé.

3.4. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la fréquence de chaque motif de venue énoncé par la patiente à son arrivée. Le motif de recours retenu était celui rédigé en premier sur la consultation. Il est défini comme la raison, la plainte, ou le symptôme pour lequel le patient demande des soins⁸. Le classement des motifs (Annexe III) a été effectué d'après la Classification Internationale en Soins Primaires, 2^{ème} édition (Annexe II) de l'organisation mondiale de la médecine générale (WONCA).

Les critères de jugement secondaires étaient pour l'ensemble des venues non programmées : le praticien adressant la patiente, la répartition des venues, le temps d'attente, la durée médiane d'une consultation, le taux d'examens complémentaires réalisés, l'issue de la venue, le type de suivi proposé à l'issue de la venue.

3.5. Traitement des données et analyses statistiques

Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les proportions, les variables quantitatives continues et discrètes par la médiane et l'Intervalle Inter-Quartile (IIQ : 25^{ème} et 75^{ème} centiles).

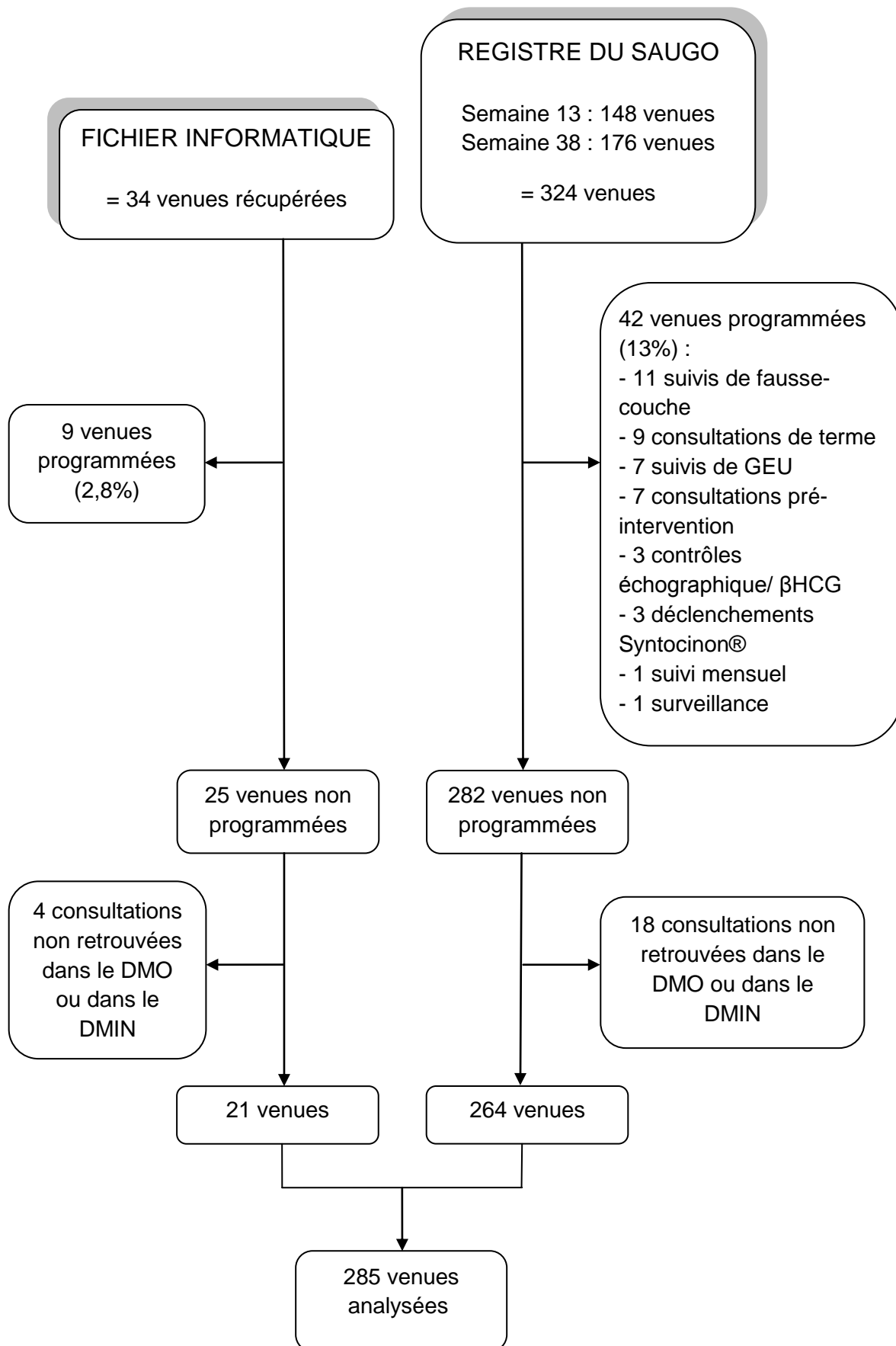
L'analyse statistique a été réalisée à partir du logiciel Statview. Les estimations sont encadrées d'un intervalle de confiance à 95%.

4. RESULTATS

4.1. Population étudiée

Sur les deux semaines étudiées nous avons relevé 324 venues d'après le registre du SAUGO et nous avons récupéré 34 venues avec le fichier informatique (Figure 1). Cela représente 358 venues au total (soit une moyenne de 26 consultations par jour) dont 51 venues programmées (14,2%). Ont été inclus 307 venues non programmées parmi lesquelles 22 consultations n'ont pas été retrouvées (7,2%). Nous avons donc analysé 285 venues non programmées soit une moyenne de 20 consultations par jour. Cela représentait 36,1% venues gynécologiques (N=103), soit 7,4 consultations par jour et 63,9% venues obstétricales (N=182) soit 14 consultations par jour.

Figure 1 : Organigramme de la population étudiée



4.2. Caractéristiques générales

L'âge médian des patientes était de 29 ans (IIQ : 24-34) (Tableau I). L'âge gestationnel médian pour lequel des patientes venaient consulter pour un motif obstétrical était de 37,2 SA (IIQ : 30,8-39,4).

Pour une consultation gynécologique, l'interne demandait un avis dans 14.9% des venues. Le professionnel intervenant pour cet avis était dans un tiers des cas un co-interne et dans les deux tiers restant le MDG. Pour une consultation obstétricale, la sage-femme demandait un avis ou une conduite à tenir une fois sur deux. Le praticien intervenant était principalement l'IDG, puis le MDG. Ils intervenaient tous les deux dans deux cas sur dix.

Tableau I : Caractéristiques générales des venues gynécologiques et obstétricales.

	Total N=285	Venues Gynécologiques N=103	Venues Obstétricales N=182
Age (années), médiane (IIQ)	29 (24-34)	27 (23-35)	30 (25-34)
Parité*, m (IIQ)	1 (0-2)	1 (0-2)	1 (0-2)
Age gestationnel* (SA), m (IIQ)		-	37,2 (30,8-39,4)
Praticien*, N (%)			
Médecin	1 (0,4%)	0	1 (0,5%)
Sage-femme	179 (63,3%)	0	179 (98,3%)
Interne	103 (36,4%)	101 (100%)	2 (1,1%)
Avis demandé à un autre professionnel, N (%)	107 (37,8%)	15 (14,9%)	92 (50,5%)
Professionnel donnant l'avis, N (%)			
IDG seul	50 (46,7%)	5 (33,3%)	45 (48,9%)
MDG seul	38 (35,6%)	10 (66,6%)	28 (30,4%)
IDG + MDG	19 (17,8%)	0	19 (20,7%)

*Parité : 12 valeurs non renseignées, Age gestationnel et Praticien : 2 valeurs non renseignées.

4.3. Motifs de venue

Les métrorragies concernaient plus d'un tiers des motifs des venues gynécologiques suivies par les douleurs abdomino-pelviennes dans 28,2% des cas. Les motifs des venues obstétricales étaient dominés par les symptômes ou plaintes liés au travail ou à l'accouchement qui atteignaient près de la moitié des venues (46,7%) (Tableaux II).

Tableaux II : Fréquence des motifs des venues non programmées au SAUGO pour chaque type de consultation.

Motifs gynécologiques	Total N=103 (%)	Motifs obstétricaux	Total N=182 (%)
Métrorragies	36 (35,0)	S/P liés au travail ou à l'accouchement	85 (46,7)
Douleurs abdomino-pelviennes	29 (28,2)	Rupture des membranes	32 (17,6)
S/P de la vulve	9 (8,7)	Douleurs abdomino-pelviennes	15 (8,2)
Infectieux	6 (5,8)	Demande/perturbation d'un examen para-clinique	14 (7,7)
Demande/perturbation d'un examen para-clinique	5 (4,9)	Cause fœtale/embryonnaire	8 (4,4)
Troubles digestifs	3 (2,9)	Troubles cardio-vasculaire	7 (3,8)
S/P du sein	3 (2,9)	Métrorragies	5 (2,7)
S/P Psychologique	3 (2,9)	S/P Psychologique	2 (1,1)
Cause fœtale/embryonnaire	2 (1,9)	Troubles digestifs	2 (1,1)
S/P liés au travail ou à l'accouchement	2 (1,9)	S/P de la vulve	1 (0,5)
Autre	5 (4,9)	Autre	11 (6,0)

Abréviations : S/P : Symptômes ou Plaintes

Les diagnostics n'étaient précisés clairement dans le dossier médical que pour 46% des venues (N=136).

4.4. Caractéristiques du parcours de soin

Dans près de neuf venues gynécologiques sur dix la patiente venait spontanément. Elle était envoyée principalement par une structure d'urgence (Tableau III). Dans près de huit venues obstétricales sur dix la parturiente venait spontanément. Elle était envoyée principalement par un professionnel travaillant à l'HCE et par un professionnel libéral.

La moitié des venues obstétricales et un tiers des venues gynécologiques étaient effectuées pendant les horaires de garde.

Le temps d'attente médian était d'une demi-heure. Une consultation gynécologique durait près d'une heure et une consultation obstétricale près d'une heure vingt.

Pour l'ensemble des venues le RAD représentait près de deux tiers des issues et l'hospitalisation près d'un tiers. Pour les venues gynécologiques, huit patientes sur dix sont retournées à domicile et 15.5% ont été hospitalisées (principalement en gynécologie - Annexe IV -). Pour les venues obstétricales on relevait la moitié de RAD et quatre hospitalisations sur dix issues (principalement en salle d'accouchement et en médecine materno-fœtale - Annexe IV -).

Tableau III : Caractéristiques du parcours de soin des venues gynécologiques et obstétricales

	Total	Venues Gynécologiques N=103	Venues Obstétricales N=182
Praticien adressant la patiente N (%)	285		
Aucune	233 (81,8%)	90 (87,3%)	143 (78,6%)
Personnel de l'HCE	16 (5,6%)	1 (1%)	15 (8,2%)
Profession libérale	17 (6%)	3 (3%)	14 (7,7%)
Structures d'urgence	12 (4,2)	8 (7,8%)	4 (2,2%)
Autre	7 (2,5%)	1 (1%)	6 (3,3%)
Répartition des venues, N (%)	285		
Horaires ouvrables (8h-20h)	162 (56,8%)	71 (68,9%)	91 (50%)
Horaires de garde (20h-8h+dimanche)	123 (43,2%)	32 (31,1%)	91 (50%)
Temps d'attente* (minutes), m (IIQ)	34 (17-64)	35 (20-56)	33 (15-67)
Durée de la consultation (minutes), m (IIQ)	90 (49-215)	52 (33-89)	108 (61-236)
Issue*, N (%)	279		
Retour à domicile	176 (63,1%)	82 (82,8%)	94 (52,2%)
Hospitalisation	84 (30,1%)	13 (15,5%)	71 (39,4%)
Transfert vers un autre secteur	6 (2,2%)	4 (4%)	2 (1,1%)
Expectante	13 (4,7%)	0	13 (7,2%)

*Temps d'attente : 3 valeurs non renseignées, Issue : 6 valeurs non renseignées.

4.5. Examens complémentaires et traitement

Une bandelette urinaire, une échographie ou un ERCF étaient pratiqués dans près de la moitié ou plus des consultations (Tableau IV). Pour les venues obstétricales un bilan sanguin était réalisé dans près de la moitié des cas et un traitement donné dans près

d'un tiers des cas. Nous avons pu relever que 14 venues sur les 285 analysées n'avaient reçu aucun examen complémentaire ni aucun traitement.

Tableau IV : Examens complémentaires réalisés et taux de traitement donné au cours de la consultation pour les venues gynécologiques et obstétricales.

	Total N (%)	Consultations Gynécologiques N=103	Consultations Obstétricales N=182
BU*	177 (62,8%)	40 (39,2%)	137 (76,1%)
Echographie *	138 (49,3%)	84 (83,2%)	54 (30,2%)
ERCF*	136 (48,2%)	0	136 (75,6%)
Bilan sanguin*	103 (36,5%)	19 (18,6%)	84 (46,7%)
PV*	59 (20,9%)	21 (20,6%)	38 (21,1%)
Traitement*	58 (20,6%)	4 (4%)	54 (30%)
Dynamap*	29 (10,3%)	0	29 (16,1%)
ECBU*	29 (10,3%)	1 (1,1%)	28 (15,6%)
Promtest*	24 (8,5%)	0	24 (13,3%)
β-HCG urinaire*	13 (4,6%)	13 (12,7%)	0
Protéinurie sur échantillon*	10 (3,5%)	0	10 (5,6%)
ECG*	2 (0,7%)	0	2 (1,1%)
FCV*	2 (0,7%)	2 (2%)	0
Prélèvement sein*	1 (0,4%)	1 (1%)	0

*Echographie : 5 valeurs non renseignées, *βHCG urinaire, BU, promtest, ERCF, dynamap, ECG, bilan sanguin, PV, FCV, protéinurie sur échantillon, ECBU, prélèvement sein et Traitement : 3 valeurs non renseignées pour chaque item. Plusieurs ERCF et plusieurs échographies ont pu être réalisés lors d'une consultation. Plusieurs traitements ont pu être administrés lors d'une consultation. L'item « Echographie » regroupe les échographies par voie endo-vaginale et par voie abdominale. Abréviations : BU : Bandelette Urinaire, ECG : Electrocardiogramme, ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des Urines, FCV : Frottis Cervico-Vaginal, PV : Prélèvement Vaginal.

4.6. Suivi lors d'un retour à domicile

A l'issue d'un RAD une prescription était réalisée dans un peu plus d'un tiers des cas (Tableau V). Dans 14,2% des RAD, la patiente était convoquée et cela concernait principalement les patientes des venues gynécologiques. Suite à une consultation gynécologique, près d'un cinquième des patientes étaient orientées vers un médecin (gynécologue principalement et médecin traitant - Annexe V -). Après une consultation obstétricale, un peu plus de quatre cinquièmes des patientes n'étaient pas orientées, 7,4% l'étaient vers une sage-femme (libérale principalement ou de PMI - Annexe V -).

Tableau V : Type et fréquence du suivi à l'issue d'un retour à domicile (N=176) pour chaque type de consultation.

Fréquence, %	Total N=176 (%)	Consultations Gynécologiques N=82	Consultations Obstétricales N=94
Prescription			
Oui	63 (35,8%)	33 (40,2%)	30 (32%)
Non	113 (64,2%)	49 (59,8%)	64 (68,1%)
Convocation			
Oui	25 (14,2%)	22 (26,8%)	3 (3,2%)
Non	121 (85,8%)	60 (73,8%)	91 (96,8%)
Orientation			
Acupuncture	5 (2,8%)	0	5 (5,3%)
Assistante Sociale	1 (0,6%)	0	1 (1,1%)
UTAP	2 (1,1%)	0	2 (2,1%)
Médecin	17 (9,7%)	15 (18,3%)	2 (2,1%)
Sage-Femme	7 (4%)	0	7 (7,4%)
Aucune	144 (81,8%)	67 (81,7%)	77 (81,9%)

L'item « Prescription » englobe la prescription d'un traitement, d'un arrêt de travail ou d'un examen biologique ou radiologique.

5. DISCUSSION

Notre étude a compté 358 venues sur deux semaines en 2011. Parmi ces consultations 285 venues non programmées ont été analysées, dont les deux tiers étaient pour un motif obstétrical.

5.1. Analyse et comparaison avec la littérature

Comme dans l'étude de Pamfil sur les urgences gynécologiques de l'hôpital Beaujon⁷ (981 cas sur 90 jours) et de Alouini et al. du CHR d'Orléans⁶ (205 cas sur 43 jours) notre étude retrouve les deux mêmes principaux motifs de recours pour une venue gynécologique soit les métrorragies (Beaujon : 50%, Orléans : 31%, Grenoble : 35%) et les douleurs abdominales (Beaujon : 36%, Orléans : 48% regroupant les douleurs abdominales, pelviennes et lombaires, Grenoble : 28,2% regroupant les douleurs abdominales et pelviennes).

A notre connaissance, aucune étude ne s'était intéressée aux motifs de venues des urgences obstétricales ou concernaient les motifs de consultation obstétricaux en médecine générale⁹. Une des particularités des urgences obstétricales comparativement aux autres structures d'urgence est que deux praticiens sont habilités à effectuer l'examen clinique et le diagnostic, cela relève de la compétence de la sage-femme et du médecin en formation (l'interne). Dans notre étude, près de la moitié des patientes venait pour un symptôme ou plainte relative au travail et à l'accouchement. D'ailleurs, l'âge gestationnel médian était proche du terme (37,2 SA IIQ : 30,8-39,4). Ces consultations concernaient des femmes jeunes, puisque l'âge médian était de 27 ans (IIQ : 23-35) pour les venues gynécologiques et de 30 ans (IIQ : 25-34) pour les venues obstétricales. Ces données sont similaires à celles retrouvées dans l'étude d'Alouini et al.⁶ qui observait un âge moyen de 31 ans pour les urgences gynécologiques. Et, pour les venues obstétricales, l'âge médian retrouvé est en accord avec les données de l'enquête périnatale de 2010¹⁰ qui relevait un âge moyen des mères françaises de 29,7 ans.

Même si le chiffre de 20 consultations par 24h peut sembler faible à première vue, il est comparable à la littérature puisque nous avons relevé sept consultations

gynécologiques et 14 consultations obstétricales par jour (5/24h pour Alouini et al.⁶ et 11/24h pour Pamfil⁷). Notre temps d'attente médian est particulièrement performant avec 34 minutes (IIQ : 17-64) alors que Alouini et al.⁶ retrouvaient une moyenne de 84 minutes (+/- 101). Pitrou et al.¹¹ montraient que le temps d'attente moyen aux urgences était de 149,9 minutes et se révélait être le seul facteur d'insatisfaction pour les patients. Nous pouvons raisonnablement estimer que notre faible temps d'attente reflète une bonne prise en charge des patientes à leur arrivée ; cependant la charge de travail est importante lors de ces consultations. En effet, nous avons estimé que la durée médiane d'une consultation gynécologique était de 52 minutes (IIQ : 33-89), probablement liée au nombre important d'examens complémentaires demandés pendant ces consultations (échographies dans plus de huit venues gynécologiques sur dix). Cela est en lien avec les plaintes émises par les patientes à leur arrivée dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine⁶. Son intérêt est démontré par d'autres auteurs¹². Les consultations obstétricales duraient deux fois plus longtemps (durée médiane de 108 minutes, IIQ : 61-236), là encore dû au nombre important d'examens complémentaires (ERCF notamment en lien avec les principaux motifs de venues et qui ne peut se substituer à un autre examen, mais aussi dynamap et échographie). Un autre facteur pouvant expliquer la durée importante de la consultation était la fréquence de recours à un avis de l'IDG ou du MDG. En effet, si la sage-femme détecte une anomalie (examen clinique, ERCF...), elle est alors tenue d'en référer en premier à l'IDG. Parfois les compétences de la sage-femme suffisent mais l'organisation du service est telle qu'elle en réfère à l'IDG, on peut alors penser qu'il est parfois sollicité à tort, néanmoins cela participe à sa formation. L'IDG et le MDG, assurant également la gestion de la salle d'accouchement et du bloc opératoire, ne sont pas toujours disponibles dans des délais brefs. Enfin, près d'un tiers des patientes recevaient un traitement lors des consultations obstétricales, pouvant là encore expliquer la longue durée.

Dans notre étude près de huit patientes sur dix se présentaient au SAUGO de leur propre initiative. On observe les mêmes tendances à Orléans (95% de venues spontanées)⁶ et à Beaujon (75% de venues spontanées)⁷. Ceci est aussi en accord avec les chiffres nationaux où on a observé que sept usagers sur dix se rendent au sein des structures d'urgence sans contact médical préalable (cela concerne 80% des usagers de moins de 50 ans)¹³ alors que 87% disent avoir un médecin « habituel »¹⁴.

Pour Dale et al.¹⁵ neuf patientes sur dix consultaient les urgences générales sans être adressées par leur médecin traitant. Ce n'est donc pas une exception réservée aux urgences gynécologiques et obstétricales. Cette nouvelle consommation de soin a été analysée et montre que deux tiers des français « considèrent ce service comme un lieu où ils peuvent se faire soigner 24 heures sur 24 par des professionnels qualifiés, en toute sécurité, et bénéficier rapidement de tous les moyens modernes d'investigation »³. Les motivations les plus courantes citées étaient : 1) la proximité de l'établissement (47%), 2) le besoin d'examen ou d'avis spécialisé (44%), 3) la rapidité de la prise en charge (38%), 4) le sentiment d'urgence et de gravité nécessitant une hospitalisation (32%) et 5) à l'assurance de disposer d'un plateau technique spécialisé¹⁴. On pourrait voir ici une certaine confiance de la population envers la structure hospitalière.

Les venues obstétricales étaient adressées une fois sur cinq par un personnel médical, et pour la majorité par un membre du personnel de l'HCE. La proximité des consultations et du SAUGO favorise sûrement le recours à ce service mais cela garantit ainsi la continuité de la prise en charge. Aussi, les professionnels du libéral adressaient les patientes au SAUGO pour près de 8% des venues, ce qui montre l'importance d'une étroite coopération entre ces professionnels qui travaillent souvent seuls et l'HCE qui offre un plateau technique de haute spécificité.

Lorsque l'on considère les horaires de venues, deux tiers des patientes ayant recours au SAUGO pour une venue gynécologique venaient pendant des horaires ouvrables et un tiers venait pendant les horaires de garde. On observe des taux inverses dans l'étude de Pamfil⁷ avec 28% de venue en journée et 62% en garde. Cette différence peut s'expliquer par le fait que la garde s'étendait de 17 heures à huit heures le lendemain et le week-end entier alors que nos critères de garde prenaient en compte la nuit à partir de 20 heures et le dimanche exclusivement. On peut aussi justifier cet afflux pendant les horaires ouvrables en émettant l'hypothèse que ces patientes n'avaient pas obtenu de rendez-vous avec leur médecin généraliste ou leur gynécologue suffisamment tôt dans la journée ou dans la semaine et avaient alors décidé de se rendre au SAUGO afin de bénéficier d'une prise en charge immédiate et complète. Cela engendre donc un certain nombre de consultations inappropriées qui a trait à un nouveau comportement de santé, une forme de « consumérisme médical » comme l'avancent Gentile et al.¹⁶ dans leur étude. Ce serait « la conséquence directe du

dysfonctionnement du secteur libéral incompatible avec une population active en quête de rapidité ». Concernant les venues obstétricales, la moitié a eu lieu pendant la garde. Cela peut s'expliquer par le fait que les principaux motifs de venue (S/P liés au travail et à l'accouchement et rupture des membranes) peuvent intervenir à n'importe quel moment. Ils nécessitent souvent une prise en charge rapide (soulagement de la douleur, rassurer la patiente/le couple, passage en salle d'accouchement pour travail spontané, hospitalisation systématique si la rupture est avérée...) et permettent de faire le tri entre le début du travail et le faux travail par exemple. La fonction des services d'urgence est retrouvée ici mais cela peut se faire aussi au détriment des patientes en travail qui voient alors leur suivi de travail morcelé entre l'équipe du SAUGO et l'équipe de salle d'accouchement.

Deux tiers des patientes ont pu rentrer à domicile à l'issue la consultation mais ce chiffre atteignait 80% pour les venues gynécologiques, conformément à la littérature^{1,6,7}. Bien qu'aucun indicateur ne permette de juger la légitimité des recours aux urgences, l'hospitalisation donne bien une indication sur le degré de gravité de l'état de santé de l'utilisateur¹. Ou, en ce qui concerne les venues obstétricales hospitalisées en salle d'accouchement ou en médecine-materno fœtale, de sa nécessité. Certains pourraient estimer que huit venues gynécologiques sur dix et la moitié des venues obstétricales ne relevaient pas d'une consultation en urgence proprement dite. Cependant, il est difficile de faire la distinction entre l'urgence ressentie par un patient et l'urgence clinique, notamment pour des venues obstétricales, majoritairement des primipares, qui nécessitent une grande part d'écoute, de soutien et de réassurance. Ces taux importants de RAD peuvent être associés au fait que huit patientes sur dix avaient recours au SAUGO sans contact médical préalable. D'autres auteurs ont fait également le constat^{3,16} que l'augmentation du nombre de passages aux urgences s'accompagne aussi d'une augmentation des recours « inadaptés » pour des pathologies dites « mineures » ce qui a pour principales conséquences d'emboliser et de détourner les missions premières des services d'urgences, d'entraîner un surcoût et de diminuer la continuité de la prise en charge de l'utilisateur.

Parmi les patientes qui ont pu rentrer à domicile à l'issue de la consultation, plus d'une sur dix a bénéficié d'une convocation ultérieure au SAUGO, ce chiffre atteignant près de 27% des venues gynécologiques. Pour Pamfil⁷, 23% des issues totales (y compris les hospitalisations) étaient convoquées. Ces convocations alimentent ainsi les venues

programmées pouvant être gérées dans un autre service dédié uniquement à cette activité. Cela soulagerait donc le confort et la prise en charge des vraies urgences et du personnel.

Dans notre étude, près de deux venues gynécologiques sur dix qui rentraient chez elles ont été orientées vers un médecin, il s'agit dans presque trois quarts des cas de leur gynécologue. Pamfil⁷ retrouvait que 14% des patientes était adressées en consultation et une faible partie l'était aux urgences médicales. Les patientes venant pour un motif obstétrical qui rentraient chez elles étaient principalement orientées vers une (leur) sage-femme libérale puis vers la consultation acupuncture. On voit donc l'importance de la coopération entre les différents acteurs, notamment les professionnels du libéral pour prendre le relais de (leur) patiente. Cela favorise la continuité de la prise en charge par un même et unique intermédiaire et permet d'établir une relation de confiance avec le patient, point essentiel, qui garantit le bon déroulement du suivi médical.

5.2. Qualité des résultats et limites de l'étude

Notre étude présente certaines limites. Premièrement, il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique, et nous avons pu observer que le registre d'accueil des urgences, sur lesquels nous avons récupéré les données n'était pas exhaustif. Cependant, nous avons pu compléter les venues grâce au fichier informatique. Le caractère rétrospectif du recueil de données peut être aussi limité par le nombre d'informations inscrites dans les dossiers. Notamment, nous aurions aimé analyser les diagnostics portés aux urgences, mais le diagnostic n'était clairement indiqué que dans 46% des cas. Néanmoins, Alouini et al.⁶ n'observaient que 10% de diagnostics non posés. On est donc face à un probable manque de traçabilité des diagnostics posés au sein de notre établissement. Il serait nécessaire d'encourager les professionnels à conclure leur examen médical. Deuxièmement, seules deux semaines ont été examinées. Cependant, elles ont été choisies de manière à être les plus représentatives de semaines types au sein du SAUGO, mais elles ne reflètent probablement pas complètement son activité annuelle. Troisièmement, parmi les 358 venues, 51 venues programmées (14,3%) ont été exclues. Nos critères d'exclusion ont été choisis lorsque la venue ne concernait pas une venue aux urgences conventionnelle (reconvocation, suivi mensuel, de terme). Ainsi ces venues programmées ne relevaient

pas d'une urgence proprement dite et n'ont donc pas été analysées. Vingt-deux consultations (7,2%) n'ont pu être analysées car elles n'étaient pas retrouvées dans le DMO ou DMIN. La principale hypothèse est que la patiente soit repartie avant d'être prise en charge. Une analyse prospective permettrait de comprendre ces consultations absentes. L'autre hypothèse serait que la patiente ait été vue mais qu'aucune consultation ne soit rédigée, cela nous paraît improbable. Nous ne pensons pas que ceci ait pu biaiser nos résultats.

L'avis au Comité de Protection des Personnes n'a pas été demandé car notre étude était purement observationnelle.

5.3. Proposition

En 2007, la Cour des Comptes préconise trois axes d'amélioration³ pour les services d'urgence :

- encourager les hôpitaux à travailler sur l'organisation interne de leurs services, la connaissance précise de leur activité et de leur coût
- entreprendre des actions de communication et d'éducation du grand public pour promouvoir le bon usage de la régulation téléphonique et la connaissance des différentes possibilités offertes en dehors de l'hôpital
- enfin simplifier les règles de financement et clarifier les modalités de facturation afin de faire cesser les pratiques déviantes.

Nous pouvons dégager trois axes d'amélioration : travailler en amont, au sein et en aval du SAUGO.

D'une part, il serait intéressant d'étudier en amont des structures d'urgence le type de population et son niveau socio-économique qui fréquente le SAUGO afin de cibler cette population. Le but étant de promouvoir des actions de communication et d'éducation du public adaptées à la population comme le préconise la Cour des Comptes (signification de l'urgence, les autres intervenants disponibles en dehors de l'hôpital...). En effet Gayral-taminh et al.¹⁷ montraient que la précarité des parturientes est associée à plus de pathologies et à plus d'hospitalisation en cours de grossesse. Par conséquent ces femmes sont plus susceptibles de consulter une structure

d'urgence obstétricale. Cela représente aussi un intérêt pour les urgences gynécologiques car comme Alouini et al.⁶ l'ont montré, deux tiers de causes obstétricales (du premier trimestre) étaient retrouvés parmi les diagnostics des venues aux urgences gynécologiques.

Les venues programmées représentaient 14,2% des venues totales de notre étude. Elles sont par ailleurs sans cesse alimentées par les nouvelles convocations des patientes : plus d'une patiente sur dix des issues de notre étude était convoquée et cela concernait 27% des venues gynécologiques. On peut alors estimer que ce taux élevé de venues programmées est du à l'organisation du service. Leur analyse permettrait alors de travailler sur l'organisation interne du service afin d'en diminuer leur nombre. Cela aurait des conséquences directes sur le confort des usagers et des conditions de travail du personnel qui aurait alors plus de temps pour se consacrer aux autres patientes. Des changements ont déjà été opérés, depuis quelques mois, une sage-femme de consultation réalise les surveillances de terme pendant les jours ouvrables. Il serait intéressant d'évaluer si la mise en place de ces consultations a permis de diminuer la fréquence des venues programmées au SAUGO.

Il serait aussi intéressant d'étudier la répartition hebdomadaire et journalière des venues non programmées au SAUGO afin de déterminer les jours les plus affluents et les pics horaires de fréquentation afin d'optimiser le fonctionnement des urgences.

Dans certaines structures d'urgences françaises, un système de triage a été mis au point^{3,18,19} afin de déterminer avec quelle rapidité l'utilisateur devra être pris en charge. Le triage tire ses origines des champs de bataille Napoléonien. Il a ensuite été développé et appliqué à la médecine civile hospitalière notamment par les anglo-saxons au cours des années 70. Il comprend plusieurs niveaux de gravité et prend en compte différents critères²⁰. Il permet d'optimiser la prise en charge des usagers et de réduire les délais d'attente. Il est maintenant utilisé dans de nombreux pays tels que le Canada^{20,21}, les États-Unis^{22,23}, l'Australie²⁴ ou le Royaume-Unis²⁵. Les SAUGO en général ne disposent pas d'échelle de triage, il serait donc intéressant de travailler sur des critères spécifiques aux venues gynécologiques et obstétricales. Cette échelle de triage permettrait d'optimiser et d'uniformiser les prises en charge et de pouvoir comparer plus facilement l'activité des établissements.

Enfin, travailler en aval des structures d'urgence en favorisant et en améliorant la coopération entre l'hôpital et les professionnels du secteur libéral. En effet, orienter la patiente vers son médecin généraliste, son gynécologue, sa sage-femme ou son obstétricien, quand cela est possible, réduirait les venues par convocation (soit 14,2% des RAD dans notre étude). De plus, cela favoriserait la continuité de la prise en charge en limitant les intervenants dans son suivi gynécologique ou son suivi de grossesse. D'un point de vue de la démographie médicale, il apparaît que la région Rhône-Alpes et l'Isère en particulier possède une densité de médecins généralistes (nombre de médecin/100 000 habitants au 1^{er} janvier 2011) supérieure à la moyenne nationale (147,1 en Isère et 142 en France métropolitaine)²⁶. On observe la même tendance pour les gynécologues médicales (3,5 en Isère et 2,5 en France métropolitaine)²⁶. Il en est de même pour la profession de sage-femme libérale où la région Rhône-Alpes et l'Isère possède une densité (nombre de sage-femme libérale/100 000 femmes entre 15 et 49 ans au 1^{er} janvier 2010) supérieure à la moyenne nationale (32 en Rhône-Alpes, 50 en Isère, 24 en France métropolitaine)²⁷. Notre région et notre département jouissent de leur attractivité auprès de ces professionnels et bénéficient donc d'une offre de soins libérale confortable par rapport à la moyenne nationale.

6. CONCLUSION

Notre étude a ainsi pu décrire les caractéristiques des venues non programmées au sein du service d'accueil des urgences gynécologiques et obstétricales de l'hôpital couple enfant de Grenoble.

Cela nous a permis de mettre en évidence que les principaux motifs des venues gynécologiques étaient les métrorragies et les douleurs abdomino-pelviennes tandis que ceux des venues obstétricales étaient des symptômes de l'accouchement et la rupture (prématurée ou spontanée) des membranes. On a pu observer que huit patientes sur dix venaient sans contact médical préalable et que l'issue de la consultation était pour deux tiers le retour à domicile. On constate alors un taux de recours pour des pathologies dites « mineures » qui ne relèvent pas de l'urgence.

L'étude socio-économique de la population fréquentant le service d'accueil des urgences gynécologiques et obstétricales permettrait de cibler les actions de communication et d'éducation des patientes au bon usage des services d'urgence. Favoriser la coopération entre les différents acteurs du système de soin permettrait d'améliorer la prise en charge en assurant la continuité des soins et de réduire le taux de recours inadaptés, tout cela tendant à une meilleure maîtrise des coûts.

Ainsi la sage-femme, acteur incontournable en gynécologie-obstétrique, a un rôle de premier plan, de part ses compétences, dans l'orientation de la femme dans son parcours de soin ce qui entre dans le contexte actuel préconisé par les pouvoirs publics.

7. REFERENCES

1 Carrasco V.

L'activité des services d'urgences en 2004 : Une stabilisation du nombre de passages
Etudes et résultats, DREES septembre 2006 ; 524

2 Plan "Urgences"

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Septembre 2003.

3 Cour des comptes : Les urgences médicales, constats et évolution récente, rapport
public annuel - 08 février 2007

4 HAS

Manuel de certification V2010 révisé 2011 [en ligne]

©2012 [consulté le : 07.12.2011]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011

5 HAS

Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble [en ligne]

©2009 [consulté le : 01.04.2011]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_262995/centre-hospitalier-universitaire-de-grenoble

6 Alouini S, Mesnard L, Coly S, Dolique M, Lemaire B.

Urgences gynécologiques : nature et degré de gravité

J Gynecol Obstet Biol Reprod. Février 2012;41(1):48–54.

7 Pamfil R.

Analyse de l'activité aux urgences gynécologiques de l'hôpital Beaujon (Clichy) ; intérêt
pour les médecins généralistes [thèse]

Université René Descartes ; 2008

8 Bleichner G.

Société de réanimation de langue française, Société francophone de médecine d'urgence. Guide des outils d'évaluation aux urgences. Paris : Arnette Blackwell ; 1996.

9 Agnès A, Le Goaziou M-F.

Les motifs de consultation obstétricaux en médecine générale. Etude descriptive réalisée dans le département du Rhône.

La Revue. Mai/Juin 2006;78:90-97

10 DREES

La situation périnatale en France en 2010, Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale.

Etude et résultats, DREES octobre 2011;775

11 Pitrou I, Lecourt AC, Bailly L, Brousse B, Dauchet L, Ladner J.

Waiting time and assessment of patient satisfaction in a large reference emergency department: a prospective cohort study, France.

Eur J Emerg Med. Août 2009 ; 16(4) : 177-82

12 Kamaya A, Shin L, Chen B, Desser TS.

Emergency gynecologic imaging.

Semin Ultrasound CT MR 2008 ; 29:353-68

13 Carrasco V, Baubeau D.

Les usagers des urgences : Premiers résultats d'une enquête nationale. Version corrigée.

Etudes et résultats, DRESS janvier 2003;212

14 Carrasco V, Baubeau D.

Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières.

Etudes et résultats, DRESS janvier 2003;215

15 Dale J, Dolan B.

Do patients use minor injury units appropriately ?

J Public Health Med 1996;18:152-6

16 Gentile S, Durand A-C, Bongiovanni I, Rofritsch S.

Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé

JEUR mai 2007 ; 20 (1S) : 138

17 Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac L, Baron M, Maurel G, Rème J-M, Grandjean H.

Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité.

J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005;34(1):23-32.

18 Taboulet P, Moreira V, Haas L, Porcher R, Braganca A, Fontaine JP, Poncet MC

La Classification infirmière des malades aux urgences (CIMU) : fiabilité et précision de la V2

Eur J Emerg Med. Avril 2009 ; 16(2):61-7.

19 Société Française de Médecine d'Urgence

Référentiels S.F.M.U. [en ligne].

© [consulté le : 01.12.2011]. Disponible sur :

<http://www.sfm.org/fr/ressources/referentiels#organisation>

20 Murray M, Bullard M, Grafstein E; Groupes de travail nationaux sur l'ETG et le SIDUC.

Révision de l'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence : Guide d'implantation

Can J Emerg Med. Janvier 2005 ; 7(1) : 28-35.

21 Bullard MJ, Unger B, Spence J, Grafstein E; CTAS National Working Group

Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines.

Can J Emerg Med. Juillet 2008 ; 10(4) : 330

22 Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, Eitel DR.
Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook.
AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and
Quality. Mai 2005

23 Shelton R.
The Emergency Severity Index 5-level triage system.
Dimens Crit Care Nurs. 2009 ; 28(1) : 9-12

24 Australasian College for Emergency Medicine
Guidelines for implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency
Departments.
Révision Avril 2005

25 Cooke MW, Jinks S.
Does the Manchester triage system detect the critically ill?
J Accid Emerg Med. Mai 1999 ; 16(3) : 179-81

26 Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2011
Conseil national de l'ordre des Médecins, Section Santé Publique et Démographie
Médicale

27 Sicart D.
Les professions de santé au 1^{er} janvier 2010
Document de travail, DREES mai 2010 ; 144

ANNEXE I : Feuille du registre d'accueil

DATE	Maj dim/ferie	Heure (Maj 20h/8h)	ETIQUETTE PATIENTE	PRATICIEN (Med-SF) Int-Externe	MOTIF CONSULTATION	Eclo	Examens réalisés	Lieu	Résultats	Gestion Finalisée	"Géré" Nom Fonction	ISSUE
			Numero entrée		<input type="checkbox"/> GYN <input type="checkbox"/> OBS ≥ 16SA	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> CHU <input type="checkbox"/> VILLE		<input type="checkbox"/> Rappel patiente <input type="checkbox"/> Ordonnance adressée Courrier adressé CHU <input type="checkbox"/> RDV programmé		<input type="checkbox"/> Sortie domicile <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Gynéco <input type="checkbox"/> Obstétrique <input type="checkbox"/> Accouchement <input type="checkbox"/> MMF <input type="checkbox"/> UME <input type="checkbox"/> Transfert autres secteurs CHU
			Numero entrée		<input type="checkbox"/> GYNE <input type="checkbox"/> OBS ≥ 16SA	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> CHU <input type="checkbox"/> VILLE		<input type="checkbox"/> Rappel patiente <input type="checkbox"/> Ordonnance adressée Courrier adressé CHU <input type="checkbox"/> RDV programmé		<input type="checkbox"/> Sortie domicile <input type="checkbox"/> Hospitalisation Gynéco <input type="checkbox"/> Obstétrique <input type="checkbox"/> Accouchement <input type="checkbox"/> MMF <input type="checkbox"/> UME <input type="checkbox"/> Transfert autres secteurs CHU
			Numero entrée		<input type="checkbox"/> GYN <input type="checkbox"/> OBS ≥ 16SA	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> CHU <input type="checkbox"/> VILLE		<input type="checkbox"/> Rappel patiente <input type="checkbox"/> Ordonnance adressée Courrier adressé CHU <input type="checkbox"/> RDV programmé		<input type="checkbox"/> Sortie domicile <input type="checkbox"/> Hospitalisation Gynéco <input type="checkbox"/> Obstétrique <input type="checkbox"/> Accouchement <input type="checkbox"/> MMF <input type="checkbox"/> UME <input type="checkbox"/> Transfert autres secteurs CHU
			Numero entrée		<input type="checkbox"/> GYN <input type="checkbox"/> OBS ≥ 16SA	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> CHU <input type="checkbox"/> VILLE		<input type="checkbox"/> Rappel patiente <input type="checkbox"/> Ordonnance adressée Courrier adressé CHU <input type="checkbox"/> RDV programmé		<input type="checkbox"/> Sortie domicile <input type="checkbox"/> Hospitalisation Gynéco <input type="checkbox"/> Obstétrique <input type="checkbox"/> Accouchement <input type="checkbox"/> MMF <input type="checkbox"/> UME <input type="checkbox"/> Transfert autres secteurs CHU

ANNEXE II : Classification Internationale en Soins Primaires, 2^{ème} édition

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil	F	Ostéo-articulaire	L
Procédures	B02 Ganglion lymph. augmenté/douloureux	F01 Oeil douloureux	L01 S/P du cou		
-30 Ex médical/bilan santé détaillé	B04 S/P du sang	F02 Oeil rouge	L02 S/P du dos		
-31 Ex médical/bilan santé partiel	B06 Peur du SIDA/du VIH	F03 Ecoulement de l'œil	L03 S/P des lombes		
-32 Test de sensibilité	B27 Peur autre maladie sang/lymph./rate	F04 Taches visuelles/flottantes	L04 S/P du thorax		
-33 Ex microbiologique/immunologique	B28 Limitation de la fonction/incap. (B)	F05 Autre perturbation de la vision	L05 S/P du flanc et du creux axillaire		
-34 Autre analyse de sang	B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol.	F13 Sensation oculaire anormale	L07 S/P de la mâchoire		
-35 Autre analyse d'urine	B70 Adénite aiguë	F14 Mouvements oculaires anormaux	L08 S/P de l'épaule		
-36 Autre analyse de selles	B71 Adénite chronique/non-spécifique	F15 Apparence anormale de l'œil	L09 S/P du bras		
-37 Cytologie/histologie	B72 Maladie de Hodgkin/lymphome	F16 S/P de la paupière	L10 S/P du coude		
-38 Autre analyse de laboratoire	B73 Leucémie	F17 S/P lunettes	L11 S/P du poignet		
-39 Epreuve fonctionnelle	B74 Autre cancer du sang	F18 S/P lentilles de contact	L12 S/P de la main et du doigt		
-40 Endoscopie	B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph.	F27 Peur d'une maladie de l'œil	L13 S/P de la hanche		
-41 Radiologie diagnostique/imagerie	B76 Rupture traumat. de la rate	F28 Limitation de la fonction/incap. (F)	L14 S/P de la jambe et de la cuisse		
-42 Tracé électrique	B77 Autre traumat. sang/lymph./rate	F29 Autre S/P de l'œil	L15 S/P du genou		
-43 Autre procédure diagnostique	B78 Anémie hémolytique héréditaire	F70 Conjonctivite infectieuse	L16 S/P de la cheville		
-44 Vaccination/médication préventive	B79 Autre anom. congénitale sang/lymph./rate	F71 Conjonctivite allergique	L17 S/P du pied et de l'orteil		
-45 Recom./éducation santé/avis/régime	B80 Anémie par déficience en fer	F72 Biphérite, orgelet, chalazion	L18 Douleur musculaire		
-46 Discussion entre dispensateurs SSP	B81 Anémie carence vit B12/ac. folique	F73 Autre infection/inflammation de l'œil	L19 S/P musculaire NCA		
-47 Discussion dispensateur spécialiste	B82 Autre anémie/indét.	F74 Tumeur de l'œil et des annexes	L20 S/P d'une articulation NCA		
-48 Clarification de la demande du patient	B83 Purpura/défait de coagulation	F75 Contusion/hémorragie de l'œil	L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire		
-49 Autre procédure préventive	B84 Globules blancs anormaux	F76 CE dans l'œil	L27 Peur autre maladie syst. ostéo-artic.		
-50 Médication/préscription/injection	B87 Splénomégalie	F79 Autre lésion traumat. de l'œil	L28 Limitation de la fonction/incap. (L)		
-51 Incision/drainage/aspiration	B90 Infection par le virus HIV, SIDA	F80 Sclérose canal lacrymal de l'enfant	L29 Autre S/P ostéo-articulaire		
-52 Excision/biopsie/cauté/débridement	B99 Autre maladie sang/lymph./rate	F81 Autre anom. congénitale de l'œil	L70 Infection du syst. ostéo-articulaire		
-53 Perfusion/intubat./dilatat./appareillage	Syst. Digestif D	F82 Décollement de la rétine	L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire		
-54 Répar./fixation/suture/plâtre/prothèse	D01 Douleur/crampes abdominales gén.	F83 Rétinopathie	L72 Fracture du radius/du cubitus		
-55 Traitement local/infiltration	D02 Douleur abdominale/épigastrique	F84 Dégénérescence maculaire	L73 Fracture du tibia/du péroné		
-56 Pansement/compression/bandage	D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac	F85 Ulcère de la cornée	L74 Fracture de la main/du pied		
-57 Thérapie manuelle/médecine physique	D04 Douleur rectale/anale	F86 Trachome	L75 Fracture du fémur		
-58 Conseil thérap./écoute/examens	D05 Démangeaisons périanales	F91 Défait de réfraction	L76 Autre fracture		
-59 Autres procédures thérapeutiques	D06 Autre douleur abdominale loc.	F92 Cataracte	L77 Entorse de la cheville		
-60 Résultats analyses/examens	D07 Dyspepsie/indigestion	F93 Glaucome	L78 Entorse du genou		
-61 Résultats ex/procéd autre dispensateur	D08 Flatulence/gaz/renvoi	F94 Cécité	L79 Entorse articulaire NCA		
-62 Contact administratif	D09 Nausée	F95 Strabisme	L80 Luxation et subluxation		
-63 Rencontre de suivi	D10 Vomissement	F99 Autre maladie de l'œil/annexes	L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire		
-64 Epis. nouveau/en cours init. par disp.	D11 Diarrhée	Oreille H	L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire		
-65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers	D12 Constipation	H01 Douleur d'oreille/otalgie	L83 Syndrome cervical		
-66 Référence à dispens. SSP non médecin	D13 Jaunisse	H02 P. d'audition	L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation		
-67 Référence à médecin	D14 Hématémèse/vomissement de sang	H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille	L85 Déformation acquise de la colonne		
-68 Autre référence	D15 Méléna	H04 Ecoulement de l'oreille	L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation		
-69 Autres procédures	D16 Saignement rectal	H05 Saignement de l'oreille	L87 Bursite, tendinite, synovite NCA		
Général et non spécifié A	D17 Incontinence rectale	H13 Sensation d'oreille bouchée	L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive		
A01 Douleur générale/de sites multiples	D18 Modification selles/mouvem. intestin	H15 Préc. par l'aspect des oreilles	L89 Coxarthrose		
A02 Frissons	D19 S/P dents/gencives	H27 Peur d'une maladie de l'oreille	L90 Gonarthrose		
A03 Fièvre	D20 S/P bouche/langue/lèvres	H28 Limitation de la fonction/incap. (H)	L92 Syndrome de l'épaule		
A04 Fatigue/faiblesse générale	D21 P. de déglutition	H29 Autre S/P de l'oreille	L93 Coude du joueur de tennis		
A05 Sensation d'être malade	D23 Hépatomégalie	H71 Otite moyenne aiguë/myringite	L94 Ostéochondrose		
A06 Evanouissement/syncope	D24 Masse abdominale NCA	H72 Otite moyenne séreuse	L95 Ostéoporose		
A07 Coma	D25 Distension abdominale	H73 Salpingite d'eustache	L96 Lésion aiguë interne du genou		
A08 Confluent	D26 Peur du cancer du syst. digestif	H74 Otite moyenne chronique	L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.		
A09 P. de transpiration	D27 Peur d'une autre maladie digestive	H75 Tumeur de l'oreille	L98 Déformation acquise membres inf.		
A10 Saignement/hémorragie NCA	D28 Limitation de la fonction/incap. (D)	H76 CE dans l'oreille	L99 Autre maladie ostéo-articulaire		
A11 Douleur thoracique NCA	D29 Autre S/P du syst. digestif	H77 Pénétration du tympan	Neurologique N		
A13 Préc. par/peur traitement médical	D70 Infection gastro-intestinale	H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille	N01 Mal de tête		
A16 Nourrisson irritable	D71 Oreillons	H79 Autre lésion traumat. de l'oreille	N03 Douleur de la face		
A18 Préc. par son aspect extérieur	D72 Hépatite virale	H80 Anom. congénitale de l'oreille	N04 Jambes sans repos		
A20 Demande/discussion sur l'euthanasie	D73 Gastro-entérite présumée infectieuse	H81 Excès de cérumen	N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils		
A21 Facteur de risque de cancer	D74 Cancer de l'estomac	H82 Syndrome vertigineux	N06 Autre perturbation de la sensibilité		
A23 Facteur de risque NCA	D75 Cancer du colon/du rectum	H83 Otosclérose	N07 Convulsion/crise comitiale		
A25 Peur de la mort, de mourir	D76 Cancer du pancréas	H84 Presbycusie	N08 Mouvements involontaires anormaux		
A26 Peur du cancer NCA	D77 Autre cancer digestif/NCA	H85 Traumatisme sonore	N16 Perturbation du goût/de l'odorat		
A27 Peur d'une autre maladie NCA	D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig.	H86 Surdité	N17 Vertige/étourdissement		
A28 Limitation de la fonction/incap. NCA	D79 CE du syst. digestif	H89 Autre maladie de l'oreille/ mastoïde	N18 Paralytie/faiblesse		
A29 Autre S/P général	D80 Autre traumat. du syst. digestif	Cardio-vasculaire K	N19 Trouble de la parole		
A70 Tuberculose	D81 Anom. congénitale du syst. digestif	K01 Douleur cardiaque	N28 Peur d'un cancer neurologique		
A71 Rougeole	D82 Maladie des dents/des gencives	K02 Oppression/constriction cardiaque	N27 Peur d'une autre maladie neurologique		
A72 Varicelle	D83 Maladie bouche/langue/lèvres	K03 Douleur cardiovasculaire NCA	N28 Limitation de la fonction/incap. (N)		
A73 Paludisme	D84 Maladie de l'œsophage	K04 Palpait./perception battements card.	N29 Autre S/P neurologique		
A74 Rubéole	D85 Ulcère duodénal	K05 Autre battement cardiaque irrégulier	N70 Poliomyélite		
A75 Mononucléose infectieuse	D86 Autre ulcère peptique	K06 Veines proéminentes	N71 Méningite/encéphalite NCA		
A76 Autre exanthème viral	D87 Trouble de la fonction gastrique	K07 Œdème, gonflement des chevilles	N72 Tétanos		
A77 autre maladie virale NCA	D88 Appendicite	K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire	N73 Autre infection neurologique		
A78 Autre maladie infectieuse NCA	D89 Hernie hiatale	K24 Peur d'une maladie de cœur	N74 Cancer du syst. neurologique		
A79 Cancer NCA	D90 Hernie hiatale	K25 Peur d'une hypertension	N75 Tumeur bénigne neurologique		
A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA	D91 Autre hernie abdominale	K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire	N76 Autre tumeur indét. neurologique		
A81 Polytraumatisme/lésions multiples	D92 Maladie diverticulaire	K28 Limitation de la fonction/incap. (K)	N79 Commotion		
A82 Effet tardif d'un traumatisme	D93 Syndrome du colon irritable	K29 Autre S/P cardiovasculaire	N80 Autre lésion traumat. de la tête		
A84 Intoxication par subst. médicinales	D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse	K70 Infection du syst. cardio-vasculaire	N81 Autre lésion traumat. neurologique		
A85 Effet sec. subst. médicinales	D95 Fissure anale/abcès périanal	K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale	N85 Anom. congénitale neurologique		
A86 Effet toxique subst. non médicinales	D96 Vers/autre parasite	K72 Tumeur cardio-vasculaire	N88 Sclérose en plaques		
A87 Complication de traitement médical	D97 Maladie du foie NCA	K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire	N87 Syndrome parkinsonien		
A88 Effet sec. de facteur physique	D98 Cholécystite/cholélithiase	K74 Cardiopathie ischémique avec angor	N88 Epilepsie		
A89 Effet sec. de matériel prothétique	D99 Autre maladie du syst. Digestif	K75 Infarctus myocardique aigu	N89 Migraine		
A90 Anom. congénitale NCA/multiple		K76 Cardiopathie ischémique sans angor	N90 Algie vasculaire de la face		
A91 Résultat d'investigat. anormale NCA	CODES PROCÉDURE	K77 Décompensation cardiaque	N91 Paralytie faciale/paralytie de Bell		
A92 Allergie/réaction allergique NCA	SYMPTÔMES ET PLAINTES	K78 Fibrillation auriculaire/flutter	N92 Névralgie du trijumeau		
A93 Nouveau-né prématuré	INFECTIONS	K79 Tachycardie paroxystique	N93 Syndrome du canal carpien		
A94 Autre morbidité périnatale	NÉOPLASMES	K80 Arythmie cardiaque NCA	N94 Névrite/neuropathie périphérique		
A95 Mortalité périnatale	TRAUMATISMES	K81 Souffle cardiaque/artériel NCA	N95 Céphalée de tension		
A96 Mort	ANOMALIES CONGÉNITALES	K82 Cœur pulmonaire	N99 Autre maladie neurologique		
A97 Pas de maladie	AUTRES DIAGNOSTICS	K83 Valvulopathie NCA			
A98 Gestion santé/médecine préventive		K84 Autre maladie cardiaque			
A99 Maladie de nature/site non précisé		K85 Pression sanguine élevée			
		K86 Hypertension non compliquée			
		K87 Hypertension avec complication			
		K88 Hypotension orthostatique			
		K89 Ischémie cérébrale transitoire			
		K90 Accident vasculaire cérébral			
		K91 Maladie cérébrovasculaire			
		K92 Athéroscl./mal. vasculaire périph.			
		K93 Embolie pulmonaire			
		K94 Phlébite et thrombophlébite			
		K95 Varices des jambes			
		K96 Hémorroïdes			
		K99 Autre maladie cardio-vasculaire			

ANNEXE III : Liste des catégories et des motifs correspondant

Catégorie	Lettre	Total	Motifs annoncés au SAUGO	Nombre
S/P de l'accouchement	A	87	-CU -col modifié	84 3
Métrorragies	M	41	-Métro	
Douleur abdomino-pelvienne	D	44	-dl abdo -dl FI -dl épigastrique -dl hypochondre -dl latérale -dl utérine -dl pelvienne - dl pelvienne du pp -dl vaginale -dl kyste -dl ligamentaire -dl cicatrice césarienne	7 4 1 1 1 1 23 1 2 1 1 1 1
Rupture des membranes	R	32	-RPM -RSM -Perte de LA/liquide	16 8 8

PSYCHOLOGIQUE	P	5	-Inquiète -Angoissée -Crise de panique -Retrouvée prostrée dans la rue	2 1 1 1
CARDIO-VASCULAIRE	C	7	-HTA -TA limite -SF HTA	4 1 2
DIGESTIF	V	5	-Nausées -Vomissements -Ventre gonflé	1 3 1
S/P SEIN	S	3	-dl sein -masse sein	2 1
AUTRE	X	16	-Chute sur le ventre -Céphalées -Eruption cutanée prurigineuse -Toux -Repartie car trop d'attente -Difficulté retrait tampon -Electrocution -vertiges -refus d'une pec -dl lombaire -dl fosse lombaire -dl costale -dl fesse -dl dorsale -Aucun	2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 0

INFECTIEUX	I	6	-Hyperthermie du pp -écoulement sur cicatrice coelio -écoulement sein -abcès sein -Salpingite -Folliculite grande lèvre	1 1 1 1 1 1
------------	---	---	--	----------------------------

ANNEXE IV :

Tableau III : Caractéristiques du parcours de soin des venues gynécologiques et obstétricales

	Total	Consultations Gynécologiques N=103	Consultations Obstétricales N=182
Personne adressant la patiente N (%)	285		
Aucune	233 (81,8%)	90 (87,3%)	143 (78,6%)
Personnel de l'HCE	16 (5,6%)	1 (1%)	15 (8,2%)
Profession libérale	17 (6%)	3 (3%)	14 (7,7%)
Structures d'urgence	12 (4,2)	8 (7,8%)	4 (2,2%)
Autre	7 (2,5%)	1 (1%)	6 (3,3%)
Répartition des venues, N (%)	285		
Horaires ouvrables	162 (56,8%)	71 (68,9%)	91 (50%)
Horaires de garde	123 (43,2%)	32 (31,1%)	91 (50%)
Temps d'attente* (minutes), m (IIQ)	34 (17-64)	35 (20-56)	33 (15-67)
Durée de la consultation (minutes), m (IIQ)	90 (49-215)	52 (33-89)	108 (61-236)
Issue*, N (%)	279		
Retour à domicile	176 (63,1%)	82 (82,8%)	94 (52,2%)
Hospitalisation	84 (30,1%)	13 (15,5%)	71 (39,4%)
Gynécologie	13 (15,5%)	12 (92,3%)	1 (1,4%)
Médecine Materno-Foetale	22 (26,2%)	1 (7,7%)	21 (29,6%)
Salle d'Accouchement	49 (58,3%)	0	49 (69%)
Transfert vers un autre secteur	6 (2,2%)	4 (4%)	2 (1,1%)
Expectante	13 (4,7%)	0	13 (7,2%)

*Temps d'attente : 3 valeurs non renseignées, Issue : 6 valeurs non renseignées.

ANNEXE V :

Tableau V : Type et fréquence du suivi à l'issue d'un retour à domicile (N=176) pour chaque type de consultation.

Fréquence, %	Total N=176 (%)	Consultations Gynécologiques N=82	Consultations Obstétricale N=94
Prescription			
Oui	63 (35,8%)	33 (40,2%)	30 (32%)
Non	113 (64,2%)	49 (59,8%)	64 (68,1%)
Convocation			
Oui	25 (14,2%)	22 (26,8%)	3 (3,2%)
Non	121 (85,8%)	60 (73,8%)	91 (96,8%)
Orientation			
Acupuncture	5 (2,8%)	0	5 (5,3%)
Assistante Sociale	1 (0,6%)	0	1 (1,1%)
UTAP	2 (1,1%)	0	2 (2,1%)
Médecin	17 (9,7%)	15 (18,3%)	2 (2,1%)
Médecin traitant	5 (29,4%)	4 (26,7%)	1 (50%)
Gynécologue	11 (64,7%)	11 (73,3%)	0
Obstétricien	1 (5,9%)	0	1 (50%)
Sage-Femme	7 (4%)	0	7 (7,4%)
SF libérale	5 (71,4%)	0	5 (71,4%)
SF PMI	2 (28,6%)	0	2 (28,6%)
Aucune	144 (81,8%)	67 (81,7%)	77 (81,9%)

L'item « Prescription » englobe la prescription d'un traitement, d'un arrêt de travail ou d'un examen biologique ou radiologique

CARACTERISTIQUES DES VENUES NON PROGRAMMEES AUX URGENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES DU CHU DE GRENOBLE

Etude rétrospective sur les semaines 13 et 38 de l'année 2011

RESUME

Objectif : Décrire les venues non programmées du service d'accueil des urgences gynécologiques et obstétricales de l'hôpital couple enfant de Grenoble.

Matériel et méthode : Etude épidémiologique descriptive rétrospective sur les semaines 13 et 38 de l'année 2011 incluant 285 venues non programmées.

Résultats : Les patientes étaient en majorité des primipares (Intervalle Inter Quartile (IIQ) 0-2) avec un âge médian de 29 ans (IIQ : 24-34) qui venaient de leur propre initiative dans 81,8% des cas et attendaient en médiane 34 minutes (IIQ : 17-64). Les venues gynécologiques concernaient 103 patientes, leurs principaux motifs de consultation étaient les métrorragies (35%) et les douleurs abdomino-pelviennes (28,2%). Elles venaient majoritairement pendant des horaires ouvrables et bénéficiaient principalement d'une échographie (83,3%). Les venues obstétricales concernaient 182 patientes. Elles consultaient principalement pour des symptômes liés au travail et à l'accouchement (46,7%) et de rupture des membranes (17,6%). Elles venaient autant pendant les horaires ouvrables que pendant les horaires de garde. Elles bénéficiaient principalement d'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal (75,6%) et d'un bilan sanguin (46,7%). Elles nécessitaient une fois sur deux d'un avis de l'interne ou du médecin de garde. L'hospitalisation représentait 30,1% des issues globales. Les retours à domicile étaient de 63,1% à la suite desquels 14,2% des patientes étaient convoquées et 18,2% se voyaient orientées vers un professionnel de santé.

Conclusion : Deux tiers des patientes consultaient pour des pathologies dites « mineures » ne relevant pas de l'urgence. Cibler la situation socio-économique des usagers permettrait de donner une meilleure information aux patientes sur l'usage du service d'urgence et les autres intervenants disponibles.

Mots clefs : Epidémiologie ; urgences gynécologiques ; urgences obstétricales ; femmes ; parturientes ; motifs de venues ; métrorragies ; travail et accouchement.