



HAL
open science

Prévalence des consultations traumatologiques aux urgences pouvant relever de la médecine générale : une étude prospective sur 288 patients

Audrey Hurstel, Olivier Matarese, Rémi Paulaud-Bayard

► To cite this version:

Audrey Hurstel, Olivier Matarese, Rémi Paulaud-Bayard. Prévalence des consultations traumatologiques aux urgences pouvant relever de la médecine générale : une étude prospective sur 288 patients. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-01092793

HAL Id: dumas-01092793

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01092793>

Submitted on 9 Dec 2014

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.

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>

Prévalence des consultations traumatologiques aux urgences
pouvant relever de la médecine générale ambulatoire :
Étude prospective sur 288 patients

Thèse d'exercice présentée pour l'obtention du Doctorat en Médecine Générale

Audrey HURSTEL

née le 29/10/1984

à Neuilly-sur-Seine (92)

Olivier MATARESE

né le 05/03/1984

à La Tronche (38)

Rémi PAULAUD-BAYARD

né le 21/12/1983

à Echirolles (38)

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble

le 17 Décembre 2013

Devant le jury composé de :

M. le Professeur Dominique SARAGAGLIA, président du jury

M. le Professeur François MOUTET

M. le Professeur Jean-Guy PASSAGIA

M. le Docteur Eric CARPENTIER

M. le Professeur Patrick IMBERT, directeur de thèse

Remerciements

Au Professeur Dominique SARAGAGLIA, pour avoir accepté de présider ce jury, pour son implication dans notre formation en traumatologie, pour tous ses conseils pratiques réunis dans un ouvrage qui ne nous quitte plus.

Au Professeur François MOUTET, pour avoir accepté de participer à ce jury, pour nous avoir initié à la pratique chirurgicale pendant nos stages en chirurgie de la main comme aux urgences.

Au Professeur Jean-Guy PASSAGIA pour sa rapidité de réponse, pour nous avoir enseigné bien plus que la médecine depuis les cours magistraux en première année jusqu'au service de Neurochirurgie.

Au Dr Eric CARPENTIER, pour avoir accepté de juger notre travail, pour le partage de son expérience pratique et pour son enthousiasme.

Au Professeur Patrick IMBERT, pour avoir accepté d'être notre directeur de thèse, pour sa précieuse aide tout au long de ce travail. Pour nous avoir fait aimer la médecine générale. Et plus généralement pour son implication dans le renouveau de notre discipline.

A tous les médecins et aux équipes soignantes des urgences de l'Hôpital Sud, de Chambéry et d'Annecy, qui ont accepté notre présence dans leur service : Dr JJ. Banihachemi, Dr P. Lesage, Dr Savary, Dr J.Louis. Merci pour votre accueil chaleureux et votre aide.

A tous les médecins généralistes et urgentistes ayant participé à la réalisation de la grille de critères décisionnels.

A tous ceux qui nous ont aidés, soutenus et « supportés » pendant ces mois de travail.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Faculté de Médecine Postes PU-PH 2012-2013

PUPH 2012-2013

Nom - Prénom	Discipline
ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	chirurgie générale
BACONNIER Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO Jacques	Radiothérapie
BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI Jean-Claude	Dermato-vénérologie
BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER François	Biologie cellulaire
BLIN Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BONAE Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
BOUILLET Laurence	Médecine interne
BRAMBILLA CHRISTIAN	Pneumologie
BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CAHN Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire

Faculté de Médecine Postes PU-PH 2012-2013

CESBRON Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON Philippe	Anatomie
CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
CHIROSSEL Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS Maurice	Addictologie
DEMONCEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES Jean-Luc	Urologie
ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN Claude	Physiologie
FONTAINE Eric	Nutrition
FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARRAN Frédéric	Hématologie, transfusion
GAUDIN Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement

Faculté de Médecine Postes PU-PH 2012-2013

GAY Emmanuel	Neurochirurgie
CRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI Serge	Nutrition
HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
HOMMEL Marc	Neurologie
JOUK Pierre-Simon	Génétique
JUVIN Robert	Rhumatologie
KAHANE Philippe	Physiologie
KRACK Paul	Neurologie
KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LABARERE José	Département de veille sanitaire
LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LE BAS Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX Dominique	Génétique
LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
LETOUBLON Christian	chirurgie générale
LEVY Patrick	Physiologie
LUNARDI Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT Jacques	Cardiologie
MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE Anne	Médecine et santé au travail

Faculté de Médecine Postes PU-PH 2012-2013

MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
MORO Elena	Neurologie
MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
PALOMBI Olivier	Anatomie
PASSAGIA Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PISON Christophe	Pneumologie
PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
POLACK Benoît	Hématologie
PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
RAMBEAUD Jacques	Urologie
REYT Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET J. Paul	Ophtalmologie

Faculté de Médecine Postes PU-PH 2012-2013

SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
SERGENT Fabrice	Gynécologie obstétrique
SESSA Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT Jean-François	Réanimation
TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO Gérald	Cardiologie
VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI Philippe	Néphrologie
ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

MCU-PH 2012/2013

Nom - Prénom	Discipline
APEL Florent	Ophtalmologie
BOISSET Sandrine	Agents infectieux
BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
BOUJONNAT Jean	Cytologie et histologie
BOUZAT Pierre	Réanimation
BRENIER-PINCHART M. Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
DERANSART Colin	Physiologie
DETANTE Olivier	Neurologie
DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN) Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET Patrick	Physiologie
PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé

PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
RAY Pierre	Génétique
RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
SATRE Véronique	Génétique
STASIA Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER Renaud	Physiologie

Sommaire

Introduction	Page 11
Matériel et méthode	Page 12
Résultats	Page 14
Discussion	Page 18
Conclusion	Page 22
Résumé	Page 23
Références	Page 25
Annexes	Page 27
Remerciements personnels	Page 32
Serment d'Hippocrate	Page 35

Introduction

En France, entre 2002 et 2010, le nombre de passages dans les services d'accueil des urgences (SAU) a augmenté de 25% (passant de 14 à 17.5 millions par an)¹. Les patients classés en CCMU I et II (annexe A) à l'issue de leur passage, représentaient 88% de l'activité¹. Une analyse qualitative auprès de professionnels de santé des SAU a montré que l'encombrement de ces services peut poser des problèmes organisationnels, avec un risque de perte de chance pour les cas graves². De plus, une revue de la littérature³ datant de 2008 vient appuyer ce ressenti et met en évidence une probable augmentation des coûts.

Par ailleurs, la proportion des consultations non urgentes au sein des SAU varie de 4.8% à 90% selon les études⁴. L'hétérogénéité de ces résultats s'explique par des différences de méthodologie : analyse prospective, rétrospective, critères multiples et parfois subjectifs. Les précédentes études sur ce sujet ont été menées sur l'ensemble des motifs de consultations et très peu dans le domaine traumatologique⁴. Pourtant, la traumatologie a été identifiée comme le principal motif de recours aux urgences représentant 48% des passages⁵. Il a été observé que 92% des patients victimes d'accidents venaient sans avis médical et les trois quarts se présentaient entre 7h et 19h⁶. Ces derniers éléments seraient communs avec le fonctionnement de la médecine générale ambulatoire.

Néanmoins, la traumatologie prise en charge en médecine générale représente moins de 1% de l'ensemble de l'activité⁷ et 11.6% des recours non programmés⁸.

L'objectif principal de ce travail était de déterminer la prévalence des consultations traumatologiques aux urgences pouvant être prises en charge en médecine générale ambulatoire.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier les motivations des patients les conduisant aux urgences.

Matériel et Méthode

Protocole :

L'étude était épidémiologique, ouverte, prospective, multi-centrique et réalisée simultanément aux urgences des Hôpitaux de Chambéry, Annecy et Grenoble (Hôpital Sud). Les investigateurs ont recueilli directement les données sur chaque site durant 10 jours ouvrés, du 15 au 31 Mai 2013.

Les critères d'inclusions des patients étaient : âge supérieur à 18 ans, avoir accepté de participer à l'étude, avoir déclaré un médecin traitant exerçant dans le secteur géographique du site de recueil. Ils devaient consulter aux urgences pour un motif traumatologique, entre 8h et 18h les jours d'inclusion, sans avoir reçu d'avis médical préalable.

A été considéré comme consultation traumatologique, toute atteinte à la santé résultant d'une action extérieure et soudaine. Par exemple, les patients consultant pour des lombalgies non traumatiques n'étaient pas inclus.

Le critère de jugement principal était d'identifier si la prise en charge du patient en ambulatoire par le médecin traitant était possible.

Pour cela, les patients ont été classés en 2 groupes par l'application de dix critères décisionnels obtenus par la méthode Delphi (annexe B). Les deux groupes étaient : prise en charge possible par le médecin traitant (MT) versus prise en charge aux urgences justifiée (U). Les patients présentant au moins un des critères décisionnels étaient classés dans le groupe U.

La Méthode Delphi consiste à organiser une consultation d'experts sur un sujet précis pour permettre l'émergence d'un consensus à partir de questions qui leurs sont posées⁹ (annexe B).

Les experts devaient être représentatifs des soins de premiers recours en traumatologie dans les agglomérations observées. Ils ont été choisis dans le réseau de connaissances des investigateurs.

Onze médecins généralistes et 6 urgentistes ont été contactés par courriel.

Dix des 17 médecins contactés ont répondu. Le groupe définitif d'experts était constitué de 7 médecins généralistes et de 3 urgentistes.

La première question qui leur a été soumise était : « *Pourriez-vous faire une liste de 10 critères, généralisables à l'ensemble de la pathologie traumatologique, qui vous feraient orienter un patient vu au cabinet directement aux urgences* ». Trente et un critères ont été obtenus.

Secondairement, chaque expert devait sélectionner 10 critères parmi les 31 et les classer par rang d'importance. L'analyse des réponses par fréquence a permis d'établir une liste unique de 10 items.

Lors du recueil des données, un questionnaire (annexe C) a été soumis à chaque patient inclus en entretien individuel, après le triage à l'accueil et avant l'examen médical. Cinq questions fermées, portant sur les motivations de venue aux urgences leur ont été posées.

L'âge, le sexe des patients, la ville d'exercice de leur médecin traitant et les réponses au questionnaire ont été recueillis sur une fiche anonyme.

Exploitation des résultats :

Les données ont été collectées et analysées par utilisation du logiciel Statview 5.0.

Bibliographie :

Une revue de la littérature a été effectuée sur la base Medline (PubMed) de 1998 à 2013, avec les requêtes principales suivantes : « *Emergency Service, Hospital* », « *Health Services Misuse* », « *Orthopaedic emergency AND General practice* »

Une recherche manuelle a également été effectuée au sein de la bibliographie des articles sélectionnés.

Comité d'éthique :

La CNIL a été contactée. Aucune formalité n'a été requise au titre de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

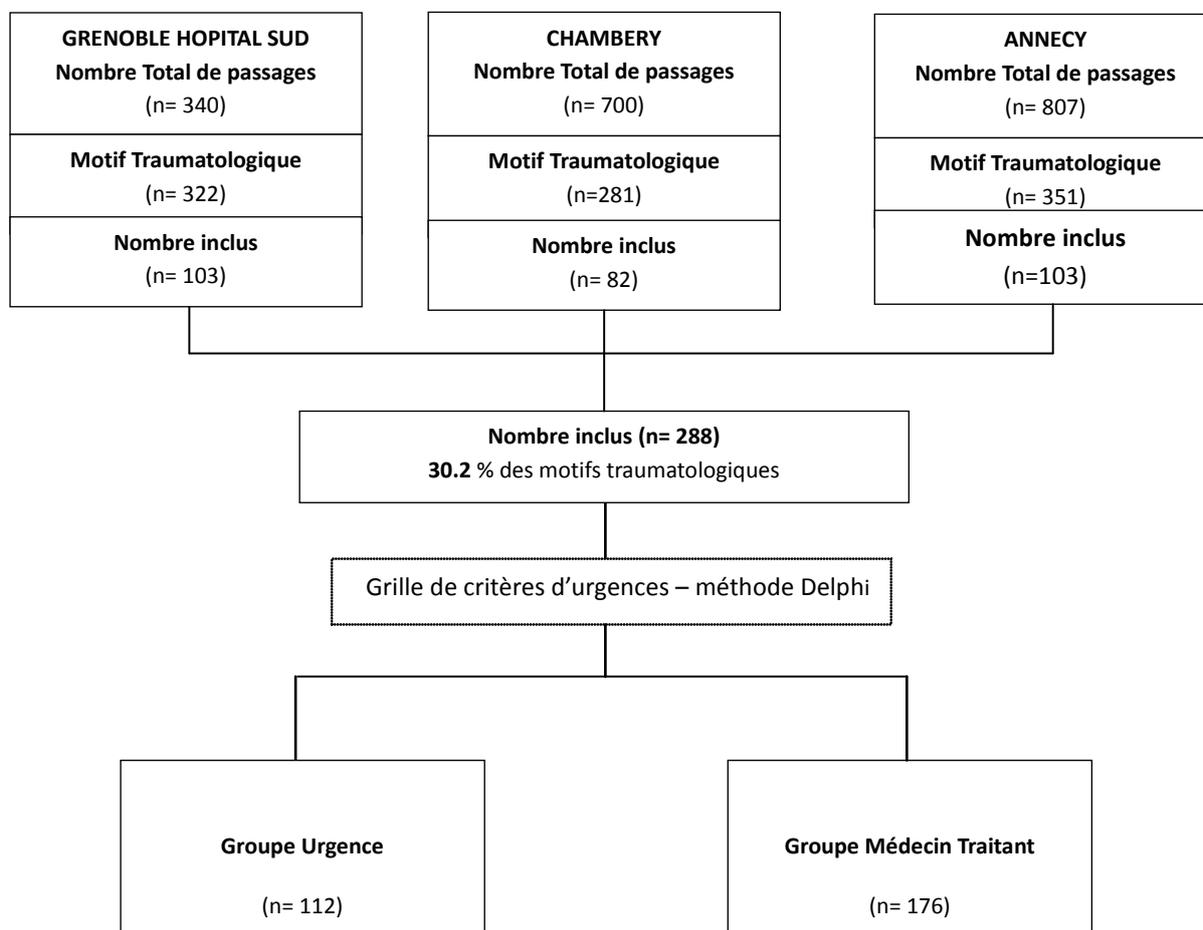
Résultats

Résultats principaux :

Pendant la période d'inclusion, 1847 patients se sont présentés aux urgences des 3 sites. Parmi ces patients, 954 ont consulté pour un motif traumatologique dont 288 ont été inclus soit 30.2% (IC : 27.3-33.1).

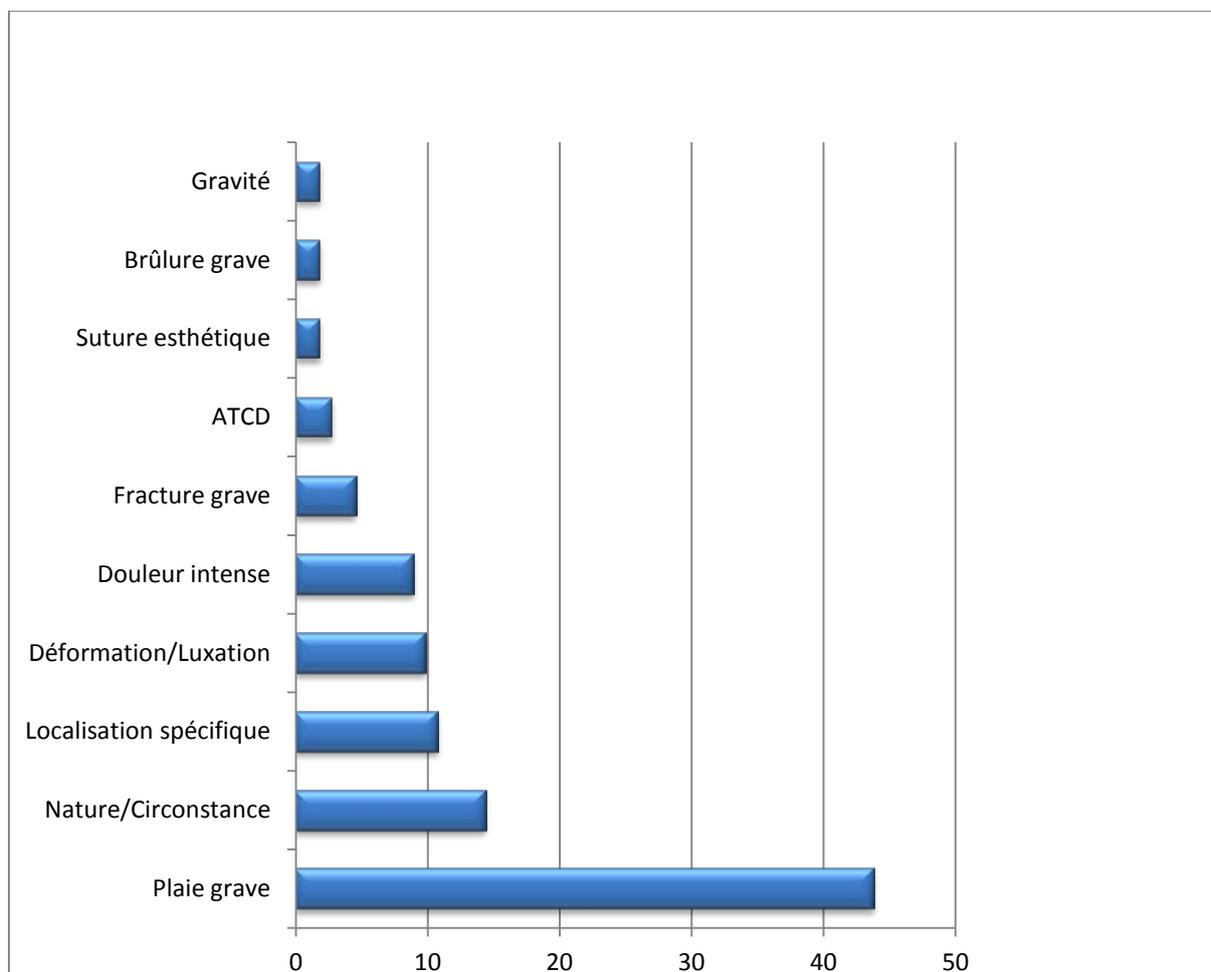
Les critères de non inclusions ont été : âge inférieur à 18 ans, motif de consultation non traumatologique, avis médical préalable (médecin traitant ou autre, centre 15), médecin traitant non déclaré ou hors secteur géographique. Aucun patient n'a refusé de participer à l'étude.

La prise en charge en ambulatoire par le médecin traitant était possible pour 176 patients parmi les 288 inclus, soit 61.1% (IC : 55.5-66.7).



Critères relevant des urgences :

Les principaux critères d'inclusions dans le groupe **Urgence** (n=112) sont: Plaie grave (n=49 ;43.7% IC : 34,6 -52,9), nature et circonstance du traumatisme (n=16 ;14.3% IC : 7,8-20,8), localisation spécifique du traumatisme (n=12 ;10.7% IC : 5,0-16,4), déformation luxation d'un membre (n=11 ; 9.8% IC : 4,3-15,3), douleur intense (n=10 ; 8.9% IC : 3,6-14,2).



Répartition par sexe :

L'échantillon était composé de 171 hommes (59,4% - IC 53,7-65,0), pour 117 femmes (40,6% - IC 35,0 à 46,3) et l'âge moyen était de 39 ans (min : 18 ans, max : 89 ans).

Tranche d'âge	Effectif
18-29	31.3% (IC 25.9-36.6)
30-39	24.3% (IC 19.4-29.3)
40-49	20.1% (IC 15.5-24.8)
50-59	13.9% (IC 9.9-17.9)
plus de 60 ans	10.4% (IC 6.9-13.9)

Distance Médecin Traitant-Urgences

La distance moyenne du lieu d'exercice du médecin traitant par rapport à l'Hôpital de consultation était de 8.1 km (1-30) pour Grenoble, de 9.8 km (2-41) pour Chambéry et de 11.1 km (1-53) pour Annecy.

Raisons ayant motivé la consultation aux urgences:

Parmi les propositions, les patients ont choisi : la nécessité de réaliser des examens complémentaires pour 28.5% (IC : 23,3-33,7), la sensation de gravité / nécessité d'une hospitalisation pour 21.2% (IC : 16,5-25,9), la rapidité de la prise en charge pour 19.8% (IC : 15,2-24,4), la proximité des urgences pour 19.8% (IC : 15,2-24,4), l'absence du MT ou le refus de voir le remplaçant pour 10% (IC : 6,6-13,5), l'absence d'avance des frais pour 0.7% (IC : -0,3-1,7).

Médecin traitant et traumatologie :

50% des patients (IC : 44,2-55,8) ont répondu oui à la question : « pensez-vous que votre médecin traitant n'aurait pas été en mesure de régler ce problème traumatologique ? ».

Prise en charge complète en un même lieu :

Selon leur avis, 87.5% (IC : 83,7-91,3) des patients sont venus aux urgences pour bénéficier d'une prise en charge complète en un même lieu de consultation.

Réalisation de démarches personnelles :

Avant de se présenter aux urgences, 64.2% (IC : 58.7-69.8) des patients de notre échantillon ont réalisés des démarches de soins. Les propositions les plus citées ont été : l'automédication (pour 133 patients) et la prise de conseil d'un proche (127 patients). La tentative de joindre le MT n'a été rapporté que par 46 patients.

Recours antérieur aux urgences :

Parmi les patients interrogés, 64.9% (IC : 59,4 à 70,4) s'étaient déjà rendus aux urgences pour un problème traumatologique du même type.

Accidents du travail :

Les accidents du travail ont représenté 33.7% (IC : 28,2-39,1) des patients de notre échantillon.

Discussion

Limites et biais

La part de consultation pour motif traumatologique a représenté 41,9% (IC : 39.4-44.4) des passages aux urgences des CH de Chambéry et d'Annecy. Une proportion similaire de 48% a été retrouvée dans l'étude de la DREES 2003 avec un recueil sur 24h⁵.

La vocation ortho-traumatologique quasi exclusive des Urgences de l'Hôpital Sud de Grenoble rend la comparaison de ce résultat non pertinente.

Bien que 70% des 6-15 ans consultent aux urgences pour un motif traumatologique⁵, les mineurs n'ont pas été inclus pour plusieurs raisons. Les prises en charges traumatologiques étant différentes en fonction des âges de croissance, le façonnement d'une grille de critères décisionnels aurait été moins reproductible. De plus, le recueil d'informations fiables est plus difficile auprès de jeunes enfants, et nécessite l'accord des deux parents, rendant l'inclusion plus compliquée.

Des limites sont apparues dans la mise en pratique de la méthode Delphi. En effet, ce protocole nécessite 3 tours de concertation. Pour respecter le calendrier de l'étude, les deux premiers tours de la méthode ont été fusionnés en un seul.

L'administration du questionnaire en entretien individuel a pu être source d'un biais déclaratif, notamment en ce qui concerne l'avance des frais médicaux.

De façon inattendue, les accidents du travail ont représenté une part importante de notre échantillon (33,7%) comparativement aux chiffres nationaux disponibles en traumatologie (19%)⁵. Cet écart s'explique notamment par des horaires d'inclusion différents. Dans cette population, il semble exister une disparité de prise en charge entre les employeurs. En effet, certains employés déclaraient être orientés systématiquement vers les urgences devant tout traumatisme survenant sur le lieu de travail. Il pourrait donc s'agir d'un biais de sélection.

Méthode :

L'originalité de ce travail repose sur la définition de critères de jugement adaptés à la médecine générale et explicites, obtenus par la méthode Delphi.

Cette méthode a été choisie afin d'obtenir une meilleure reproductibilité pour la classification des patients entre les groupes MT et U. Le nombre de 10 critères a été défini arbitrairement.

Ceux-ci avaient pour objectif de formaliser les éléments amenant à la prise de décision en médecine générale. Ces critères devaient être simples et applicables à l'ensemble de la pathologie traumatique. La question posée aux experts était volontairement ouverte pour leur permettre de nommer des critères non uniquement cliniques. En effet, la prise de décision en

soins primaires est pluri factorielle et respecte une approche globale centrée sur le patient¹⁰.

Le choix d'inclure les patients uniquement pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux, a permis de diminuer l'inclusion des personnes venant aux urgences sans avoir la possibilité de consulter le médecin traitant au préalable. Les patients ne devaient pas avoir reçu d'avis médical au préalable, pour ne pas être influencés dans leur choix du lieu de consultation.

Le médecin traitant devait être installé dans le secteur géographique pour éviter le biais de recrutement des patients uniquement de passage dans l'agglomération.

Résultat principal

Dans cette étude la prévalence des consultations traumatologiques aux urgences pouvant être prises en charge en ambulatoire est de 61.1%.

Dans la littérature, il n'a été retrouvé qu'une seule étude s'intéressant spécifiquement à la prévalence des consultations aux urgences traumatologiques pouvant relever de la médecine générale¹¹. Cette étude incluait 39 172 patients, parmi ceux-ci 43.5% auraient pu être pris en charge par le MT. Cependant, il existe des différences de protocole : critères de jugement non présentés, étude rétrospective et inclusion uniquement pendant les week-end.

Une autre étude menée par Trinh-duc et al sur 639 passages aux urgences retrouvait 343 patients consultant pour un motif traumatique¹². Une analyse en sous groupe montre que l'association « plaie, entorse, petite traumatologie, brûlures externes » et CCMU 1 et 2 représente 80.2% de la traumatologie. La comparaison avec notre étude est à nouveau difficile, tous les patients se présentant aux urgences ont été inclus quelque soit l'heure, le jour et le mode de venue.

Notre travail suggère un usage inadéquat des SAU en ce qui concerne la traumatologie, pour la population étudiée.

Les précédentes études citées viennent étayer notre résultat principal. La majorité des consultations traumatologiques spontanées aux urgences sont non graves et semblent pouvoir relever de la médecine de ville.

Résultats secondaires

L'étude qualitative de Gentile et al², montre que les professionnels de santé des urgences font la distinction entre les recours « non urgents » et « inappropriés ». Pour la plupart de ces professionnels, même la traumatologie non urgente semble cependant relever des SAU. Ce ressenti des soignants, bien que discordant avec notre résultat, est également partagé par les patients.

En effet dans notre étude, 50% des patients interrogés ont considéré que leur MT n'aurait pas été en mesure de les prendre en charge pour le problème les ayant conduit aux urgences.

De plus, une étude néerlandaise s'est intéressée aux motivations des patients auto-référés aux SAU. Parmi ceux-là, 70% étaient venus pour un motif traumatologique. Alors que 85% des patients déclaraient être satisfaits des soins de leur MT, ils étaient pourtant 66% à penser qu'il n'aurait pas été capable de les prendre en charge pour leur problème¹³.

Est-ce le niveau de compétence en traumatologie perçu de leur MT qui interviendrait dans le choix de consulter aux urgences? La prévalence de la traumatologie aux urgences étant plus importante qu'en médecine générale^{5,7}, les urgentistes bénéficient de plus d'expérience pratique. Le perfectionnement des compétences médicales dépend, entre autre, de la pratique clinique, encore plus particulièrement dans le domaine traumatologique. Ainsi, bien qu'il semble établi une confiance des patients pour leur MT, en cas d'accident ou d'urgence ressentie, ils préfèrent consulter les urgences de façon réflexe. En France, dans cette situation quatre patients sur dix n'ont même pas pensé à contacter leur MT⁵. Dans notre étude ils sont 84% à ne pas l'avoir appelé.

De même, 24.1% des patients considèrent les SAU comme « *plus capables* » de répondre à une prise en charge rapide et efficace². Ils mentionnent pour cela des difficultés dans la prise de rendez-vous en ambulatoire (indisponibilité du médecin traitant et délais importants). Dans notre étude, la rapidité de prise en charge est apparue également comme une des principales motivations (19.8%).

Pourtant, d'après une enquête nationale portant sur 17 254 consultations non programmées en médecine générale, seulement 3.7% des patients consultant pour un motif traumatologique ont été réorientés aux urgences¹⁴. De cette étude ressort également que 9% de ces patients gérés en ville sont orientés vers un suivi spécialisé. Ces données confirment la possibilité de prise en charge en ambulatoire des pathologies traumatologiques non graves, reposant sur une bonne coordination des soins entre généralistes, radiologues et orthopédistes.

En effet, en 2004 les demandes de soins non programmées étaient estimées à 35 millions en médecine générale alors que le nombre de passages aux urgences cette année là était de 14 millions⁸. La médecine générale propose donc des possibilités de recours « urgent », il s'agit là d'une de ses missions génériques¹⁵. Les patients apparaissent ainsi comme les seuls responsables de leur trajectoire de soins.

Notre étude s'est également intéressée aux motivations des patients les conduisant aux urgences. La nécessité de réaliser des examens complémentaires est apparue comme la principale motivation, comme retrouvé dans d'autres études^{5,16}. Cette réponse est appuyée par l'importance pour les patients d'être pris en charge de façon globale en un même lieu (87.5%).

Pour un motif de consultation traumatologique, des radiographies sont réalisées chez 93.4% des patients consultant aux urgences¹¹, et chez 30.5% en médecine générale¹⁴. Il existe plusieurs

pistes de réflexion sur cette différence de prescription. Il pourrait s'agir de l'accessibilité directe au plateau technique et de la différence d'expérience entre les praticiens. Toutefois, ces chiffres sont à tempérer par un biais de sélection sur le niveau de gravité globale entre urgences et médecine de ville. Notre population ne représentait en effet que 30.2% des passages pour un motif traumatologique.

Seulement 2 patients sur 288 ont choisi l'absence d'avance de frais comme principal motif de venue. Ce résultat paraît faible par rapport à une étude réalisée aux urgences de Nanterre où il était de 9.9%¹⁷, mais pour lequel la modalité de réponse était à choix multiple.

La sensation de gravité a été exprimée par seulement 21.2% des patients. Parmi ceux-ci 55.7% ont été classés dans le groupe Urgences. Ainsi, à peine plus de la moitié des patients se considérant comme graves, l'ont été au regard de notre grille décisionnelle. La notion d'urgence est « *complètement dépendante du patient* »¹⁶. La douleur est la première raison évoquée par les patients interrogés au SAU pour expliquer leur sentiment d'urgence¹⁸. En ambulatoire, ce motif est également cité en premier lieu⁸. Face à ce sentiment d'urgence, la rapidité de prise en charge semble être leur préoccupation première¹⁸. Ils souhaitent avant tout être soulagés rapidement quelque soit leur niveau gravité, au sens médical du terme. Le concept d'urgence diffère donc entre le patient et le médecin.

Face à cette réalité, des solutions peuvent être proposées pour diminuer la saturation des SAU.

La préférence des patients pour les urgences pourrait être mise en lien avec l'évolution de la société, notamment vers des comportements consuméristes² et une culture de l'instantanéité. Il semble donc nécessaire de mieux éduquer les patients sur le mode de recours en première intention. Malgré tout, le médecin généraliste doit savoir admettre ses limites, en traumatologie comme dans toutes les autres spécialités d'organes, et savoir parfois réorienter le patient¹⁰.

Le vieillissement de la population et l'évolution de la démographie médicale entraînent une augmentation des consultations poly-pathologiques et complexes en ambulatoire. Le mode de fonctionnement sur rendez-vous semble être ainsi le plus adapté à ce type de consultations. Cependant, la traumatologie est par définition un motif de consultation non programmée. Les médecins généralistes seraient-ils en mesure d'absorber ce volume de consultations supplémentaires ?

Le développement de filières courtes hospitalières exclusivement dédiées à la traumatologie pourrait être proposé comme solution alternative. En effet, la prise en charge de ces pathologies dans ces structures spécifiques permettraient de désengorger les SAU.

Conclusion

La majorité des consultations traumatologiques spontanées aux urgences pourrait être prise en charge en ambulatoire. Dans ce domaine, l'éducation des patients sur le mode de recours aux soins de première intention devrait donc être améliorée. Cependant les MT seraient-ils en mesure d'absorber le volume de consultations supplémentaires ainsi généré ? Une autre solution pourrait être le développement de filières courtes hospitalières exclusivement dédiées à la traumatologie. Pour éclairer ces derniers points, la réalisation d'études qualitatives sur ces différents acteurs, serait intéressante. D'une part, centrée sur le médecin généraliste concernant les motivations ou freins dans la prise en charge de la traumatologie. D'autre part, sur les patients en approfondissant les raisons de leurs préférences pour les urgences dans ce domaine.

Thèse soutenue par Audrey HURSTEL, Olivier MATARESE et Rémi PAULAUD-BAYARD.

Prévalence des consultations traumatologiques aux urgences pouvant relever de la médecine générale ambulatoire : étude prospective sur 288 patients.

Introduction

La traumatologie a été identifiée comme le principal motif de recours aux urgences représentant 48% des passages. En médecine générale, cette proportion est inférieure à 1% de l'activité et représente 11.6% des recours non programmés.

L'objectif principal de ce travail était de déterminer la prévalence des consultations traumatologiques aux urgences pouvant être prises en charge en ambulatoire.

Méthode

L'étude était épidémiologique, ouverte, prospective, multi-centrique, réalisée simultanément aux urgences des Hôpitaux de Chambéry, Annecy et Grenoble (Hôpital Sud), en semaine de 8h à 18h. Les critères d'inclusions étaient : être majeur, avoir déclaré un médecin et consulter aux urgences pour un motif traumatologique sans avoir reçu d'avis médical préalable. Les patients ont été classés en 2 groupes : prise en charge possible par médecin traitant (MT) versus prise en charge aux urgences (U). Ce classement a été réalisé par l'application de 10 critères décisionnels obtenus par la méthode Delphi auprès d'un groupe de 12 experts. Un questionnaire a été soumis à chaque patient en entretien individuel, portant sur les motivations de venue aux urgences.

Résultats

1084 patients se sont présentés aux urgences, 954 ont consulté pour un motif traumatologique, 288 ont été inclus soit 30.2%. La prise en charge en ambulatoire par le MT était possible pour 176 patients soit 61.1% (IC : 55.5-66.7). La nécessité de réaliser des examens complémentaires est apparue comme étant la motivation principale pour 28.5% (IC : 23,3-33,7).

Conclusion

La majorité des consultations traumatologiques spontanées aux urgences pourrait être prise en charge en ambulatoire. Dans ce domaine, l'éducation des patients sur le mode de recours aux soins de première intention devrait donc être améliorée. Cependant les MT seraient-ils en mesure d'absorber le volume de consultations supplémentaires ainsi généré ? Une autre solution pourrait être le développement de filières courtes hospitalières exclusivement dédiées à la traumatologie.

Vu et permis d'imprimer

Grenoble le 26 Novembre 2013



LE PRESIDENT DE LA THESE

Pr D. SARAGAGLIA

HOPITAL SUD de GRENOBLE
Clinique de Chirurgie Orthopédique
Traumatologie du Sport, Urgences
Professeur D. SARAGAGLIA
Avenue de Kimberley - B.P. 338
38434 ÉCHIROLLES Cedex

Summary

Objectives

Orthopedic problems have been identified as the main reason to use the emergency department (ED), representing 48% of admissions. In primary care, this proportion is less than one percent, and represents 11.6% of unscheduled care. The main objective of this survey was to determine the prevalence of orthopedic problem's in the ED that can be managed by a general practitioner (GP).

Method

An epidemiological, open, prospective and cross sectional survey was performed simultaneously, Monday through Friday for ten consecutive days from 8am to 6pm, within the ED Hospital's of Chambéry, Annecy and Grenoble (Hôpitale Sud). Eligibility criteria were: self-referral, patients over 18, to have their own GP and consulting for orthopedic conditions. Patients were categorized into two groups: possible GP management versus required emergency care. By using the Delphi method, ten specific criteria categories were used to classify the patients, based on the advice of 10 medical doctors.

Each patient was interviewed about their reasons to come to the ED.

Results

1847 patients went to the ED, 954 had orthopedic problems, 288 (30.2 %) were included in the survey. GP management was possible for 176 patients 61.1% (CI : 55.5-66.7). Para clinical examination requests were the main motivation for 28.5% (CI : 23.3 to 33.7) of visits.

Conclusion

It seems necessary to increase the patients awareness about how to use the first-line medical care for orthopedic problems. But, would GP be able to absorb this additional consultation volume? Another solution, could be the development of an emergency department unit exclusively dedicated to trauma.

Références

1. B Boisguérin, C Minodier. DRESS. Panorama des établissements de santé 2012 :144-5
2. Gentile S, Durand AC, Bongiovanni I et al. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale :Analyse de nouveaux comportements de santé. Journal Européen des Urgences 2007 ;20(1S) : 138-43
3. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. Ann Emerg Med 2008;52(2):126-36
4. Durand AC, Gentile S, Devictor B et al. ED patients: how non urgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. Am J Emerg Med 2011;29(3): 333-45
5. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences, premiers résultats d'une étude national. DREES. Etudes et Résultats 2003 ;212 : 1-8
6. Baudeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires des recours aux urgences hospitalières. DREES. Etudes et Résultats 2003 ;215 : 1-12
7. Labarthe G. Consultations et visites des médecins généralistes. DREES. Etudes et Résultats 2004 ;315 : 1-11
8. Collet M, Gouyon M. Genèse des recours urgents en médecine générale. DREES. Etudes et Résultats 2007 ;607 : 1-8
9. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. Brit Med J 1995 ;311(5) :376-80.
10. Compagnon L, Bail P, Huez JF et al. Définition et description des compétences en médecine générale. Exercer 2013 ;24(108) :148-55
11. Marinos G, Athanasios G, Kostas V et al. Primary care in the management of common orthopaedic problems. Quality in primary care 2008;16(5): 3459

12. Trinh-duc A, Perier C, Fort P et al. Y a-t-il lieu de modifier la prise en charge des patients CCMU I et II? *Journal Européen des Urgences et de Réanimation* 2002 ;15(1) : 15-24
13. Van Charante M, Peter E, Ter Riet G, Bindels P. Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: patients' motives and characteristics. *Patient Educ Couns* 2008;70(2) : 25665.
14. Gouyon M. Les urgences en médecine générale. DREES. *Séries statistiques* 2006 ;94 : 43-5
15. Allen J, Gay B, Crebolder H et al. The European definition of general practice. WONCA. 2011.
16. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J et al. Attitudes et comportements des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé publique* 2004 ;16(1) : 63-74.
17. Meunier L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Université Paris VII, Faculté de médecine Xavier Bichat ;2009.
18. Lesigne E. L'urgence et ses représentations : enquête auprès des usagers, place de la médecine générale et des services d'urgence. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Université Rennes 1 ;2001.

Annexe A : Classification Clinique des Malades des Urgences

Cotation à réaliser à l'arrivée du patient aux urgences à la fin de l'interrogatoire, du bilan des fonctions vitales et de l'examen clinique qui peut comprendre : une glycémie capillaire, une bandelette urinaire, un micro-hématocrite, un électrocardiogramme et une mesure de la saturation percutanée. Cette classification comprend cinq niveaux auxquels certaines équipes rajoutent deux autres classes :

- CCMU 1 état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable avec abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser au service des urgences
- CCMU 2 état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser aux urgences
- CCMU 3 état lésionnel ou pronostic fonctionnel susceptible de s'aggraver aux urgences et n'engageant pas le pronostic vital
- CCMU 4 situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique immédiate de manœuvres de réanimation
- CCMU 5 situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation

Référence : Société Française de Médecine d'Urgence. Cahier des charges National pour l'informatisation des services d'urgences.

Annexe B : La méthode Delphi

La Méthode Delphi consiste à organiser une consultation d'experts sur un sujet précis pour permettre l'émergence d'un consensus à partir de questions qui leur sont posées⁹. Sa mise en œuvre s'effectue en plusieurs étapes : définition précise de l'objet sur lequel portera l'analyse, sélection des experts, élaboration du questionnaire, administration des questions et traitement des résultats.

Pour être représentatif des soins de premiers recours en traumatologie dans les agglomérations observées, les experts ont été sélectionnés au sein de celles-ci. Les médecins devaient avoir une activité de médecine générale non orientée spécifiquement vers la traumatologie. Par exemple ont été exclus les médecins de montagne qui ont davantage vocation à gérer des problèmes traumatologiques. Des médecins urgentistes ont également été contactés pour avoir une vision bilatérale du problème posé. La question était volontairement contextualisée en situation de soin primaire. L'anonymat était garanti pour diminuer le biais déclaratif.

Les médecins ont été choisis dans le réseau de connaissances des investigateurs, pour limiter le taux de non réponse. Dix sept experts, 11 médecins généralistes et 6 urgentistes, ont été contactés. Leur accord a été sollicité par téléphone.

Un courrier explicatif accompagné de la 1^{ère} question leur a ensuite été envoyé par courriel. Treize experts ont répondu, permettant la réalisation d'une grille intermédiaire de 31 items grâce à une première analyse.

Dans un deuxième temps, il a été demandé à chaque participant de sélectionner 10 critères parmi cette liste et de les classer par rang d'importance. Dix des 13 experts ont répondu à la dernière question. Une 2^{ème} analyse a permis l'obtention d'une grille composée uniquement de 10 critères.

Grille « intermédiaire » de 31 items.

1. Signes de gravité : Neurologique: déficit neurologique, état de conscience. Hémodynamique : instabilité, hémorragie apparente. Respiratoire: dyspnée intense. Atteinte viscérale. Surveillance étroite requise.
2. Fracture grave : fracture ouverte. Fracture déplacée.
3. Plaie grave : atteinte d'élément noble, nécessitant une exploration. Plaie profonde, souillée, délabrée ou articulaire.
4. Nature/circonstance du traumatisme : polytraumatisme, traumatisme à forte cinétique, par écrasement.
5. Douleur intense: EVA supérieure ou égale à 7, nécessité d'une antalgie IV.
6. Déformation d'un membre/luxation.
7. Impotence fonctionnelle.
8. Antécédent/comorbidité: AVK, hémophilie, grand âge, isolement, vie en institution.
9. Localisation spécifique du traumatisme : face, périnée, œil grave, rachis cervical/coxal, dentaire.
10. Confection d'un plâtre.
11. Choix du patient.
12. Niveau de connaissance du MG : peu d'expérience concernant la pathologie présentée.
13. Lieu : proximité des structures hospitalières et paracliniques.
14. Brûlure grave: 2^{ème} 3^{ème} degrés, localisation: face, périnée. Circonférentielle au niveau d'un membre. Surface importante.
15. Incertitude diagnostique.
16. Morsure.
17. Disponibilité des examens complémentaires.
18. Indication d'imagerie.

19. Retard dans le planning : forte affluence au cabinet médical.
20. Douleur exquise à la palpation.
21. Œdème persistant.
22. Hématome étendu.
23. Suspicion clinique de fracture.
24. Nécessité de soins en milieu stérile.
25. Pas de droit Sécurité Sociale.
26. Impossibilité de transport pour examens complémentaires ambulatoires.
27. Persistance des symptômes plus de 48h.
28. Agitation, opposition aux soins.
29. Manque de matériel au cabinet médical.
30. Nécessité d'une suture.
31. Nécessité d'une suture esthétique.

Liste définitive de 10 critères :

1. Signes de gravité : Neurologique: déficit neurologique, état de conscience. Hémodynamique : instabilité, hémorragie apparente. Respiratoire: dyspnée intense. Atteinte viscérale. Surveillance étroite requise.
2. Fracture grave : fracture ouverte, fracture déplacée.
3. Plaie grave : atteinte d'élément noble, nécessitant une exploration. Plaie profonde, souillée, délabrée ou articulaire.
4. Brûlure grave: 2^{ème} 3^{ème} degrés, localisation: face, périnée. Circonférentielle au niveau d'un membre. Surface importante.
5. Nature/circonstance du traumatisme : polytraumatisme, traumatisme à forte cinétique, par écrasement.
6. Déformation d'un membre/luxation.
7. Localisation spécifique du traumatisme : face, périnée, œil grave, rachis cervical/coxal, dentaire.
8. Antécédent/comorbidité : AVK, hémophilie, grand âge, isolement, vie en institution.
9. Douleur intense: EVA supérieur ou égale à 7, nécessité d'une antalgie IV.
10. Nécessité d'une suture esthétique.

Premier courrier envoyé aux médecins :

Bonjour,

Nous sommes trois internes en Médecine Générale à Grenoble (Audrey Hurstel, Rémi Paulaud-Bayard et Olivier Matarese). Nous sollicitons votre collaboration et votre aide pour notre travail de thèse qui a pour thème les Urgences Traumatologiques et la Médecine Générale.

L'objectif principal de la thèse est de recenser la part des consultations de traumatologie aux urgences qui auraient pu être prises en charge en cabinet de médecine générale en agglomération. L'intérêt est de mettre le doigt sur un comportement de consultation réflexe aux urgences qui tend à se généraliser même pour des motifs mineurs avec de nombreuses conséquences évidentes en terme de coût pour la société, de perte de temps pour les médecins urgentistes et de temps d'attente pour les patients.

La difficulté principale est de définir si la consultation nécessite ou non un plateau technique hospitalier pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique. Pour cela nous avons choisi d'élaborer une grille de critères décisionnels à partir de l'avis d'experts selon la méthode Delphi. Méthode validée, permettant la synthèse de données qualitatives.

Nous aurions donc besoin de votre collaboration, si vous l'acceptiez, pour la création de cette grille.

Votre participation pour nous est essentielle.

La procédure est simple. Nous cherchons à recueillir l'opinion d'un groupe d'une quinzaine d'experts compétents dans le domaine de la traumatologie et/ou de la médecine générale.

Si vous l'acceptez, vous aurez à répondre individuellement à trois questions successives qui vous seront transmises par courriel. Vous trouverez en pièce jointe la première question. La deuxième et troisième question seront construites à partir des réponses obtenues aux questions précédentes. Pour chacune d'elles, nous souhaiterions votre réponse sous 7 jours, de façon à ce que l'ensemble du processus puisse se dérouler en un mois.

Il est bien entendu que nous respecterons l'anonymat de vos réponses.

Nous vous remercions infiniment de votre participation.

Première question :

Pourriez-vous faire une liste de 10 critères généralisables à l'ensemble de la pathologie traumatologique, qui vont feraient orienter un patient (de plus de 18 ans) vu au cabinet directement aux urgences.

Classez ces 10 items par ordre d'importance décroissante du 1^{er} au 10^{ème} (le 1er étant celui qui vous semble être le problème majeur).

Vous pouvez, si vous le souhaitez, justifier ce choix et ce classement en quelques mots.

C'est à votre expertise personnelle que nous faisons appel. Vos réponses doivent donc refléter votre expérience et votre avis.

Deuxième courrier envoyé :

Bonjour à tous,

Tout d'abord nous voulions vous remercier pour vos réponses à la première question et votre précieuse aide. Notre travail avance bien et ce, grâce à vous !

Voici la 2^{ème} et dernière question.

Le but de ce dernier tour est de classer par rang d'importance les différentes réponses du groupe d'expert obtenues à partir de la première question.

Rappel de la question 1 = faire une liste de 10 critères (maximum) généralisables à l'ensemble de la pathologie traumatologique, qui vous feraient orienter un patient vu au cabinet directement aux urgences.

En pièce jointe, un tableau résumant les principales réponses du groupe d'expert.

=> Vous devez classer par rang d'importance les 10 réponses (maximum) qui vous semblent les plus pertinentes, en le notifiant dans la deuxième colonne, de 1 à 10.

Merci infiniment pour votre aide et votre temps.

Audrey HURSTEL

Olivier MATARESE

Rémi PAULAUD-BAYARD

Remerciements personnels d'Audrey

Avant toute chose, la famille :

Merci à mes parents de m'avoir soutenue pendant toutes ces années, pour votre amour, d'avoir supporté mes sautes d'humeur et avoir su me ré-aiguiller quand c'était nécessaire.

A Jé, pour notre belle complicité, pour me faire partager ta philosophie de la vie à chaque moment. Merci d'être toujours là pour me sortir de toutes les ornières où je me fourre régulièrement. Je t'aime Frangin !

A Aline, ma belle-sœur préférée, mon comité de relecture avisé. Merci pour tes conseils, et de partager une vision du métier assez proche de la mienne. Je suis heureuse de pouvoir te compter dans ma famille.

Puis les potes de médecine, tous ceux présents depuis le début de cette aventure. Ensemble nous avons traversé ces 10 dernières années sereins (ou presque...) grâce à tous ces moments inoubliables, que ça continue !

Merci à Julia, mon hypotonik préférée, pour ces discussions philosophiques sans fin, sans dénouement, mais tellement bonnes. Merci pour ton amitié franche et entière.

A Laurette la gaynette, pas si gaynette que ça. Merci pour tous les délires ensembles, et la colloc au Sappey. Faut qu'on se voit plus, tu me manques !

A Iana, notre amitié n'a pas changé entre la P1 et ces dernières années. Contentée que tu sois revenue dans le paysage, pour tout ce qu'on partage et pour tes sets de mix sur les Walt Disney !

Aux sage-poufs : Amé la passionnée et Manon, Oh putaing, CPV, et ton rire si communicatif.

A Delph, pour tout ce que l'on a découvert et partagé ensemble pendant l'externat, A Mada et ici.

A Léa et Virg, toujours présentes aux week-end filles, comme si on ne s'était jamais quittées.

A Yo, mon ptit poulet, toujours présent depuis la P1. La sérénité t'a accroché à Mayotte, couve bien !

A Piwai, instigateur des TP cuisines (Session revival 2014?), pour tes battles de tektonik inimitables et ton humour pince-sans-rire, et à Volga notre mascotte !

A Robin, de radio-potin sur les bancs de P1 à roi du billard philippin, en passant par le Férium et ton fauteuil de torture.

A Pich, pour tous les apéros viande rouge-vin rouge passés au bord de ta fenêtre pour cause de ségrégation non justifiée.

A Flo, pour ton sourire d'ampoule, Monstre !

A Fixou, pour être un ami malgré tout, et pour me faire danser des rocks endiablés.

A Julio, pour tes milles idées à la minute et pour nous avoir fait partagé de si bons moments tous ensembles dans un voyage magique.

Et aussi à tous les autres, en vrac parce que vous êtes trop nombreux, mais sans vous le paysage ne serait pas complet : Mathou mon ptit chou, Thib, Gluglu et Claire, Talweg, Princesse Sarah, Bapt, Pédro et Amé, Détri, Ali, Mueno, Jérem, Maya, Matt Coch le ptit chimiste....

Aux potes de Chambéry, qui illuminent ma vie :

Merci à Gigi, le promeneur de pigeon, capable de voir et de transmettre du rêve en toute chose. Tout nous réussi ensemble, même les petits dèj philo, bien que parfois houleux...Continuons encore longtemps comme ça, Buddy.

A Tiph, pour avoir partagé notre chambre d'internat et ton lit du peuple, pour nos confidences et ta façon d'être sur la même longueur d'onde. Vivement nos prochaines aventures !

A Yann, le montagnard rêveur, à Chris et Tim, de nous avoir fait partager le plus beau moment de leur vie, Soso, ton coccyx et ta « moustache », Jéjé, Audrey la Brune.

A mes rencontres inoubliables du Gabon :

Merci à Oriane, ma bonne étoile, ma colloc exceptionnelle, cette rencontre magique qui a marqué ma vie, à Pape son amoureux qui nous a initié aux joies... du Sh'Bam, à Jérem, notre chef de délég' et Mag pour ce qu'ils m'ont apporté là-bas, à Capu pour être telle qu'elle est, à Hélène pour sa fraîche naïveté, à Brice, Cyril, Sam, au Dr Menguet et toutes les infirmières, psycho et AS de N'Kembo pour ces moments parfois déroutants.

Pour les inclassables :

Merci à Eglantine, mon amie de toujours, tu fais partie de mes racines et je ne changerai ça pour rien au monde.

A Vinz, ami pour la vie, oh yeah, pour m'ouvrir à un autre monde que celui de la médecine et pour tous ces moments précieux passés et à venir.

A Amélie, une jolie rencontre, au coin d'une table du Bayard ou en Lozère, on refera le monde, encore et encore.

A mes maîtres de stages, et mes collègues remplacés, pour me transmettre une vision de la médecine générale engagée, au plus proche des patients, touchante, ne cessant jamais d'apprendre, et toutes ces choses qui rendent notre métier beau au fil des jours...

A mes co-thésards, Minor et Polo, agréablement surprise par notre complémentarité, votre tolérance sur mes horaires, et fière d'avoir fait ce travail avec vous.

Remerciements personnels d'Olivier.

A ma mère, pour son soutien indéfectible et de tous les instants, pour m'avoir transmis la force de l'optimisme comme mode de vie. Et à qui je dois tout.

A mon père (ainsi qu'à Elena): pour ses encouragements, et m'avoir transmis de nombreuses passions.

A mon frère, mon ami, mon complice de vie, et dont je suis si fier.

A mes grand parents : Juliette & François DAVID et Yvonne & Joseph MATARESE.

A ma famille : Françoise & Christian, pour m'avoir éveillé à « l'art dramatique » et aux voyages, Ludivine, Yvan, Gérard, Marthe, Emilie et Lauren.

A mes cothésards, pour le plaisir que j'ai eu à effectuer ce travail avec eux. A Audrey pour son enthousiasme, sa clairvoyance et sa rousseur. A Polo pour son humour décapant, la pertinence de ses remarques, et ces 3 années vécues sous le même toit.

A tous les maîtres de stage qui m'ont marqués : Dr Ouvrard (tu peux l'aimer la vie !!), Abadie, Lévi, Banihachemi, Fouillard et spécialement le Dr Bendamene pour sa gentillesse et son influence sur ma pratique.

A toute l'équipe des urgences de l'Hôpital Sud, pour le plaisir que j'ai eu à travailler avec eux.

Aux néo Grenoblois : Marie D, Louf, Mathilde Lang, F.F, Fab Pro, Aurélie, les recadreur Adrien et Dorothée, Bertololo.

A Chacha et Seb pour leur amitié nouvelle mais ô combien importante.

A Charlotte : la colloc qui fait décoller un avion à chaque fois qu'elle rigole.

A OliH et Zak. A Mathieu G et Jean-Naïm. A Gaétan. A Maélist.

Une pensée pour Stevan et Guillaume C.

A Flo l'autiste : mon co-interne de toujours, pour ce parcours mythique réalisé ensemble.

A Joseph, le meilleur Assistant pas chef de clinique du monde entier de la clinique mutualiste.

A mes amigos Gabriel et OliRoux, pour l'expérience unique et exceptionnelle que nous avons vécu à Santander, et bien plus depuis.

To Mary, Owen, Colin, Leoann, Colleen, Matt Tansey and Mimi. Thank you for open to me your house and your heart, like if I was one of yours. Thank you for being my American Family.

A mi Familia Erasmus de Santander : Volkito, Alberto, Anna, Dav, Antti y Hugo.

To Meghan: Mi mejora Amiga desde Santander hasta L.A. Siempre con migo.

To all the "crème de la crêpe" crew in L.A, especially to my boy Nick.

A mes pénalty shooter : Souchy (le Canadagoal), Souch (le meilleur pied gauche de l'ouest), Jobe (la meilleur clavicule de l'ouest), Nico Huet (l'homme polyvalent), Spirou (l'homme qui perce toutes les défenses), Guigui (l'homme aux 10 buts/ match), Champi (j'ai fait une VS et une calcémie !), Micky la daurade, Papa Casez (pour avoir été mon premier « mentor »).

A Yann: pour sa disponibilité, sa générosité et ce fantastique stage de gériatrie!

A Clément Pacaut pour NYC, sa présence, sa force et ses conseils tout au long de l'internat.

A Fabrice : pour son amitié de puis le lycée et son soutien lors de ma P1.

A Pilippe : le meilleur skieur Lyonnais, Broubrou....

A mes dindes : Florence, Béné, Karlotte, Cuge, Juliette, Laure, pour leur bienveillance, leur bonne humeur, leur fraîcheur, et l'intensité sonore de nos retrouvailles.

A Ludovic Bustos, pour avoir été mon grand frère spirituel pendant l'adolescence et à son frère Olivier pour son amitié fraternel ainsi qu'à Laetita, Anne, Kiki et Mr Do.

A Eric depuis la P2, pour son amitié, le ski, l'équipe de foot (et Anne !).

A la CTSS pour la bouffée d'air pur insufflée à chacune de ces réunions, et la complicité irréaliste qui nous unis: Guigui (le grand pote), Fanfan (le Bro pote), Mathilde (Kétocopote??), Gary (pote mais avec empêchement), Bat (le pote gourmet) et Poupoule.

A Paf : pour son amitié, sa complicité et son sens de la formule qui ne me permet pas de lui rendre *l'appareil* sur cette page comme je le souhaiterais.

Et Anne : pour sa vague d'amour qui me permet de surfer au quotidien.

Remerciements personnels Rémi

A mes parents : Pour vos valeurs, votre soutien et vos conseils avisés. Merci d'avoir patienté 7 ans...

A ma sœur et Louis: Pour ces bons moments de détente et les futurs à venir !

A Alexandra : Pour son amour, sa patience à toute épreuve et ses frisettes (également à toute épreuve!).

Aux Lyonnais : Ca y est tonton, je suis enfin *proctologue* !

Aux co-thésards : Olivier dit « Minzor » : Pour ces 3 belles années de collocation soldées par ce joli *Take off* justement waxé ! Audrey dit « La Rousse » : Pour ta chaleureuse collaboration et tes bons petits plats ...et oui... je pense maintenant que « *Gingers have souls* !».

Dr Savary et Dr Louis ainsi que tout le personnel du SAU d'Annecy, pour leur accueil enthousiaste et leur bonne humeur.

Aux maîtres de stages : « Le F.B.I de Vizille » : Christophe, Farouk et Patrick (sans oublier Joëlle et David) pour votre initiation à l'EBM et la confirmation du choix de la médecine générale. A Thierry, Jean-Luc, Virginie et Corinne pour vos précieux conseils et votre bienveillante disponibilité.

Au personnel de la faculté : « La BU Team » et plus particulièrement Luke Skywalker et Josiane, le secrétariat, sans oublier Bobby l'éponge.

Au « L.P.S crew » : Pour ces belles années d'insouciance (best years ever !) ...trop d'histoires... *Please don't*. Par ordre d'apparition, Gabio dit « Nutsuko » ou « le plaquiste du soleil levant » (NYC never sleep !), OliH « l'albatros aux 7 vies » (*Cette fois, on y va pour gagner, colonel!* John R.), OliROU (mais ... est-il vraiment roux ?), Jacques le Long dit « La Galoche » (ma grande babouche pousseur de Diprivan@!).

La « Mémé Team » : Déjà 20 ans que j'supporte vos trognes ! Fluch Perrin (demi-frère ?), Giro dindron (demi-frère ?), Fagotin et El Lolo auxquels s'associent naturellement Pierro dit « le troubadour traqueur de cornées », Le Guéranche (à outrance !), Alex Jak, Isa, Mizette, Schnaps et le reste de la Saint Cass' Team.

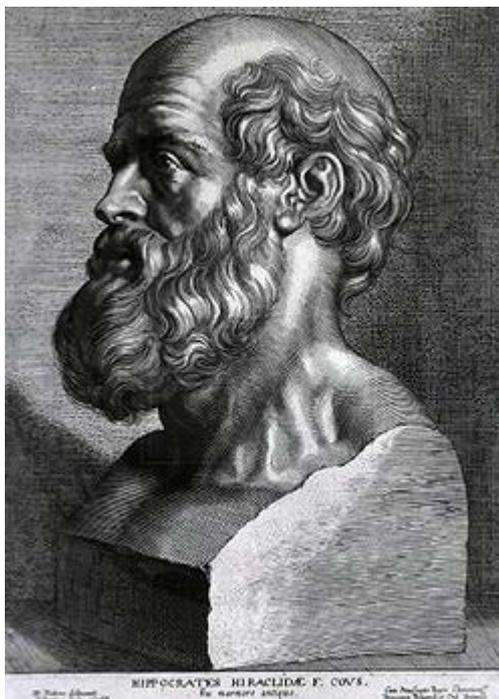
Sans oublier des grosses bises pour les nanas : Audri, Cécile, Elsa, la Lucebanese girl, Béatriz de Oviedo, Katel.

Aux Zabrutis : Pich', L'Autiste, Pafouille la fripouille, Forto l'aventurier, Nerek, Miki willis, et à tous les autres medecine men and girls avec qui j'ai tant de bons souvenirs !

Aux collocs : Pour tous les bons moments du quotidien, Laora, Bartholoméo, Drindrane, Lolotte (paye tes...), J Fénéoon

La « old old school » : Cuzzit « hé Chinois ! » et ses 2 puces (Zoé et Maya), et toute sa famille qui m'a si souvent accueillie, Ludo (SOV qui peut !), Emilie et les 3 mioches, Voisin « le marathonien du 21^{ème} siècle ».

Et une grosse bise to fly à celles et ceux que j'oublie.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE, Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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 le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Résumé

Introduction

La traumatologie a été identifiée comme le principal motif de recours aux urgences représentant 48% des passages. En médecine générale, cette proportion est inférieure à 1% de l'activité et représente 11.6% des recours non programmés.

L'objectif principal était de déterminer la prévalence des consultations traumatologiques aux urgences pouvant être prises en charge en ambulatoire.

Méthode

L'étude était épidémiologique, ouverte, prospective, multi-centrique, réalisée simultanément aux urgences des Hôpitaux de Chambéry, Annecy et Grenoble (Hôpital Sud), en semaine de 8h à 18h. Les critères d'inclusions étaient : être majeur, avoir déclaré un médecin traitant et consulter aux urgences pour un motif traumatologique sans avoir reçu d'avis médical préalable. Les patients ont été classés en 2 groupes : prise en charge possible par médecin traitant (MT) versus prise en charge aux urgences (U). Ce classement a été réalisé par l'application de 10 critères décisionnels obtenus par la méthode Delphi auprès d'un groupe de 10 experts. Un questionnaire a été soumis à chaque patient en entretien individuel, portant sur les motivations de venue aux urgences.

Résultats

1847 patients se sont présentés aux urgences, 954 ont consulté pour un motif traumatologique, 288 ont été inclus soit 30.2%. La prise en charge en ambulatoire par le MT était possible pour 176 patients soit 61.1% (IC : 55.5-66.7). La nécessité de réaliser des examens complémentaires est apparue comme étant la motivation principale pour 28.5% (IC : 23,3-33,7) des patients.

Conclusion

La majorité des consultations traumatologiques spontanées aux urgences pourrait être prise en charge en ambulatoire. Dans ce domaine, l'éducation des patients sur le mode de recours aux soins de première intention devrait donc être améliorée. Cependant les MT seraient-ils en mesure d'absorber le volume de consultations supplémentaires ainsi généré ? Une autre solution pourrait être le développement de filières courtes hospitalières exclusivement dédiées à la traumatologie.

Summary

Objectives

Orthopedic problems have been identified as the main reason to use the emergency department (ED), representing 48% of admissions. In primary care, this proportion is less than one percent, and represents 11.6% of unscheduled care. The main objective of this survey was to determine the prevalence of orthopedic problem's in the ED that can be managed by a general practitioner (GP).

Method

An epidemiological, open, prospective and cross sectional survey was performed simultaneously, Monday through Friday for ten days from 8am to 6pm, within the ED Hospital's of Chambéry , Annecy and Grenoble. Eligibility criteria were: self-referral, patients over 18, to have their own GP and consulting for orthopedic conditions. Patients were categorized into two groups: possible GP management versus required emergency care. By using the Delphi method, ten specific criteria categories were used to classify the patients, based on the advice of 10 medical doctors. Each patient was interviewed about their reasons to come to the ED.

Results

1847 patients went to the ED, 954 had orthopedic problems, 288 (30.2 %) were included in the survey. GP management was possible for 176 patients 61.1% (CI : 55.5-66.7). Para clinical examination requests were the main motivation for 28.5% (CI : 23.3 to 33.7) of visits.

Conclusion

It seems necessary to increase the patients awareness about how to use the first-line medical care for orthopedic problems. But, would GP be able to absorb this additional consultation volume? Another solution, could be the development of an emergency department unit exclusively dedicated to trauma.