Parcours clinique de la femme enceinte consultant aux urgences générales ou spécialisées.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 10 Octobre 2018

Par Madame Victoria SERRI

Née le 19 octobre 1990 à Marseille 12eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MICHELET Pierre	**Président**
Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic	**Assesseur**
Monsieur le Professeur D'ERCOLE Claude	**Assesseur**
Madame le Docteur FAURE Emilie	**Directeur**
Madame le Docteur FEDERICI Marine	**Assesseur**

Parcours clinique de la femme enceinte consultant aux urgences générales ou spécialisées.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 10 Octobre 2018

Par Madame Victoria SERRI

Née le 19 octobre 1990 à Marseille 12eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MICHELET Pierre	**Président**
Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic	**Assesseur**
Monsieur le Professeur D'ERCOLE Claude	**Assesseur**
Madame le Docteur FAURE Emilie	**Directeur**
Madame le Docteur FEDERICI Marine	**Assesseur**

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :
* aux Etudes : Jean-Michel VITON
* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
* aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :
* 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
* 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
* 3eme cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
* DU-DIU : Véronique VITTON
* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
* Relations Internationales : Philippe PAROLA
* Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :
* Communication : Laetitia DELOUIS
* Examens : Caroline MOUTTET
* Logistique : Joëlle FRAVEGA
* Maintenance : Philippe KOCK
* Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy

CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
FARNARIER Georges
FAVRE Roger
FIECHI Marius

MM FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs — DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs — MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs — O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs — P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs — C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président — F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs — A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs — H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur — W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs — S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs — E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur — P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs — R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur — P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs — J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs — J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs — H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs — G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs — D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs — C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs — O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs — J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs — D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs — P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs — M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur — T. MARRIE (Canada)
Sir — G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur — M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur — L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur — A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur — S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLIN Robert Surnombre
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon Surnombre
BERNARD Jean-Paul
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle
BOUBLI Léon
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHARPIN Denis Surnombre
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DESSEIN Alain Surnombre
DESSI Patrick
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
ENJALBERT Alain Surnombre
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCES Yves Surnombre
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GORINCOUR Guillaume
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRILLO Jean-Marie Surnombre
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MARANINCHI Dominique Surnombre
MARTIN Claude Surnombre
MATONTI Frédéric
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE *A TEMPS PARTIEL*

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (disponibilité)
ANGELAKIS Emmanouil
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BARTOLI Christophe
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CHAUDET Hervé
COZE Carole
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DEL VOLGO/GORI Marie-José
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVEZE Arnaud Disponibilité
DUBOURG Grégory
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FROMONOT Julien
GABORIT Bénédicte
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GRISOLI Dominique
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
OUDIN Claire
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PERRIN Jeanne
RANQUE Stéphane
REY Marc
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VALLI Marc
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
STEINBERG Jean-Guillaume
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE *5302*

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE *5203*

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A mon Maître et Président du jury, Monsieur le Professeur Pierre Michelet.

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de présider cette thèse.
Les six mois d'internat passés aux urgences m'ont beaucoup appris, votre implication au sein de ce service est un exemple.
Veuillez croire en l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Ludovic Cravello.

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de siéger au sein de ce jury.
L'enseignement que vous m'avez apporté lors du diplôme universitaire que vous organisez m'a été d'une aide précieuse et me suivra lors de ma pratique professionnelle future.
Veuillez croire en l'expression de ma sincère gratitude.

Monsieur le Professeur Claude D'Ercole.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez recevoir ma plus grande reconnaissance.

A ma directrice de thèse, le Docteur Emilie Faure.

Emilie, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et d'y avoir consacré du temps. Tu as tout de suite été partante pour une thèse dans ce domaine qui me tient à cœur et je t'en suis très reconnaissante. D'abord en tant qu'interne aux urgences gynécologiques, puis en tant que sénior aux urgences générales tu m'as beaucoup appris. Tes conseils m'ont permis d'avancer. J'espère que tu es fière de ce travail.

Madame le Docteur Marine Federici.

Un an après t'avoir vue soutenir ta propre thèse, je suis honorée que tu aies accepté de siéger dans mon jury. Première co-interne en cardiologie, et amie avant tout, je te remercie pour ta présence durant ces trois années d'internat qui ont connu leurs hauts et leurs bas. Tes conseils m'ont toujours été précieux.
Nous partageons toutes deux un attrait certain pour la gynécologie, j'espère que la fin de l'internat signe le début d'une vie professionnelle et amicale riche en émotions.

Je tiens à remercier également Monsieur le Professeur Aubert Agostini, qui m'a permis de consulter les dossiers des patientes des urgences gynécologiques de la Conception.

Mes remerciements vont aussi aux médecins, infirmiers, aides-soignants, pharmaciens, dont j'ai croisé la route et qui m'ont transmis leur savoir avec confiance.
Une pensée particulière pour l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale des Urgences de la Timone qui malgré un travail prenant ont rendu ces six mois de stage riches tant sur le plan professionnel qu'humain.

A mes parents, sans lesquels je n'aurais jamais pu devenir médecin. Merci pour les sacrifices qu'ils ont fait pour moi, leur implication dans mon éducation, la compréhension et la patience sans limite dont ils ont su faire preuve tout au long de ces neuf ans. Remerciement tout spécial à toi maman qui en a fait la relecture (et pour les cours de latin que cette correction m'a apportés).

A mon frère, Julien, dont j'ai essayé de suivre la rigueur de travail, je suis fière et heureuse de savoir qu'il est devenu également mon confrère aujourd'hui. A ma belle-sœur préférée, Lidiane, que je ne remercierai jamais assez de nous avoir offert les deux plus beaux cadeaux qui soient, Romy et Paul... J'espère qu'ils sont fiers de leur tatie.

A mes grands-parents, ceux qui sont encore des nôtres mais également ceux qui sont partis avant d'avoir pu assister de près ou de loin à cette soutenance. J'aurais aimé vous voir tous là, vous qui avez veillé sur moi.

A mon parrain, pour sa présence, sans faille et sa capacité surhumaine à supporter mes humeurs. A ma marraine, merci pour ton attitude toujours bienveillante à mon égard. A mon oncle Jacques, dont je me suis souvent vantée plus jeune « mon tonton il est policier ».

A mes nombreux et adorables petits-cousins Maïa, César, Léo, Romane, et cousins germains, Laurent, Frank et à Stéphanie qui je l'espère, pourront être fiers de la petite dernière. Et « que les autres en fassent autant » comme le dit notre ancestrale expression du dimanche...

A Pauline, cette évidence, vingt-trois ans plus tard rien n'a changé. Tu m'as toujours soutenue et comprise sans que j'aie à dire un seul mot. A Madeline, depuis toujours et pour toujours, à nos quatre-cent coups.

A Thomas, dix ans cette année après le bac. Cette thèse est un peu la tienne, toi qui chaque année m'a soutenue lors des partiels, durant ces longues nuits caféinées, où, je l'avoue, je ne comprenais pas grand-chose à tes cours de pharmacologie.

A mes copines de sous-colle : Léa, Manon et Floriane, à toutes les choses que l'on a vécues ensemble, tous les souvenirs créés et tous ceux qui restent à venir. J'ai hâte de pouvoir assister à vos thèses respectives, je pourrai ainsi faire le tour de France (pas à vélo vous vous en doutez…).

Aux ami(e)s fidèles qui ont été le fil conducteur de tant de choses : Charlotte, la sœur que je n'ai pas eue, Sébastien, Clémence, Mickaël...

A tous les amis que ces études m'ont apportés, toutes les personnes rencontrées à la faculté, l'hôpital et l'internat de Toulon, qui ont rendu ces rudes années plus belles : Pauline, Marie, Mathieu, Guillaume, Xavier, Dalia, Elodie, Tanina, Mathilde, Margot et tout notre groupe des Urgences Timone, Julie, Floriane, Benoit, Erwan, Raphael, mais aussi Manon, Thomas et le joli petit Andrea...
Une pensée toute spéciale pour Estelle, nous avons vécu ensemble les montagnes russes émotionnelles durant l'élaboration de cette thèse et aux urgences, merci pour ce soutien mutuel (pluri)quotidien.

A Geoffrey, que j'admire, à la belle personne que tu es et au brillant médecin que tu es en train de devenir. J'espère que tu es fier de moi. Merci pour tout.
Merci également à tes parents qui ont cru en moi.

SOMMAIRE

Introduction **2**

Matériel et méthode **3**

Type et durée d'étude 3
Population 4
Recueil des données 5
Méthode d'analyse des données 6
Objectif de l'étude 6

Résultats **6**

Diagramme de flux 6
Caractéristiques des patientes 7
Caractéristiques des consultations 10
Caractéristiques de la prise en charge 16
Devenir des patientes 17

Discussion **20**

Résultats principaux 20
Justification de l'étude 20
Discussion des résultats de l'étude 22
Limites de l'étude 28
Implication clinique et perspectives 29

Conclusion **33**

Références bibliographiques 35

Annexes 38

Index 39

I. INTRODUCTION

Par décret, le Service d'Accueil des Urgences (SAU) est une structure qui se doit d'accueillir, sans sélection, en continu, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence médicale constatée ou ressentie. (1)

On observe en France depuis plusieurs années une augmentation du nombre de passages aux urgences.

En effet, selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2015, les 723 structures des urgences de France métropolitaine et Départements ou Régions d'Outre-Mer ont connu 20,3 millions de passages, soit 3 % de plus qu'en 2014. (2)

Plus récemment, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) en 2017, on comptait 33 services d'urgences polyvalentes adultes dont les urgences de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM) Timone. Au sein de cette structure, le nombre moyen de passages est conséquent, entre 179 et 295 par jour.

Devant l'afflux de patients, certains établissements disposent d'une procédure d'alerte dite « hôpital en tension ». Celle-ci a été déclenchée 887 fois en 2017 en PACA, soit 1,4 fois plus qu'en 2016. (3)

Cette hausse d'activité des SAU constitue un enjeu majeur de santé publique.

D'une part, en termes de dépenses de santé. Comme le souligne la Cour des Comptes, le SAU tend à répondre à une demande grandissante de soins non programmés, ce qui dépasse sa fonction première de prise en charge des urgences vitales. (4)

D'autre part, en raison du retentissement moral avec une augmentation du syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out, notamment parmi les acteurs de santé des urgences. L'afflux massif de patients, parallèlement au manque de personnel, favorise cette situation. (5)

Souvent, les patients consultent aux urgences sans s'être adressés en amont à leur médecin traitant (MT), dans le cadre du parcours de soins coordonnés mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie (6).

Pourtant, le médecin généraliste (MG) joue un rôle pivot dans la prise en charge médicale, notamment dans le suivi des femmes enceintes dans le contexte actuel de pénurie de gynécologues.

En effet, face à l'accroissement du nombre de consultations aux urgences, on assiste d'une façon générale à une baisse du nombre de médecins en France (7). La densité médicale diminue dans notre pays avec certaines disparités régionales, la région PACA étant dans la catégorie des régions les plus touchées avec une diminution de 6,67 %.

Plus particulièrement, les effectifs de gynécologues obstétriciens et médicaux entre 2007 et 2016 ont connu une diminution respective de 47 % et 28 %.

Nous avons ainsi choisi de nous intéresser à la catégorie des femmes enceintes qui, dans ce contexte, pourrait être amenée à consulter les urgences.

Plusieurs études dans la littérature ont porté sur les consultations inadaptées aux urgences spécialisées gynécologiques. (8,9)

Notre objectif principal est de décrire le parcours clinique des femmes enceintes se présentant aux urgences générales de l'Hôpital de la Timone à Marseille.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type et durée d'étude

Nous avons mené une étude épidémiologique observationnelle, descriptive et rétrospective.

Monocentrique, elle a été réalisée à Marseille au sein de l'Assistance Publique, en collaboration avec les urgences générales de l'Hôpital de la Timone et les urgences gynécologiques de l'Hôpital de la Conception.

L'étude porte sur un an et s'étend du 1er janvier 2017 au 1er janvier 2018 inclus.

2. Population

    a. Critères d'inclusion

    Les dossiers des patientes enceintes s'étant présentées aux urgences générales de la Timone ont été obtenus à partir du logiciel Terminal Urgences®.

    Le terme « grossesse » était renseigné dans la section de recherche au sein de l'Unité Fonctionnelle 6110 du SAU sur la période étudiée.

    A noter que si les codes CIM10 (Classification Internationale des Maladies, 10ème révision) relatifs à la grossesse avaient été saisis pour cette recherche, la même population aurait été retrouvée.

    b. Critères d'exclusion

    Nous avons défini plusieurs critères d'exclusion :

- patientes mineures
- fugue, décès
- patientes non enceintes au moment du passage aux urgences
- contexte de post-partum et post-Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

Différents logiciels hospitaliers de gestion des données ont été utiles pour le recueil : le Terminal Urgences® pour les données d'admission et d’orientation, le dossier patient informatisé sur Axigate® ainsi que Visual Patient® pour la biologie.

Un numéro d'anonymat a été attribué à chaque dossier. Il s'agit d'une étude sur dossier non invasive.

3. Recueil des données

Nous avons ainsi recueilli plusieurs données :

- Concernant le terrain : âge, parité.

- Concernant la grossesse : si elle était ignorée, existence d'un retard de règles. Si elle était connue :
    - lieu de suivi
    - terme : 1er trimestre jusqu'à 12 SA (semaines d'aménorrhée), 2ème trimestre de 12 à 24 SA et 3ème trimestre au-delà de 24 SA.

- Consultation avec un médecin généraliste en amont de l'admission.

- Concernant le mode d'arrivée aux urgences : propres moyens, VSAV (Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes) par les pompiers, ambulance privée.

- Concernant la consultation : motif, examens paracliniques, soins effectués (pose de voie veineuse périphérique, injection intravasculaire ou sous-cutanée), demande d'un avis spécialisé, Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU), délai avant d'être examinée par un médecin et durée du passage aux urgences. Nous précisions si le diagnostic principal retenu en cas de grossesse découverte aux urgences était uniquement la mise en évidence de la grossesse.

- Concernant l'orientation des patientes : retour au domicile, transfert en gynécologie.

Dans un second temps, nous avons analysé les dossiers des patientes transférées en gynécologie à l'Hôpital de la Conception : réalisation ou non d'une échographie, orientation (domicile, reconvocation, hospitalisation).

N'ont pas été étudiés les transferts au bloc d'accouchement après 24 SA et 1 jour.

4. Méthode d'analyse des données

Les variables qualitatives ont été renseignées dans un tableau Excel et exprimées sous formes d'effectifs et de pourcentages.

5. Objectif de l’étude

L'objectif principal de l'étude est d'établir une cartographie des consultations des femmes enceintes aux urgences générales et spécialisées de Marseille-Centre afin de mieux comprendre leurs attentes et d'améliorer leur prise en charge.

III. RESULTATS

1. Diagramme de flux

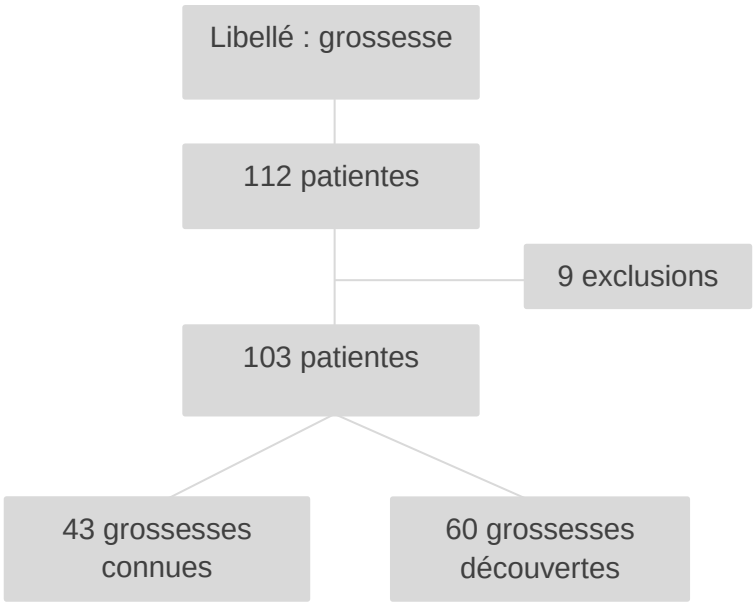


Diagramme de flux 1

Pour la période étudiée du 1er janvier 2017 au 1er janvier 2018 inclus, nous avons analysé 112 dossiers, puis nous avons exclu 9 patientes :

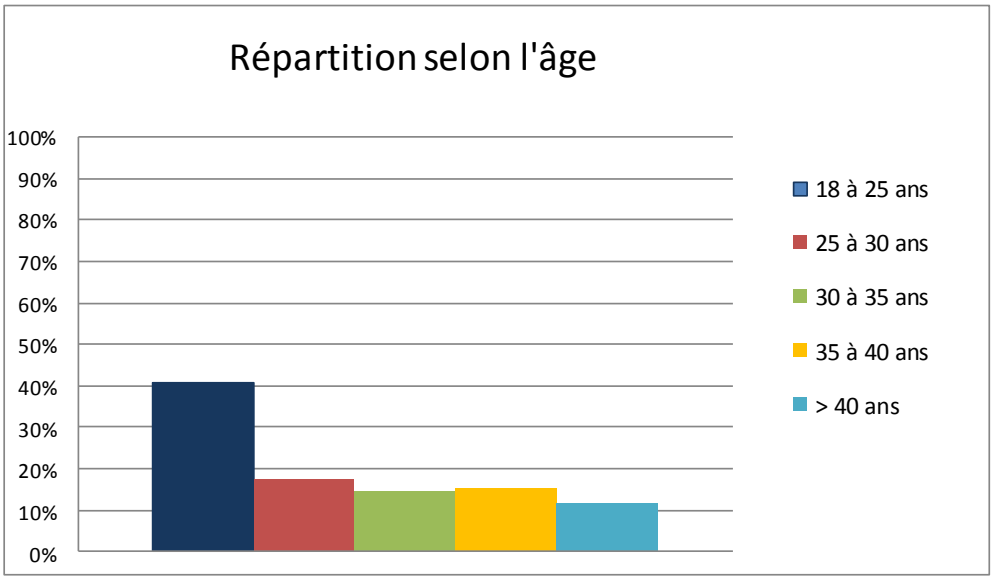
- 3 pour lesquelles aucun diagnostic certain de grossesse n'a été obtenu
- 1 dosage d'HCG (Hormone Chorionique Gonadotrope) plasmatique réalisé mais négatif
- 2 patientes mineures
- 1 patiente en post-partum
- 1 patiente en situation de post-IVG
- 1 fugue

Sur les 103 patientes restantes, nous pouvions mettre en évidence deux cas de figure.

En effet, 58,25 % de ces patientes (60 patientes) ont découvert leur grossesse aux urgences tandis que les 41,75 % restantes (43 patientes) se savaient déjà enceintes.

2. Caractéristiques des patientes

a. Age



Les patientes de notre étude ont majoritairement entre 18 et 24 ans (40,8 %). 17,5 % des patientes ont entre 25 et 29 ans, 14,6 % entre 30 et 34 ans, 15,5 % entre

35 et 39 ans. Les femmes de plus de 40 ans sont, quant à elles, les moins nombreuses (11,6 %).

L'âge moyen des patientes incluses est de 28,5 ans, pour des extrêmes de 18 et 44 ans.

b. Parité

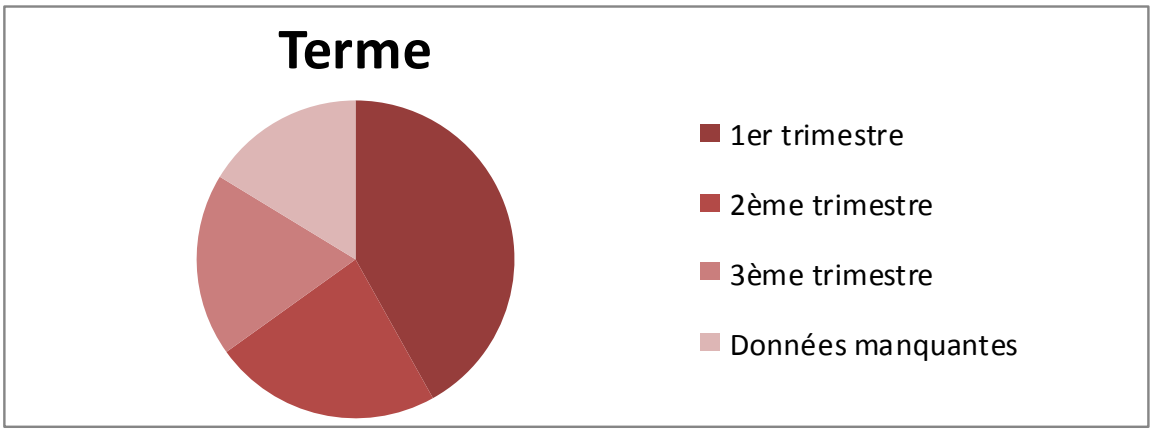
Dans notre étude, 24,3 % des femmes ont déjà eu au moins un enfant. Dans 37,9 % des cas, on ignore le statut de parité de la patiente.

c. Particularités selon la connaissance ou l'ignorance de la grossesse

Dans le cas des grossesses ignorées avant l'arrivée aux urgences, un retard de règles était connu par la patiente dans 48,3 % des cas.

En ce qui concerne les patientes se sachant enceintes avant leur admission :

- Terme de la grossesse :



La grossesse était majoritairement au stade du premier trimestre pour 18 patientes sur 43, soit 41,9 %. Ensuite venaient les grossesses du 2ème trimestre (23,2 %) et du troisième trimestre (18,6 %).

- Suivi de la grossesse :

Sur ce point, dans la majorité des cas, les données étaient manquantes (69,8 %) : sur les 7 patientes dont on avait la notion d'un suivi de grossesse, 3 étaient suivies dans le privé.

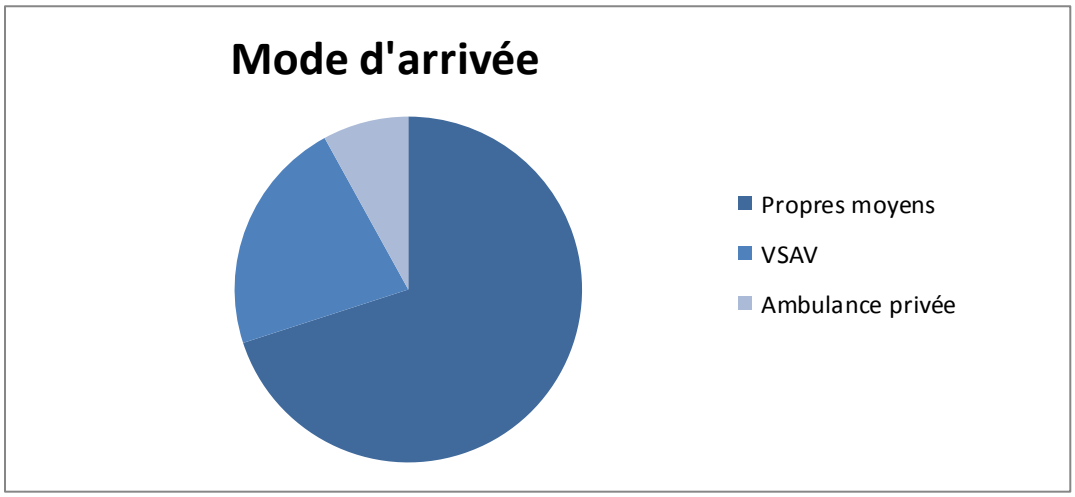
		Effectifs (N=103)	%
Age			
	18-24 ans	42	40,80%
	25-29 ans	18	17,50%
	30-34 ans	15	14,60%
	35-39 ans	16	15,50%
	> 40 ans	12	11,60%
GxPx			
	Patientes primipares	25	37,80%
	Patientes multipares	39	24,30%
	NC	39	37,90%
Grossesse découverte		Effectifs (N=60)	
Retard de règles			
	Oui	29	48,30%
	Non	16	26,70%
	NC	15	25,00%
Grossesse connue		Effectifs (N=43)	
Terme			
	1er trimestre	18	41,90%
	2ème trimestre	10	23,20%
	3ème trimestre	8	18,60%
	NC	7	16,30%
Suivi	*Oui*	7	16,30%
	dont suivi en privé	3	6,98%
	Non	6	13,90%
	NC	30	69,80%

NC : non connu / GxPx : parité

Figure 1 : Caractéristiques des patientes

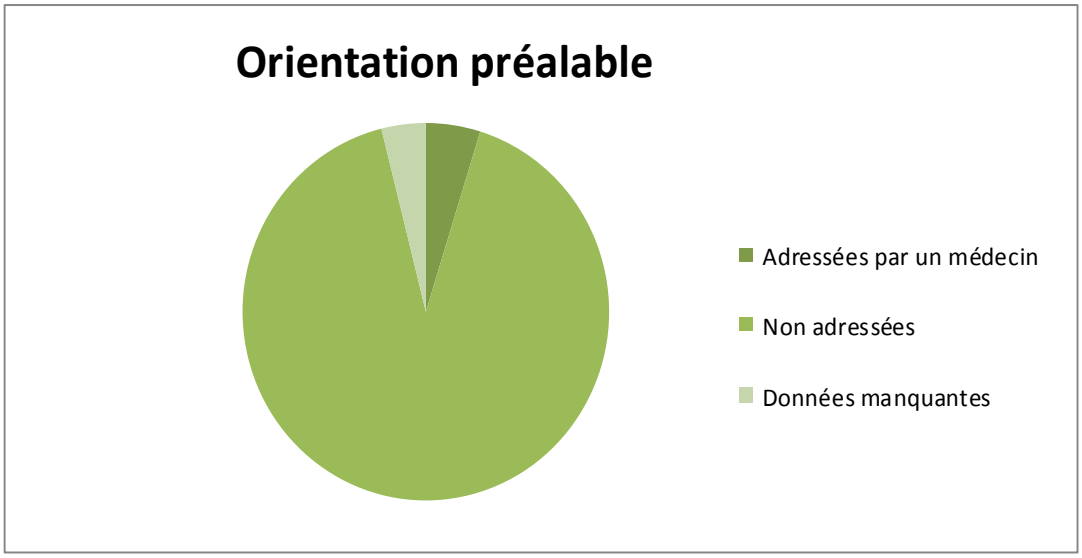
3. Caractéristiques des consultations

a. Mode d'arrivée



Le plus fréquemment, les patientes se rendent aux urgences par leurs propres moyens (69,9 %). Le transport est réalisé par un VSAV ou une ambulance privée dans respectivement 22,3 % et 7,8 % des cas. Sur les 3 patientes hospitalisées, 1 seule est arrivée autrement que par ses propres moyens, en VSAV.

b. Orientation préalable



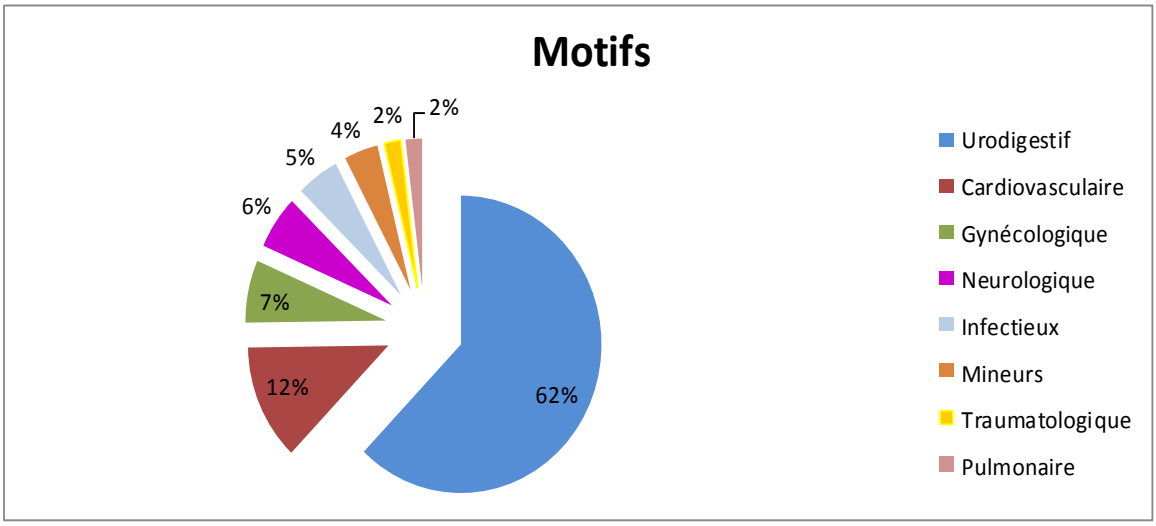
Dans 91,3% des cas, les patientes consultent d'elles-mêmes aux urgences, sans être adressées par un médecin au préalable. 1 seule des 3 patientes hospitalisées avait été adressée.

c. Motif de consultation **(Figure 2)**

Dans la majorité des cas, les consultations sont d'ordre urodigestif (62,1 %), telles que, par ordre décroissant : douleurs abdominales, nausées et vomissements, suspicion de pyélonéphrite aiguë (PNA), suspicion de colique néphrétique aiguë (CNA), brûlures mictionnelles, maladies de l'anus et du rectum, hématurie.

Viennent ensuite les motifs cardiovasculaires dans 12.6 % des cas et les causes gynécologiques (6,8 %).

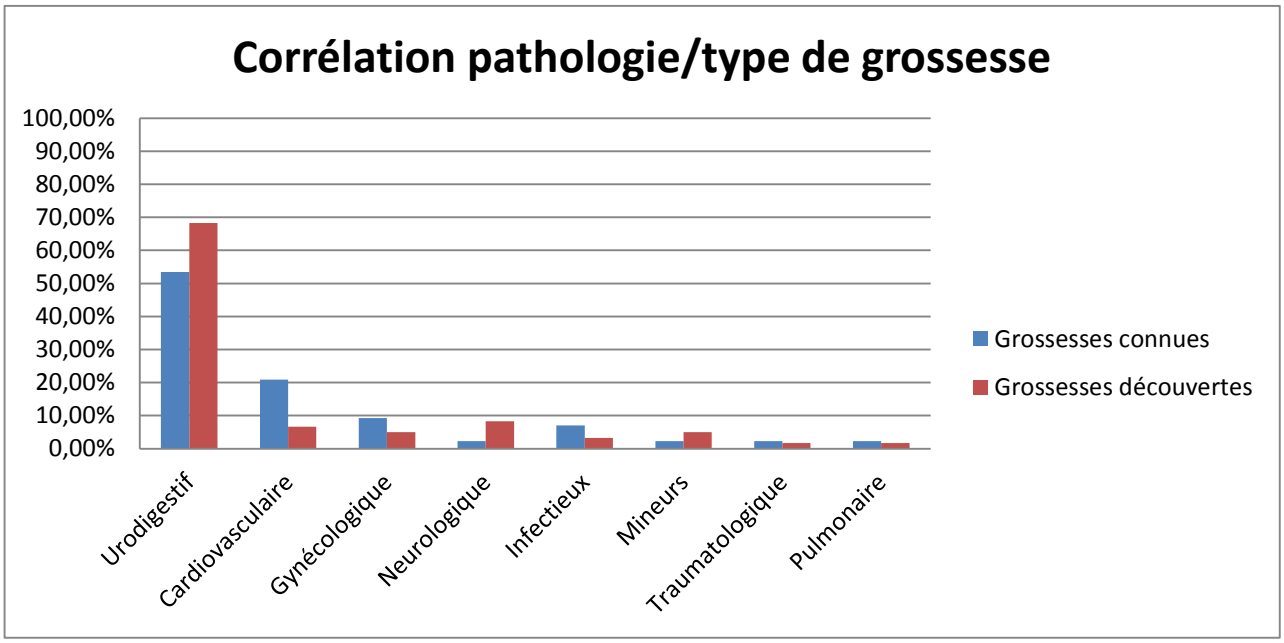
Les autres causes représentent chacune un plus faible pourcentage.



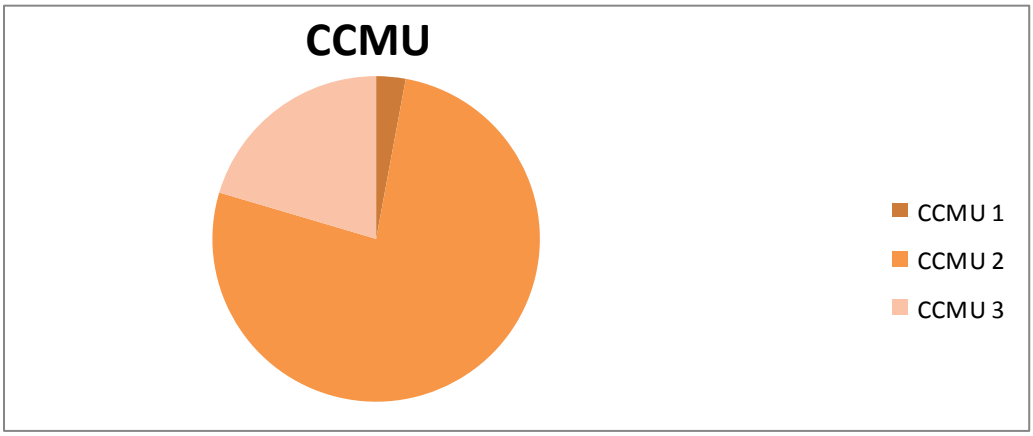
Les motifs de consultation diffèrent selon le statut de la patiente vis-à-vis de la connaissance de sa grossesse.

Les patientes qui ignorent leur grossesse consultent, en proportion, davantage pour des motifs urodigestifs que les patientes qui se savent enceintes (68.3 % / 53.5 %). Ces dernières consultent finalement plus pour des motifs cardiovasculaires (20.9 % / 6.7 %).

Les patientes qui connaissent leur grossesse consultent davantage pour des motifs gynécologiques (9.3 % / 5 %).



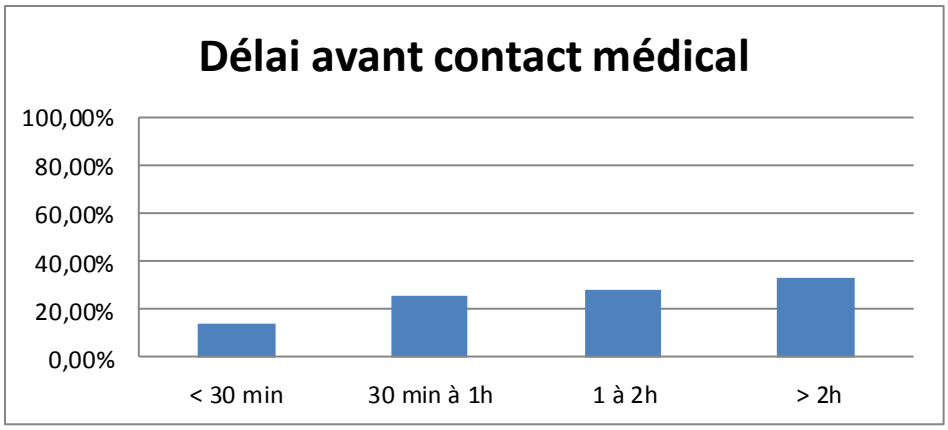
d. Classification CCMU



Majoritairement, les consultations sont classées en CCMU 2 (76,7 %) puis CCMU 3 (20,4 %), les CCMU 1 représentent la plus faible proportion (2,9 %).
Les autres CCMU formant la classification ne sont pas retrouvées.

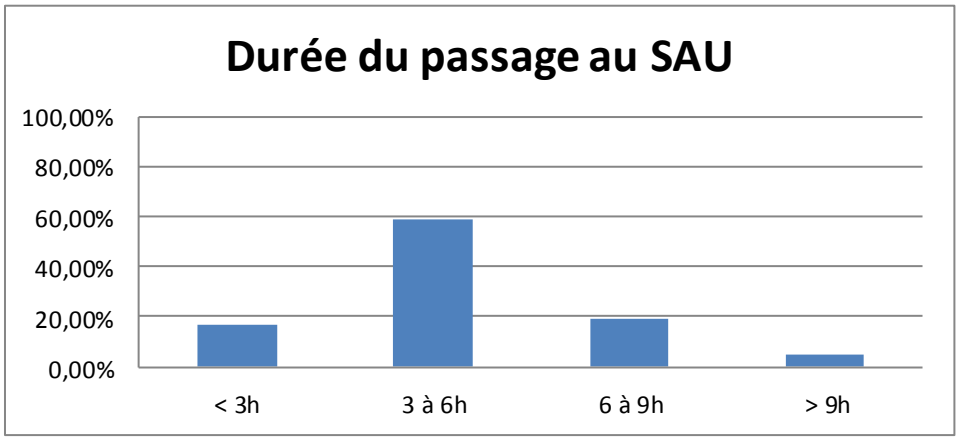
e. Données temporelles

- Délai avant d'être examinée :



Le temps d'attente avant d'être examinée est majoritairement de plus de deux heures (33 %). L'attente est de 1 à 2 heures dans 28,2 % des cas, et de 30 minutes à 1 heure pour 25,2 % des consultations.
Les cas restants (13,6 %) représentent une attente moindre.

- Durée totale du passage aux urgences



Les patientes enceintes incluses passent majoritairement entre 3 et 6 heures au SAU (59,2 %). Dans 19,4 % des cas, leur séjour dure de 6 à 9 heures. Dans 16,5 % des cas il est plus court, de moins de 3 heures.
Dans certaines situations (4,9 %), il dépasse 9 heures.

Concernant les 3 patientes hospitalisées : leur séjour aux urgences a duré en moyenne 5h14 avant leur transfert en gynécologie. Le délai avant la consultation initiale était environ d'1h27.

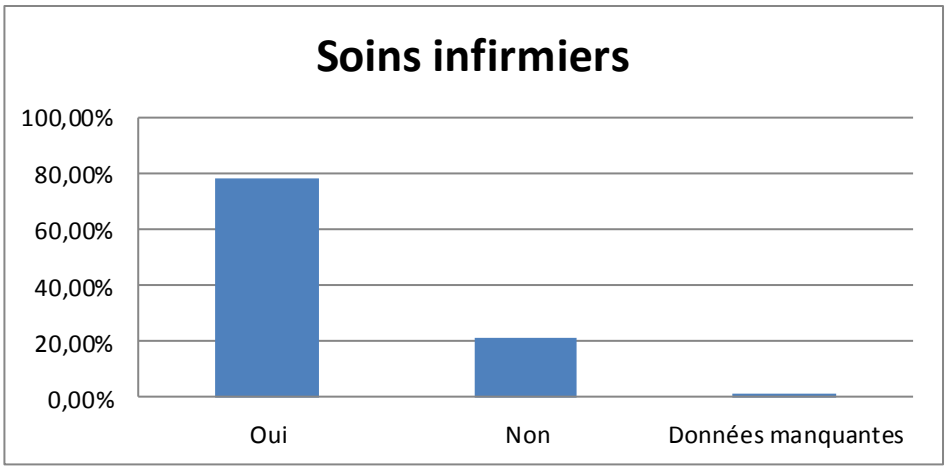
	Effectif total N =103	Grossesses connues N=43	Grossesses découvertes N=60
Urodigestif	**64 (62,1%)**	***23***	***41***
- Douleurs abdominales	30	*7*	*23*
- Nausées, vomissements	16	*6*	*10*
- PNA	6	*4*	*2*
- CNA	5	*0*	*5*
- Brûlures mictionnelles	3	*3*	*0*
- Maladie anus et rectum	3	*3*	*0*
- Hématurie	1	*0*	*1*
Cardiovasculaire	**13 (12,6%)**	***9***	***4***
- Malaise, perte de connaissance	8	*4*	*4*
- Suspicion TVP	3	*3*	*0*
- HTA	1	*1*	*0*
- Anémie	1	*1*	*0*
Gynécologique	**7 (6,8%)**	***4***	***3***
- Douleur/gêne pelvienne	3	*0*	*3*
- Problème 3ème trimestre	2	*2*	*0*
- Pertes vaginales	1	*1*	*0*
- Accouchement	1	*1*	*0*
Neurologique	**6 (5,8%)**	***1***	***5***
- Vertiges	4	*1*	*3*
- Céphalées	1	*0*	*1*
- Déficit moteur/sensitif	1	*0*	*1*
Infectieux	**5 (4,85%)**	***3***	***2***
- Hyperthermie	2	*2*	*0*
- Cutané	2	*1*	*1*
- ORL	1	*0*	*1*
Mineurs	**4 (3,9%)**	***1***	***3***
- AEG	1	*0*	*1*
- Inquiétude sur sa santé	1	*1*	*0*
- Angoisse, spasmophilie	1	*0*	*1*
- Autres	1	*0*	*1*
Traumatologique	**2 (<2%)**	**1**	**1**
- Membre inférieur/bassin	1	1	0
- Rachis	1	0	1
Pulmonaire	**2 (<2%)**	***1***	***1***
- Dyspnée	1	*1*	*0*
- Toux	1	*0*	*1*

TVP : thrombose veineuse profonde / PDC : perte de connaissance / HTA : hypertension artérielle / ORL : oto-rhino-laryngologie / AEG : altération de l'état général

Figure 2 : Motifs de consultation détaillés

4. Caractéristiques de la prise en charge

a. Soins infirmiers



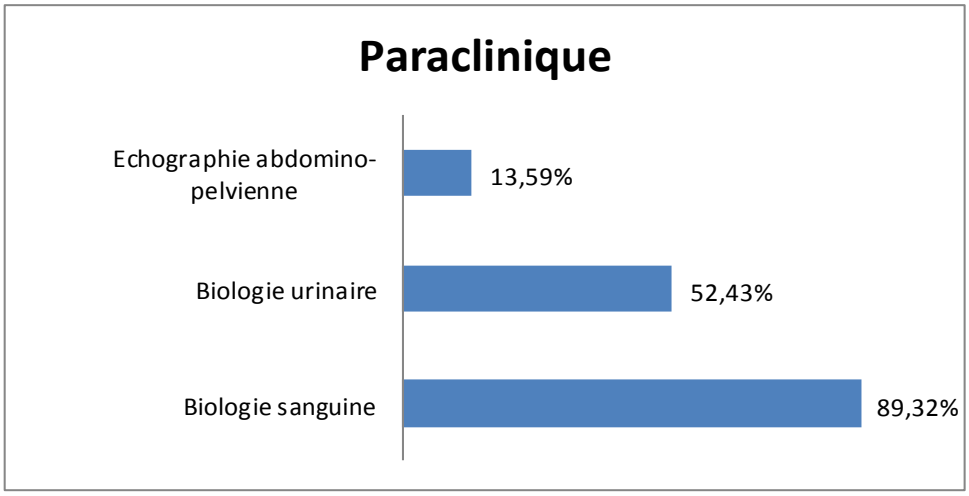
La consultation s'est accompagnée d'un soin infirmier dans 77,7 % des cas.

b. Avis spécialisé

Nous n'avions pas recours à un spécialiste dans 73,8 % des cas.

Sur les 26,2 % des consultations où un spécialiste était sollicité, il s'agissait d'un gynécologue dans 92,3 % des cas.

c. Paraclinique



Une échographie par voie sus-pubienne n'était réalisée que pour 13,6 % des patientes. Nos données manquantes sont de 2.9 %.

Lorsque la grossesse était découverte aux urgences, le dosage de l'HCG plasmatique était supérieur à 2500 mUI/mL chez 44 patientes sur 60 (73,3 % des cas) : une échographie n'était réalisée dans ce contexte par les urgentistes que pour 7 patientes sur 44.

89,3 % des patientes incluses attendaient leur résultat de prélèvement sanguin. Une bandelette urinaire (+/- un examen cytobactériologique des urines) était réalisée dans 52,4 % des cas.

5. Devenir des patientes

a. Devenir des patientes se sachant enceintes

La majorité de ces patientes ont pu regagner directement leur domicile (25 patientes sur 43 soit 58,1 %).

Les dix-huit patientes restantes ont été transférées en gynécologie. Deux d'entre elles dans un établissement privé, les 16 autres aux urgences gynécologiques de la Conception :

- 2 ne sont jamais arrivées aux urgences gynécologiques de la Conception
- 6 sont retournées à leur domicile, dont 1 avec une reconvocation aux urgences gynécologiques
- 7 patientes ont été transférées au bloc d'accouchement
- 1 a été hospitalisée

Concernant les examens d'imagerie aux urgences gynécologiques, 4 patientes sur 6 ont bénéficié d'une échographie endo-vaginale. Les deux autres patientes ont bénéficié d'une échographie sus-pubienne seule.

b. Devenir des patientes qui ont découvert leur grossesse lors de leur admission

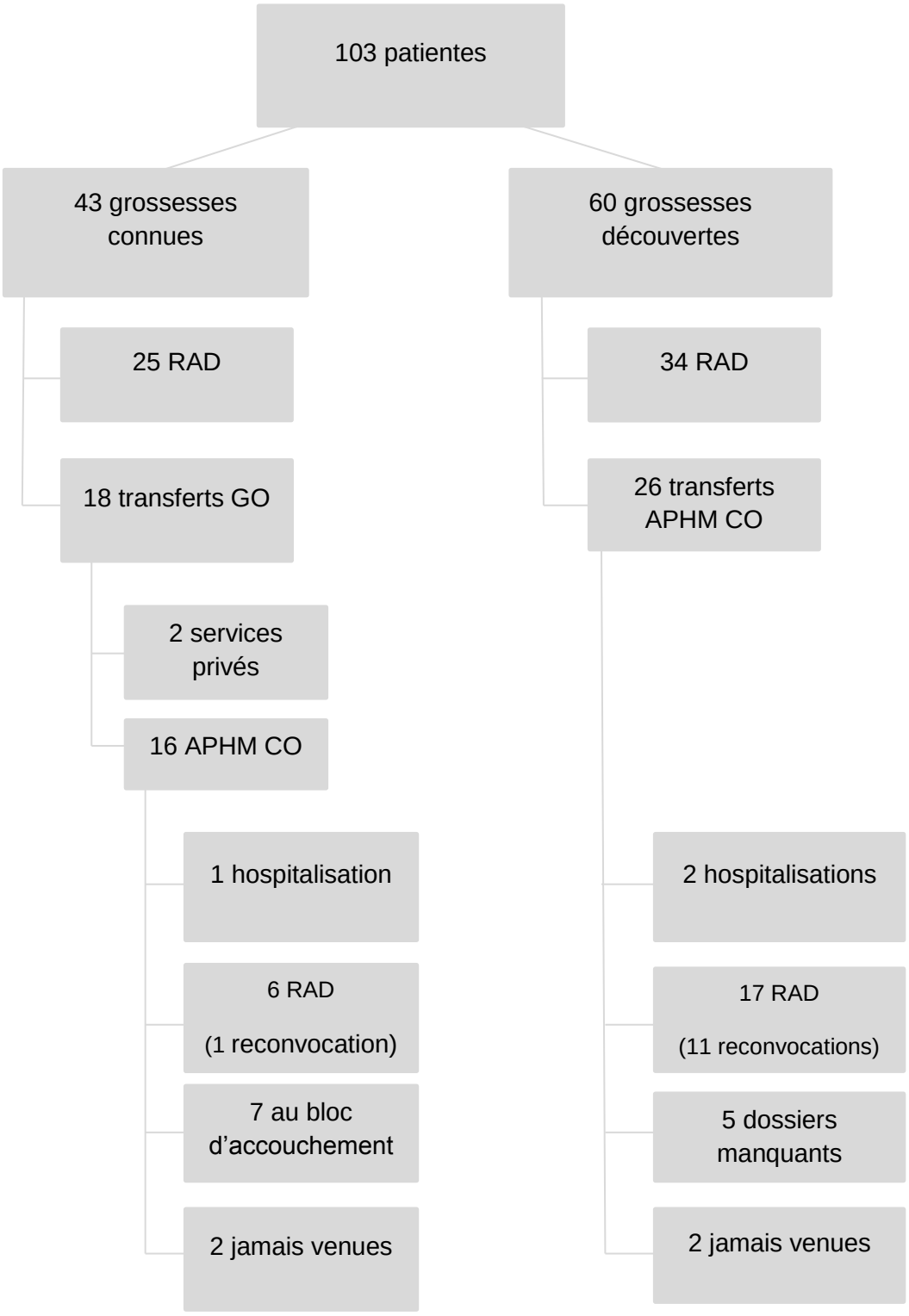
Pour 38 patientes sur 60, le seul diagnostic retenu a posteriori était signalé comme étant la découverte d'une grossesse (63.3 %).

Sur les 60 patientes qui ont appris leur grossesse aux urgences, 34 sont directement retournées à leur domicile (56,7 %).

Les 26 patientes restantes ont toutes été transférées aux urgences gynécologiques de la Conception :

- 2 ne sont jamais arrivées
- 5 dossiers n'ont pas été retrouvés ou suffisamment remplis
- 17 patientes sont rentrées au domicile, dont 11 avec une reconvocation aux urgences gynécologiques
- 2 patientes ont été hospitalisées

100 % de ces patientes ont bénéficié d'une échographie endo-vaginale.



RAD = retour au domicile / GO = gynécologie-obstétrique / APHM CO = urgences gynécologiques Conception

Diagramme de flux 2

IV. **DISCUSSION**

1. Résultats principaux

Ainsi, les 103 patientes ayant consulté aux urgences avaient majoritairement entre 18 et 24 ans, pour un âge moyen de 28,5 ans. Pour les grossesses connues, elles étaient le plus souvent au 1er trimestre. Si elles ignoraient leur grossesse, elles présentaient pourtant un retard de règles dans 1 cas sur 2.

Dans près de 70 % des cas, elles se rendaient aux urgences par leurs propres moyens et n'étaient pas adressées par leur MT pour 91,3 % d'entre elles. Les motifs de consultation étaient d'ordre urodigestif, avec en première ligne des douleurs abdominales.

Elles étaient examinées souvent après deux heures d'attente et leur prise en charge durait entre 3 et 6 heures. Cette dernière nécessitait quasi systématiquement des soins infirmiers ainsi que des examens paracliniques tels qu'une biologie sanguine et, moins fréquemment, urinaire. Une échographie sus-pubienne n'était réalisée que dans 13,6 % des cas. Nous n'avions recours à l'avis d'un spécialiste que pour 26,2 % des patientes.

Sur les 103 patientes incluses, 59 rentraient d'emblée à leur domicile ; 42 étaient transférées en gynécologie à l'AP-HM Conception ; 2 dans des établissements privés. Après leurs transferts à la Conception, 23 rentraient au domicile dont 12 avec reconvocation aux urgences gynécologiques et 3 patientes étaient hospitalisées.

2. Justification de l'étude

En France ces dernières années, nous observons une baisse de la fécondité féminine avec 1,93 enfant par femme en 2016 mais ce taux reste globalement un des plus élevés de l'Union Européenne. (10)

En région PACA, l'indicateur conjoncturel de fécondité met en évidence un taux plus important avec 197 enfants nés vivants pour 100 femmes en 2017. (11)

Face à cela, le nombre de médecins diminue et notamment en gynécologie.

En effet, selon les conclusions du Conseil National de l'Ordre des Médecins publiées en 2017, en France exercent 290 974 médecins toutes spécialités confondues.
Il existe une augmentation de l'effectif entre 2007 et 2017 (15 %) mais au profit des médecins retraités.
Les effectifs de gynécologues obstétriciens et gynécologues médicaux en PACA sont faibles, respectivement de 78 et 123 en 2017. (7)

Les patientes en âge de procréer et plus encore les femmes enceintes sont ainsi amenées à consulter leur MT.

Il existe pourtant certains freins au suivi d'une grossesse par un MG, exprimés par les patientes.

Plusieurs travaux ont retrouvé : l'ignorance par les patientes de la possibilité du suivi gynécologique par un généraliste, le manque de formation des MG, le manque d'équipement au cabinet, l'existence d'un suivi antérieur par un gynécologue obstétricien ou médical, l'aspect plus rassurant et compétent du gynécologue. (12, 13, 14, 15)

De fait, si les femmes enceintes ne peuvent pas aisément recourir à leur gynécologue ni au MT, il est possible qu'elles se tournent vers une structure comme les urgences.

Alouini et al. mettent en lumière dans leurs travaux la consultation des femmes enceintes aux urgences pour des raisons notamment de gratuité des soins, de délai trop important de consultation avec leur gynécologue, qui va de pair avec la démographie médicale actuelle. (9)

Tsai et al. font référence également à la proximité des urgences qui favorise les consultations itératives. (16)

Par conséquent, le parcours des femmes enceintes devient erroné et le nombre de consultations inadaptées des femmes enceintes aux urgences augmente.

Plusieurs travaux ont porté sur les consultations aux urgences spécialisées gynécologiques (9,17) et concluent que la majorité d'entre elles ne relèvent pas de l'urgence.

Certains articles de la littérature abordent l'inadéquation des consultations aux urgences générales sans pour autant en distinguer les motifs d'ordre gynécologique. (16, 18)

Ainsi, il nous a paru pertinent d'étudier le parcours des femmes enceintes, au sein des urgences générales du Centre Hospitalier Universitaire de Marseille-Timone, afin de mieux cerner les composantes de ces consultations et d'établir des propositions d'amélioration de prise en charge.

3. Discussion des résultats de l'étude

a. Résultats sur les caractéristiques des patientes

L'ensemble des femmes incluses dans notre étude étaient enceintes mais la grossesse était découverte aux urgences dans près de 40 % des cas.

Dans l'étude menée par Calvo et al., un questionnaire était rempli par les internes des urgences gynécologiques. Il ne différenciait pas la découverte d'une grossesse d'une grossesse déjà connue, contrairement à notre étude. (17)

Nous pouvons remarquer que les patientes de notre étude sont en moyenne plus jeunes (28,5 ans) que la population étudiée dans les travaux de Alouini et al. ainsi que ceux de Calvo et al., avec un âge moyen respectif de 31 et 30 ans. (9,17)

Cependant, dans ces articles, la population est sélectionnée au sein des urgences spécialisées et ne comprend pas uniquement des femmes qui sont enceintes.
En effet, plusieurs motifs non gravidiques sont retrouvés, notamment des complications sur dispositif intra-utérin, des fibromes, des complications post-opératoires, qui peuvent concerner des patientes plus âgées.

Les femmes enceintes avaient majoritairement entre 18 et 24 ans, ce qui peut s'expliquer par le fait que la fertilité est maximale chez la femme avant 25 ans. (19)

Egalement, une enquête nationale rapportée par la DREES (20) réalisée sur l'ensemble des usagers des urgences met en évidence deux tranches d'âge fortement consommatrices : celle des nourrissons et celle des plus de 80 ans. Cependant, est observé un pic de fréquentation chez les femmes de 16 à 25 ans.

Il semblerait que les femmes jeunes aient tendance à consulter au SAU sans pour autant être dans une situation d'urgence vraie.

Pour Lang et al., un jeune âge est statistiquement corrélé à des consultations dites non urgentes. (18)

Les grossesses connues de l'étude étaient majoritairement au stade du premier trimestre, davantage source d'anxiété puisque ce trimestre est celui où le plus grand nombre de fausses couches a lieu.

En effet, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) précise que les fausses couches précoces (avant 14 SA) compliquent plus de 10 % des grossesses, les fausses couches tardives (entre 14 et 22 SA), moins de 1 % et les morts in utero concernent environ 2 % des grossesses. (21)

b. Résultats sur les caractéristiques des consultations

Les patientes de notre étude accédaient majoritairement aux urgences par leurs propres moyens.

Plusieurs auteurs ont étudié le lien entre le mode d'arrivée des patients et la suite de leur prise en charge.

Par exemple, l'étude menée à Marseille par Carcopino et al. (22) montrait tout d'abord que les patients de la tranche d'âge 15-29 ans arrivaient majoritairement par leurs propres moyens, à l'instar des femmes de notre étude entre 18 et 24 ans.

Egalement, leurs travaux portaient sur le risque d'hospitalisation en aval selon le mode d'arrivée. Cette analyse proposait une amélioration du triage en fonction de la gravité supposée.

Le RR d'hospitalisation était de 23 pour un transport par le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et 10,3 pour une ambulance privée, par rapport à une arrivée par propres moyens.

Or, dans notre étude, aucune patiente n'a été véhiculée par le SAMU et la proportion représentée par les arrivées en ambulance privée est la plus faible, 7,8 %.

Concernant le mode d'arrivée par VSAV, qui concerne tout de même 22,3 % des patientes de notre étude, Carcopino et al. se veulent prudents : le fait d'arriver par VSAV est significativement corrélé à un risque plus important d'être hospitalisé par rapport à un patient se présentant par ses propres moyens (RR=3,4) mais insuffisant pour justifier une prise en charge prioritaire.

Les patientes enceintes ayant consulté aux urgences arrivent ainsi par leurs propres moyens dans 69,9 % des cas, taux proche des 75 % retrouvés dans l'enquête nationale rapportée par la DREES. (20)

Tsai et al. retrouvaient, quant à eux, un taux bien supérieur, avoisinant les 92 %. (16)

Par ailleurs, les patientes incluses sont, comme dans d'autres études, très peu adressées au SAU par leur MT.

L'étude menée par Dale et al. examine l'appropriation des consultations aux urgences générales ainsi que dans des « injury minor units » : elle met en évidence une proportion similaire de patients se présentant de façon spontanée, de 90 %, versus 91,3 % dans notre étude. (23)

Alouini et al., aux urgences spécialisées, retrouvent un taux de 95 %, avec seulement 11 % de ces consultations qui relèvent de l'urgence. (9)

De fait, aussi bien aux urgences générales que gynécologiques, les patients ont tendance à consulter la plupart du temps sans se référer à un premier avis médical.
Pourtant, la prise en charge de ces patients s'intègre a priori dans un parcours coordonné ; une étude menée aux Urgences en PACA (24) montre que les patients

consultant de façon générale aux urgences disposent pourtant dans 87 % des cas d'un MT.

L'étude de la DREES explique que cette tendance aux consultations spontanées concerne volontiers les patients les plus jeunes, 80 % chez les moins de 50 ans (20). Les patientes incluses dans notre étude ont toutes moins de 45 ans.

En outre, le fait d'être adressé aux urgences par un médecin a été montré dans plusieurs études comme facteur statistiquement prédictif d'une hospitalisation, comme pour Calvo et al. qui retrouvent un OR de 4,34. (17)

Dale et al. aussi ont montré que 29,5 % des patients sont hospitalisés lorsqu'ils sont orientés aux urgences par un médecin contre 0,5 % si ce n'est pas le cas. (23)
La consultation du MT consiste alors en un premier triage essentiel en amont. Ce dernier permet également aux patients d'accéder aux urgences lorsque cela est indiqué après évaluation du MG, avec une orientation diagnostique et parfois certains examens complémentaires déjà réalisés.

Ceci constitue un gain de temps qui permet de limiter l'attente aux urgences pouvant compromettre la qualité des soins.

Notre étude, contrairement à celle menée par Lang et al. (18) qui se sont intéressés aussi aux urgences générales, étudie de près les venues dans un contexte gynécologique.

Les motifs de consultations par les femmes enceintes se rapprochent des motifs de consultations aux urgences gynécologiques avec les douleurs abdominales au premier plan, quel que ce soit le statut des femmes vis-à-vis de la connaissance de leur grossesse. Les autres motifs urodigestifs sont parfois en lien avec des pathologies ou symptômes favorisés par la grossesse (hémorroïdes, signes fonctionnels urinaires, nausées, vomissements).

Les travaux de Calvo et al. ainsi que ceux de Alouini et al. retrouvent également les douleurs abdominales en tête des motifs, leurs études étant menées aux urgences spécialisées. (17,9)

D'une façon générale, les troubles digestifs et la douleur (quelle que soit sa localisation) font partie des motifs de consultations les plus fréquents au SAU. (25)

Il paraît important de souligner que les femmes de notre étude consultent parfois pour des motifs d'ordre gynécologique strict (pertes vaginales, gêne pelvienne, problème survenant en fin de grossesse, accouchement imminent).

Les 7 patientes ayant consulté pour ces motifs ont toutes été transférées aux urgences gynécologiques de la Conception.

N'auraient-elles pas pu d'emblée être orientées vers les urgences gynécologiques ?

Les consultations décrites dans notre étude sont classées majoritairement en CCMU 2 (76,7 %), ce qui fait référence à des lésions ou un pronostic fonctionnel jugés stables mais nécessitant des actes complémentaires.

L'étude présentée par la DREES sur le plan national aboutit à un taux proche : 74 % de classification CCMU 2. (20)

Ainsi, les patients de nos jours qui consultent les urgences consultent rarement dans un contexte « d'urgence vraie » avec un pronostic vital engagé, fonction première en théorie du SAU.

Par ailleurs, les données temporelles recueillies mettent en exergue la surcharge des urgences par le délai d'attente souvent supérieur à deux heures.

Il est à noter que les patientes hospitalisées ont passé en moyenne plus de 5 heures aux urgences, durée qui aurait pu être diminuée si le transfert aux urgences gynécologiques avait été discuté en amont.

Ceci peut compromettre la qualité des soins prodigués et entraîner un retard à la prise en charge spécialisée.

Le temps total passé aux urgences, rarement inférieur à trois heures, peut s'expliquer en partie par l'attente d'un résultat biologique.

Par exemple, le délai moyen de rendu cible pour la remise de l'HCG plasmatique est de 50 minutes en cas de demande dite urgente mais, en pratique, il avoisine en moyenne les 72 minutes dans l'étude française multicentrique de Roubille et al. (26)

En ville, les résultats sont rendus dans la journée.

c. Résultats sur la prise en charge

La réalisation d'une échographie par un urgentiste était peu fréquente (13,6 % des cas) dans notre étude alors qu'un appareil portatif avec sonde abdominale est disponible au sein des urgences.

D'ailleurs, dans 77,3 % (44 patientes sur 60) des grossesses découvertes aux urgences, le taux de HCG plasmatique était supérieur à 2500 mUI/mL : il s'agit du taux à partir duquel une image utérine est visible par voie sus-pubienne selon le CNGOF. (27)

Pourtant, seulement 7 de ces 44 patientes ont bénéficié d'une échographie réalisée au lit par l'urgentiste.

Néanmoins, en ce qui concerne l'ECMU (Echographie Clinique en Médecine d'Urgence) qui s'impose de plus en plus comme outil clé dans la pratique des urgentistes, la détection à proprement parler d'un sac intra-utérin par voie transpariétale dès 6 à 7 SA ne fait pas partie des items imposés du premier niveau de compétence. Elle peut en revanche se concevoir par des équipes entraînées.

La détection de liquide intra-péritonéal, quant à elle, en fait partie par accord fort de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence). (28)

d. Résultats sur le devenir des patientes

Nous pouvons compter au total 59 retours à domicile d'emblée depuis les urgences générales, sur 103 patientes (57,3 %).

Ceci peut laisser penser que les consultations ne relevaient pas forcément de l'urgence, ni de l'intervention du spécialiste, bien qu'il soit difficile de définir l'urgence

à proprement parler. Ces consultations pourraient vraisemblablement tout aussi bien être gérées en médecine de ville.

En effet, Lang et al. soulignent l'aspect délicat d'une telle définition (18). La signification de l'urgence qu'ils proposent inclut non seulement les urgences vitales mais aussi l'urgence subjective du fait de l'inquiétude générée par la majoration récente ou l'intensité des symptômes présentés par le patient.

Au total 79,6 % des patientes rentraient à leur domicile, 7 % étaient hospitalisées, contre 88 % de retour au domicile dans l'étude de Alouini et al. et 12 % d'hospitalisations. (9)

L'étude nationale de la DREES met en évidence un taux de 19 % d'hospitalisations, ce qui laisse penser que les consultations des femmes enceintes présentaient dans l'ensemble une gravité moindre avec seulement 3 hospitalisées pour 103 patientes. (20)

Nous rappelons que cette étude estimait que le taux d'hospitalisation augmentait avec l'âge et notre population est relativement jeune.

Il est à noter, enfin, que 4 patientes ne se sont jamais présentées aux urgences gynécologiques alors qu'un transfert était organisé.

Cela peut témoigner d'un manque de compliance aux soins et conforte l'aspect non urgent de la consultation.

Cependant, cette attitude peut être liée au temps d'attente. Pitrou et al. citaient dans leurs travaux le temps d'attente aux urgences générales comme principal motif d'insatisfaction des patients, pour un temps moyen d'attente de 149,9 minutes. (28)

4. Limites de l'étude

D'une part, il s'agit d'une étude rétrospective avec un recueil des données sur dossiers. Cela engendre un biais d'information donc une perte de puissance, du fait de données manquantes. Ces dernières sont particulièrement nombreuses en ce qui concerne le suivi de la grossesse, notion pourtant indispensable dans un souci de continuité des soins.

D'autre part, le nombre de patientes incluses reste faible malgré une durée d'étude d'un an. Il est évident qu'il représente une part peu importante des consultations annuelles des urgences de la Timone. Notre étude étant monocentrique, notre population peut être peu représentative de la population générale.

Aussi, nous n'avons pas étudié les antécédents médicaux des femmes enceintes, alors que la présence de comorbidités pour certains auteurs favorise les consultations répétées. Ceci concerne de façon significative le diabète, l'obésité, l'HTA (29). Il aurait semblé intéressant d'analyser ces données.

Les caractéristiques sociales des patientes n'étaient pas collectées, pourtant Lang et al. ont corrélé un faible niveau socio-économique avec des consultations itératives et non urgentes (18). La mise en place récente de l'onglet « couverture sociale » sur le Terminal Urgences® pourrait aider à l'analyse de telles informations.

Enfin, notre étude ne décrit pas les facteurs pouvant être statistiquement prédictifs de consultations non adaptées aux urgences de la Timone. Ces indicateurs de qualité pourraient faire l'objet de travaux ultérieurs.

5. Implication clinique et perspectives

a. Axes d'amélioration de la prise en charge aux urgences

Tout d'abord, il faut rappeler l'importance du triage réalisé en amont.

En effet, nous avons pu constater que certaines patientes sont admises pour des motifs strictement gynécologiques.

Il appartient à l'infirmière d'accueil des urgences ainsi qu'à la régulation médicale téléphonique d'orienter au mieux ces patientes vers les urgences spécialisées proches du site. Il en est de même actuellement pour d'autres spécialités, comme l'ophtalmologie.

Ensuite, nous avons remarqué que pour 63,3 % des patientes qui ont découvert leur grossesse, il n'y avait pas d'autre diagnostic associé.

Nous rappelons également qu'environ 1 femme sur 2 avait la notion d'un retard de règles.

Ainsi, il pourrait être intéressant, dans des cas pauci-symptomatiques associés à un retard de règles, de proposer la réalisation d'un test urinaire de grossesse aux urgences. Il faudrait également prescrire un dosage plasmatique de l'HCG à réaliser en laboratoire de ville avec consultation du médecin traitant dans les 48 heures.

Par exemple, le Centre Hospitaliser Universitaire canadien Sainte-Justine a mis en place une procédure avant certaines interventions chirurgicales et examens d'imagerie ionisants, incluant la réalisation préalable d'un test urinaire de grossesse chez les femmes en âge de procréer (confirmé par prélèvement sanguin en cas de positivité). (30)

Par ailleurs, afin d'affiner la prise en charge des femmes aux urgences, il paraît nécessaire de pouvoir élargir la réalisation des échographies pelviennes par les médecins des urgences, notamment au-delà du seuil d'HCG de 2500 mUI/mL.

Popowski et al. proposent une standardisation de l'échographie aux urgences gynécologiques avec des coupes référencées, afin d'augmenter les chances de détection d'une urgence grave même si l'opérateur n'est pas spécifiquement formé dans ce domaine (31). Ils insistent sur la nécessité première de déceler des urgences telles qu'un hémo-péritoine massif.

Cette approche de l'échographie nécessite par ailleurs un recours téléphonique au spécialiste plus large, dans une vision commune d'amélioration des soins et d'optimisation logistique.

En effet, maximiser le recours téléphonique au spécialiste peut permettre d'adopter la meilleure stratégie thérapeutique : limiter les transferts en gynécologie, diminuer le temps d'attente, éventuellement autoriser un retour au domicile d'emblée, ou une reconvocation directe aux urgences gynécologiques à 48 heures avec un courrier, en général pour un contrôle du taux d'HCG plasmatique.

En revanche, cela nécessiterait l'élaboration de protocoles clairs disponibles sur le fichier commun informatique de l'AP-HM.

Enfin, il paraît opportun, au vu des nombreuses données manquantes de l'étude, de veiller au remplissage exhaustif des dossiers. Il pourrait être intéressant de rajouter une section particulière sur le Terminal Urgences® relatif à une grossesse, avec mention du lieu de suivi.

De façon plus large, il faudrait pouvoir renseigner chez toute femme en âge de procréer l'existence d'un risque de grossesse, ce dès son arrivée et de façon lisible sur son dossier. Ceci d'autant plus du fait d'une potentielle tératogénicité liée à la réalisation régulière d'imagerie ionisante, notamment au sein du circuit court.

b. Médecin généraliste, un rôle pivot

Un référentiel de la Haute Autorité de Santé expose les différents niveaux de risque des grossesses et émane d'un accord professionnel. (32)

Le risque lié à une grossesse doit être évalué tout au long de celle-ci. Si la patiente relève d'un « suivi A » c'est-à-dire sans risque identifié ou faible niveau de risque, le suivi peut être réalisé par une sage-femme, un MG (jusqu'au 7ème mois) ou un gynécologue-obstétricien.

L'élaboration d'un « projet de naissance » est alors préconisée dès que possible.
Le CNGOF reconnaît l'importance d'une diversification des intervenants en raison de la démographie actuelle. (33)

Un des facteurs limitant le recours des femmes enceintes à leur MT est une méconnaissance de la compétence du généraliste dans ce domaine. (34)

Il appartient à celui-ci d'expliquer aux femmes en âge de procréer qu'un tel suivi est possible, dans les conditions citées précédemment.
L'information peut être donnée oralement ainsi que sur des fiches déposées en salle d'attente. L'avènement des sites en ligne de prise de rendez-vous médicaux peut permettre une transmission de cette information par le praticien et un choix du motif de consultation de suivi de grossesse par la patiente.

Une meilleure information permet une amélioration de la prise en charge des patientes : il s'agit également en amont de mieux préparer une grossesse, ce qui est

le but de la consultation pré-conceptionnelle. Cette dernière a pour vocation d'identifier et prendre en charge les risques potentiels. (32)

De façon plus large, et ce dans une démarche de santé publique, les patientes doivent savoir que leur MT peut réaliser des actes tels qu'un frottis cervico-utérin.

La généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus fait d'ailleurs partie des objectifs prioritaires du Plan Cancer 2014-2019. (35)

Une étude réalisée par l'Institut National du Cancer a démontré l'intérêt d'instaurer un programme national de dépistage organisé du cancer du col utérin, ainsi qu'un programme d'invitation et relance des femmes non participantes. Le MG doit se situer au centre de cette démarche.

Par ailleurs, nous avons vu que les femmes consultaient volontiers lors du premier trimestre de leur grossesse. Il est nécessaire que le MT favorise l'éducation aux signes devant amener à consulter en urgence.
En cas de suivi de grossesse, il doit pouvoir se montrer particulièrement disponible afin d'évaluer la situation et orienter au besoin sa patiente vers un confrère spécialiste ou vers les urgences.

Une des réticences des MG quant au suivi de grossesses en cabinet reste au fil des ans leur formation insuffisante. (13)

Pourtant, il existe plusieurs formations diplômantes, initiales ou continues, qui permettent d'approfondir nos connaissances et nos pratiques.

A la Faculté de Médecine de Marseille nous pouvons citer : Accompagnement de la grossesse à la naissance, Formation complémentaire en gynécologie-obstétrique pour les médecins généralistes, Education à la santé sexuelle. (36)

Enfin, apparaissent de façon croissante des maisons de santé pluridisciplinaires regroupant plusieurs médecins généralistes.

Il serait intéressant de créer une maison de santé tournée vers la santé de la femme. Cela permettrait de libérer les urgences des motifs gynécologiques en général (infections génitales basses, suspicion de grossesse, problème en lien avec la

contraception) et également favoriser le suivi des grossesses ainsi que la prévention et le dépistage, deux notions essentielles.

Elle pourrait se situer non loin des urgences. En effet, l'existence d'une maison médicale à proximité des SAU peut éviter certaines consultations comme le soulignent Lafay et al. (37). Les centres de Protection Maternelle Infantile sont des structures peu nombreuses qui ont également leurs limites.

Ces maisons médicales seraient dotées de médecins généralistes formés en gynécologie, de radiologues agréés en échographie obstétricale, de pédiatres en vue du suivi ultérieur des jeunes enfants, de sages-femmes, et d'infirmières diplômées d'état.

V. **CONCLUSION**

L'augmentation du nombre de consultations au SAU est constatée en parallèle d'une diminution du nombre de médecins actifs. La demande de suivi de grossesse, elle, reste constante.

Les femmes qui consultent aux urgences générales sont des femmes jeunes, qui ignorent parfois leur grossesse avant leur admission. Bien qu'une majorité retourne au domicile, elles font l'objet de nombreux transferts aux urgences gynécologiques. Très peu sont hospitalisées. Elles ne sont pratiquement jamais adressées par leur MT. Elles se présentent pour des motifs tels que des douleurs abdominales, nausées et vomissements, mais aussi parfois, paradoxalement, pour des motifs purement gynécologiques.

Dans un objectif d'amélioration des pratiques, triage minutieux, coopération optimale entre urgentistes et gynécologues, mise en place de protocoles et échographies de débrouillage sont proposés.

Cette étude est le reflet de peu de consultations du SAU mais chaque consultation aux urgences doit être remise en question. Le MG, par ses compétences, détient une place privilégiée pour contribuer à un désengorgement

des urgences, notamment par l’amélioration de la prise en charge des pathologies spécifiquement féminines. Il est un des acteurs majeurs du suivi des grossesses en médecine de ville, aux côtés des sages-femmes et des spécialistes.

Afin d'affiner notre cartographie, il serait intéressant d'identifier par des travaux ultérieurs les facteurs qui sont statistiquement liés à des consultations non adaptées aux urgences générales.

BIBLIOGRAPHIE

1. SAU, Service d'accueil et de traitement des urgences - Définition - BNDS [Internet]. [cited 2018 Aug 28]. Available from: https://www.bnds.fr/dictionnaire/sau.html
2. Les établissements de santé - Édition 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cited 2018 Aug 28]. Available from: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2017
3. Organisation des services d'urgence : Panorama 2017 [Internet]. GIP e-Santé ORU PACA. 2017 [cited 2018 Aug 28]. Available from: https://www.orupaca.fr/organisation-services-durgence-panorama-2017/
4. Documents | Cour des comptes [Internet]. [cited 2018 Aug 28]. Available from: https://www.ccomptes.fr/fr/documents/4951.
5. Amri IE, Allouche W, Benali B, Kholti AE. Évaluation du burnout chez le personnel soignant au niveau du service d'accueil des urgences du CHU Ibn Rochd. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2016 Jun 1;77(3):560.
6. Code de la sécurité sociale. | Legifrance [Internet]. [cited 2018 Aug 28]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006186122&cidTexte=LEGITEXT000006073189
7. Atlas national | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cited 2018 Aug 28]. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476
8. Ferriols Pérez E, Kanjou Augé N, Genovés González J, Burón Pust A, Payà Panadés A, Carreras Collado R. Inadequate visits to the emergency department by pregnant women. J Obstet Gynaecol. 2018 Feb;38(2):161–6.
9. Alouini S, Mesnard L, Coly S, Dolique M, Lemaire B. Urgences gynécologiques : nature et degré de gravité. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2012 Feb 1;41(1):48–54.
10. Bilan démographique 2016 - Insee Première - 1630 [Internet]. [cited 2018 Aug 29]. Available from: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860
11. Série 001744510 Indicateur conjoncturel de fécondité des femmes - Ensemble - Provence-Alpes-Côte d'Azur | Insee [Internet]. [cited 2018 Aug 29]. Available from: https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001744510#Tableau
12. Petitprez. S. Comment favoriser le suivi de grossesse par le médecin généraliste ? Ressenti des femmes enceintes dans le département de l'Aisne. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Picardie Jules Verne. 2015 ; 71.
13. Lecomte B. Place du médecin généraliste dans le suivi de la grossesse. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Rouen. 2017 ; 112.
14. Darreye A. Le suivi de grossesse par les médecins généralistes, freins et appréhensions. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Limoges. 2016 ; 79.
15. Deshays V. Les freins au suivi de la grossesse en médecine générale : étude quantitative auprès des médecins généralistes installés en Limousin. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Limoges. 2016 ; 118.

16. Tsai JC-H, Liang Y-W, Pearson WS. Utilization of Emergency Department in Patients With Non-urgent Medical Problems: Patient Preference and Emergency Department Convenience. Journal of the Formosan Medical Association. 2010 Jul;109(7):533–42.

17. Calvo J, Louges MA, Sanchez S, Lipere A, Duminil L, Graesslin O. Urgences gynécologiques : étude prospective sur les motifs de consultation et devenir des patientes. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2016 Nov;45(9):1060–6.

18. Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? Journal of Epidemiology & Community Health. 1996 Aug 1;50(4):456–62.

19. Cours [Internet]. [cited 2018 Sep 1]. Available from: http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_29/site/html/1.html

20. Carrasco B. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. 2003;8

21. RPC [Internet]. [cited 2018 Sep 1]. Available from: http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique?folder=RPC%2BCOLLEGE

22. Carcopino M, Carcopino X, Gerbeaux P. Évaluation du mode d'arrivée au service d'accueil des urgences comme facteur prédictif d'une hospitalisation. Journal Européen des Urgences. 2008 Sep;21(3):79–85.

23. Dale J, Dolan B. Do patients use minor injury units appropriately? Journal of Public Health. 1996 Jun 1;18(2):152–6.

24. 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. Journal Européen des Urgences. 2007 May;20(1):138.

25. Lerat-Golasowski M. Motivations, motifs de consultation et parcours de soins des patients consultant aux urgences du centre hospitalier de Cambrai. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Lille. 2015 ; 63.

26. Roubille M, Szymanowicz A, Cartier B, Albinet H, Carlier A, Goux A, et al. Étude sur les délais de rendu de résultats d'examens biologiques demandés en urgence dans les laboratoires hospitaliers. Annales de Biologie Clinique. 2010 Nov 1;68(6):741–6.

27. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2005 Sep;34(5):513.

28. Pitrou I, Lecourt A-C, 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: European Journal of Emergency Medicine. 2009 Aug;16(4):177–82.

29. Cunningham SD, Magriples U, Thomas JL, Kozhimannil KB, Herrera C, Barrette E, et al. Association Between Maternal Comorbidities and Emergency Department Use Among a National Sample of Commercially Insured Pregnant Women. Acad Emerg Med. 2017 Aug;24(8):940–7.

30. Manuel de politiques et procédures administratives. Politique et procédure sur le dépistage systématique de la grossesse. CHU Sainte-Justine. 2015 :6.

31. Popowski T, Huchon C, Fathallah K, Bouhanna P, Bernard J-P, Fauconnier A. Standardisation de l'échographie aux urgences gynécologiques. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2012 Mar;40(3):182–8.

32. Haute Autorité de Santé - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. [cited 2018 Sep 1]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees

33. Gynécologie Et Santé Des Femmes. L'offre de soins 3. Les autres acteurs. [Internet]. [cited 2018 Sep 1]. Available from: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_03.htm

34. Gentric A. Suivi de grossesse : avis des femmes sur le choix du professionnel de santé et la place du médecin généraliste. 2013 Oct 15;66.

35. Cancer du col de l'utérus : l'Arrêté sur l'organisation du dépistage vient de paraître – ONCORIF [Internet]. [cited 2018 Sep 1]. Available from: https://www.oncorif.fr/2018/05/cancer-du-col-de-luterus-larrete-sur-lorganisation-du-depistage-vient-de-paraitre/

36. Médecins | Unité Mixte de Formation Continue en Santé [Internet]. [cited 2018 Sep 1]. Available from: https://umfcs.univ-amu.fr/notre-catalogue/par-metier/medecins?type=All&theme=Gyn%C3%A9cologie+Obst%C3%A9trique&field_organisme_prestataire_tid=All&mots_cles=

37. [General practice consultation in a hospital emergency department. History, evaluation and prospects]. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2018 Sep 1]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12448329

ANNEXES

Classification CCMU

- **CCMU P** : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable
- **CCMU 1** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) ou un service d'urgences.
- **CCMU 2** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences
- **CCMU 3** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
- **CCMU 4** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.
- **CCMU 5** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
- **CCMU D** : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

INDEX

AP-HM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

AEG : Altération de l'état général

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies, 10ème révision

CNA : Colique néphrétique aiguë

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECMU : Echographie Clinique en Médecine d'Urgence

HCG : Hormone Chorionique Gonadotrope

HTA : Hypertension artérielle

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecin généraliste

MT : Médecin traitant

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PDC : Perte de connaissance

PNA : Pyélonéphrite aiguë

SA : Semaines d'Aménorrhée

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

TVP : Thrombose veineuse profonde

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

RESUME

Introduction : La fréquentation des urgences s'accroît partout en France. C'est ainsi le cas au Service d'Accueil des Urgences (SAU) de la Timone à Marseille, qui fonctionne régulièrement en flux tendu. Les conséquences d'une telle activité sont multiples, dans un contexte actuel de pénurie de gynécologues. L'objectif principal de l'étude est d'établir une cartographie des consultations des femmes enceintes aux urgences générales et spécialisées de Marseille-Centre. **Matériel et méthode** : Notre étude est observationnelle, rétrospective et monocentrique. Les dossiers des femmes enceintes au SAU de la Timone sur la période du 01/01/2017 au 01/01/2018 sont analysés, ainsi que ceux des patientes transférées dans un second temps aux urgences gynécologiques de la Conception. **Résultats** : 103 femmes enceintes sont incluses, 43 le sachant, essentiellement au 1er trimestre et 60 découvrant leur grossesse. Leur âge moyen est de 28.5 ans, la tranche d'âge 18-24 ans est la plus représentée. Leur arrivée se fait le plus souvent par leurs propres moyens et 91.3% des patientes ne sont pas adressées par leur médecin traitant. Les motifs de consultation sont, par ordre décroissant, urodigestifs, cardiovasculaires et gynécologiques. Les prélèvements biologiques sont fréquents contrairement aux échographies réalisées par l'urgentiste. Un spécialiste n'est sollicité que dans 26.2% des cas. Finalement, 59 patientes rentrent d'emblée à leur domicile. 42 sont transférées aux urgences gynécologiques de la Conception. Parmi elles, 23 rentrent au domicile dont 12 avec reconvocation aux urgences gynécologiques. Trois patientes sont gardées hospitalisées. **Conclusion** : Cette étude est le reflet de peu de consultations du SAU. Cependant, au sein des urgences, des améliorations pourraient être apportées en lien direct avec nos confrères gynécologues. Le médecin généraliste est l'un des acteurs majeurs du suivi des grossesses, ce qui pourrait limiter ou optimiser le recours des femmes enceintes aux urgences. Des travaux ultérieurs étudiant les facteurs statistiquement liés à des consultations non adaptées aux urgences générales seraient pertinents.

Mots-clés : service d'accueil des urgences ; femmes enceintes ; parcours clinique ; gynécologie-obstétrique ; médecin généraliste