

Comment améliorer la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales par la médecine générale ? à propos du Bilan d'activité de l'unité d'urgence gynécologie obstétrique de l'Hôpital Maternité de Metz sur la période février à juillet 2010 et 2011.

Marc-Antoine François

▶ **To cite this version:**

Marc-Antoine François. Comment améliorer la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales par la médecine générale ? à propos du Bilan d'activité de l'unité d'urgence gynécologie obstétrique de l'Hôpital Maternité de Metz sur la période février à juillet 2010 et 2011.. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01731668

HAL Id: hal-01731668

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731668

Submitted on 14 Mar 2018

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

2012

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Marc – Antoine FRANCOIS

le 12 septembre 2012

Comment améliorer la prise en charge des urgences gynéco – obstétricales par la médecine générale ?

à propos du Bilan d'activité de l'unité d'urgence gynécologie obstétrique de l'Hôpital Maternité de Metz sur la période février à juillet 2010 et 2011.

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur BOUTROY	Président
M. le Docteur MOREL	} Juge
Mme. le Docteur STEYER	} Juge
M. le Docteur BRAUN	} Juge
M. le Docteur LEMARIE	} Directeur

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI

Vice Doyen *Mission « Sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen *Mission « Finances » :* Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « *Recherche »* : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1er Cycle :	**Professeur Bruno CHENUEL**
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	**M. Christophe NÉMOS**
- 2ème Cycle :	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3ème Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	**Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
« DES Spécialité Médecine Générale	**Professeur Francis RAPHAËL**
- Filières professionnalisées :	**M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue :	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Commission de Prospective :	**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- Développement Professionnel Continu :	**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**
Assesseurs Relations Internationales	**Professeur Jacques HUBERT**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL

Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL

Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE

Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET

Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES

Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS

Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN

Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL

Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ

Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : *(Physiologie)*

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT

3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2ème sous-section : *(Réanimation médicale ; médecine d'urgence)*

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : *(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : *(Neurologie)*

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : *(Rhumatologie)*

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : *(Cardiologie)*

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : *(Néphrologie)*

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : *(Urologie)*

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : *(Pédiatrie)*

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Docteur Aude BRESSENOT

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2ème sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*

Docteur Isabelle THAON

3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*

Docteur Laurent MARTRILLE

4ère sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*

Docteur Lina BOLOTINE

3ème sous-section : *(Immunologie)*

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4ème sous-section : *(Génétique)*

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50ème Section : RHUMATOLOGIE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Docteur Anne-Christine RAT

3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*

Docteur Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3ème sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

==========

MAITRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER

66ème section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Paolo DI PATRIZIO

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Michel BOULANGÉ – Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL

Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT

Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean Louis BOUTROY

Professeur de Gynécologie Obstétrique à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la présidence de cette thèse.

Je vous remercie pour votre disponibilité.

Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

A Monsieur le Docteur Olivier MOREL

Docteur Gynécologue à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy

En dépit de la charge de travail qui vous incombe, vous avez accepté de faire partie de mon jury et de juger mon travail.

Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et mon profond respect.

A Madame le Docteur Elisabeth STEYER

Maître de conférences des universités de médecine générale

Avec gentillesse, vous avez accepté d'estimer ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et mon profond respect.

A Monsieur le Docteur BRAUN

Chef de service des Urgences de l'Hôpital Bon-secours à Metz

Avec gentillesse, vous avez accepté d'estimer ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Philippe LEMARIE

Praticien Hospitalier en gynécologie obstétrique à l'Hôpital Maternité de Metz

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la direction de cette thèse.

Je vous remercie pour votre soutien, la pertinence de vos conseils et votre disponibilité.

Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

Aux médecins généralistes ayant participé aux enquêtes

Merci de votre participation.

A Jean Pierre, Sophie, Paul et Pascale

Avec gentillesse, vous m'avez guidé dans mes premiers pas de la pratique libérale.

A l'équipe de SOS Médecins Meurthe et Moselle

Pour la confiance que vous avez eue en moi.

A Danièle, Olivia, Maud et toute l'équipe médicale de Médecine H du Professeur Jean Dominique de Korwin

Un excellent souvenir de cette équipe très sympa.

A Jérôme Cardinali, Sophie Wang et Wouiba

Des souvenirs sympathiques de mon externat et internat.

A mes parents

Qui par leur ardeur au travail et leur rigueur intellectuelle ont toujours été pour moi des exemples, et qui sans relâche ont œuvré pour mon bonheur et ma réussite.

A mes frères et ma sœur

Vous m'avez soutenu, écouté et encouragé dans toutes mes étapes. Merci.

A mes grands parents

Pour leur affection et leur soutien.

A Bruno et Isabelle

Pour votre gentillesse.

SERMENT

"Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. 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 et méprisé si j'y manque".

SOMMAIRE

Introduction **26**

Partie 1 **28**

A. Préambule. **29**
B. L'accueil en gynécologie obstétrique. **29**
C. L'activité de soins en unité de gynécologie obstétrique. **31**
1 / activité de soins programmés. 31
2 / activité de soins non programmés. 32
3 / règles de facturation**.** 32
D. Le modèle des structures d'urgences adultes. **33**
E. Le rôle central des services hospitaliers d'urgences. **34**

Partie 2 **37**

A. L'hôpital maternité de Metz, site de notre étude. **38**
B. Présentation du mode de fonctionnement de cet UGO. **38**
1 / définition. 38
2 / capacités d'accueil**.** 39
3 / responsabilités. 39
4 / horaires. 39
5 / informations sur les soins et sur l'état de santé de la patiente. 40
6 / principes éthiques, déontologiques et légaux. 41
C. Arrivée et accueil de la patiente. **41**
1 / arrivée par ses propres moyens. 41
2 / arrivée en ambulance, VSAB ou SMUR. 42
3 / transfert attendu d'un établissement de soins. 42
D. Prise en charge des soins. **42**
E. Orientation et sortie du patient. **43**
1 / retour à domicile. 43
2 / hospitalisation. 43
3 / transfert. 43
4 / sortie sans attendre, fugue, sortie contre avis médical. 44
F. Etude. **45**
1 / problématique. 45
2 / objectifs. 45
3 / population. 45
4 / méthode. 45
G. Enquête d'activité : du 1er février au 31 juillet 2010 et 2011. **46**
1 / nombre de consultations totales : 9189 passages. 46
2 / répartition mensuelle du nombre de consultations à l'UGO. 46
3 / répartition des consultations de gynécologie obstétrique. 47
4 / orientation des patientes. 48
5 / motifs de consultations en gynécologie. 49
6 / motifs de consultations en obstétrique. 50
7 / répartition des consultations par tranches horaires. 52

8 / hospitalisations de nuit. 55
9 / importance de l'activité du weekend. 56
10 / délai d'attente avant la prise en charge médicale. 57
11 / durée de la prise en charge médicale à l'UGO. 58
12 / pyramide des âges. 59

Synthèse **63**

Partie 3 **64**

A. Comparaison à la littérature. **65**
1 / le CHR d'Orléans. 65
2 / la gynécologie médicale en France : hier. 66
3 / la gynécologie médicale en France : aujourd'hui. 66
4 / la formation des médecins généralistes en gynécologie obstétrique. 68
4.1 la formation universitaire. 68
4.2 après le 3è cycle de médecine générale. 69
B. Et en Lorraine ? **69**
1 / les bassins de vie. 69
2 / les gynécologues. 70
3 / les médecins généralistes. 70
C. Vision d'avenir. **71**
D. Prise en charge par les médecins généralistes des urgences différables ou ressenties. **73**
E. Les urgences adultes. **77**
F. Pistes d'amélioration et propositions. **79**
G.Propositions de débat. **80**

Conclusion **81**

Références – bibliographie **83**

Annexes **84**

Liste des figures **88**

Liste des tableaux **89**

Liste des abréviations **90**

INTRODUCTION

L'Hôpital Maternité de Metz de niveau 2b réalisant 2598 accouchements par an est dépendant du Centre Hospitalier Régional de Metz Thionville. L'unité d'accueil et de traitement des urgences de gynéco obstétrique (UGO) doit accueillir, 24h/24, tous les jours de l'année, toute personne, sans sélection, mineures comme adultes, se présentant en situation d'urgence.

L'objectif de cette thèse est de réaliser une enquête sur l'activité de l'UGO de l'Hôpital Maternité de Metz au cours de deux périodes : 1er février au 31 juillet 2010 et 2011. A partir de ce bilan, peut-on envisager une autre prise en charge qui s'appuierait sur la médecine libérale générale ? Les bénéfices attendus sont de définir pour la médecine générale des pistes de prise en charge de certaines urgences en gynéco – obstétrique.

La première partie expose l'accueil actuel en gynécologie obstétrique et le modèle des structures d'urgences adultes. La deuxième partie portera sur le bilan d'activité à l'Hôpital Maternité de Metz. La troisième partie analyse les résultats et le descriptif de la formation des médecins généralistes en gynécologie et obstétrique et propose des pistes de prise en charge de ces urgences par la médecine générale.

L'étude de l'activité des urgences gynéco – obstétriques de l'Hôpital Maternité de Metz sur une année permet de dégager les principales pathologies gynécologiques et obstétricales et autres problèmes qui poussent les femmes à consulter. La démarche diagnostique et les traitements des patientes sont souvent systématiques et peuvent servir de base à l'élaboration de protocoles de prise en charge applicables en médecine de ville.

Les médecins généralistes sont des omnipraticiens, souvent en première ligne dans le système de sante français. En tant que médecins traitants, leur rôle est de soigner mais aussi d'initier une prise en charge. Les inclure dans la prise en charge des urgences gynéco – obstétricales devrait permettre de diminuer les afflux aux UGO dans l'intérêt des patientes.

PARTIE 1

A. Préambule.

(1) « La création des services d'urgences remonte aux années 1960. Depuis, pour assurer leurs missions d'accueil et de prise en charge de l'urgence, qu'elle soit réelle ou ressentie comme telle par le patient, leur organisation interne s'est constamment améliorée et ceci sous l'impulsion d'enquêtes et de rapports.

Les effectifs médicaux ou non médicaux nécessaires sont en gynéco-obstétrique calculés sur la base du nombre d'accouchements annuels. Il est donc admis que l'équipe de garde puisse gérer, en plus de l'activité de la salle de naissance, les urgences gynéco-obstétriques. Ainsi dans le rapport du CNGOF, « les équipes sont actuellement amenées à gérer des plateaux obstétricaux importants, de plus de 1500 accouchements, quand ce n'est pas 4000 ou 5000 » auxquels se surajoutent les urgences car « elles ne sont pas vues ou pré - triées aux urgences générales mais viennent directement dans nos services »

Le CNGOF a mené une enquête sur le volume des urgences en gynécologie obstétrique. « Elles sont en moyenne de 12 patientes par jour avec un taux d'hospitalisation de 15%. Ces moyennes cachent des pics d'activité de 40 à 50 patientes surtout dans les établissements importants réalisant plus de 2500 accouchements par an ». Il y a annuellement en France 118000 femmes consultant pour fausse couche, 13000 pour une GEU, 9000 pour une salpingite ; elles ne passent pas par les urgences généralistes. »

B.L'accueil en gynécologie obstétrique.

(2) « C'est au XXème siècle que les femmes ont choisi d'accoucher en milieu hospitalier. Effectivement, le XIXème siècle amorce un tournant dans la prise en charge des femmes enceintes. L'art de l'obstétrique s'améliore dans ses pratiques et la sécurité maternelle et infantile devient primordiale. La douleur des femmes à l'accouchement trouve une écoute intéressée et attentive auprès des anesthésistes. L'hygiène qui entre en force dans les hôpitaux casse leur image de mouroir. Ainsi, les conditions d'accueil à l'hôpital s'améliorent et l'accouchement à domicile laisse place à l'accouchement en maternité. En 1962, 85% des accouchements ont lieu en milieu hospitalier. Ce chiffre passe à 99,6% en 2001 (*3*).

La notion de qualité et de sécurité autour de la naissance émerge dans les années 70. En 1970, la mortalité maternelle atteint un taux de 28,2 pour 100 000 et la mortalité périnatale, un taux de 25 pour 1000 (*4*). Sur ce constat, le gouvernement décide donc de mettre en place une politique de planification en matière de périnatalité. Le plan périnatal 1970-1976 présente deux grands principes : prévention et sécurisation de la grossesse et de la naissance. Les actions menées portent essentiellement sur les consultations périnatales et les moyens humains et matériels pour assurer la naissance.

Les mesures prisent pour les maternités sont issues du décret Dienesch du 21 février 1972, qui fixe les normes pour les locaux et les équipements des maternités privées. Il est complété par circulaire du 10 mai 1972, qui fixe les normes de personnel et d'équipement des services de gynécologie obstétrique dans les établissements hospitaliers publics.

Cette mise aux normes complétée par la circulaire Barzach en 1988, entraîne la fermeture de nombreuses maternités, surtout dans le secteur privé. Le nombre de maternités passe de 1369 à 607 entre 1975 et 2005. Cependant « *les établissements qui ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent continuer à exercer des activités pré et postnatales sous l'appellation de centre périnatal de proximité* ».

Si les résultats de mortalité périnatale et maternelle entre 1972 et 1980 montrent une amélioration, les années 90 amorcent une stagnation qui introduit un nouveau plan de périnatalité 1995-2000. Il prévoit de renforcer les normes appliquées aux maternités afin d'augmenter la sécurité de l'accouchement. Une baisse de la mortalité maternelle de 30% et de la mortalité périnatale de 18% est escomptée.

Les normes sont précisées par les décrets de périnatalité de 1998. Il en résulte la création d'une typologie des maternités, déjà exprimée dans un rapport du Haut Comité de Santé Publique en janvier 1994.

Dès lors, les femmes sont orientées vers l'établissement de santé le plus adapté pour répondre aux besoins exprimés selon les risques liés à la grossesse :

- **Les maternités de type I**, disposant d'une unité d'obstétrique, assurent la prise en charge des grossesses à bas risque et de nouveau-nés sans pathologie.
- **Les maternités de type II a**, disposant d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatologie, assurent la prise en charge des grossesses à bas risque pour la mère et l'enfant.
- **Les maternités de type II b**, disposant d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatologie, assurent la prise en charge de grossesses à haut risque et de nouveau-nés nécessitant des soins intensifs.
- **Les maternités de type III**, disposant d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatologie et d'une unité de réanimation néonatale ainsi que d'une réanimation adulte, assurent la prise en charge des grossesses à très haut risque et des nouveau-nés nécessitant un recours à la réanimation néonatale.

Au-delà de 1500 accouchements par an les décrets de périnatalité en 1998 imposent la présence sur place, dans l'unité d'obstétrique, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, d'un gynécologue-obstétricien, et d'un anesthésiste-réanimateur au-delà de 2000 accouchements par an. »

C.L'activité de soins en unité de gynécologie obstétrique.

1/ Activité de soins programmés.

(5)« L'activité des soins programmés s'inscrit dans un parcours « patiente » au sein d'un établissement de santé, qu'il soit public ou privé.

La première étape consiste, en général, pour la patiente à se faire connaître auprès du service clientèle comme le bureau des entrées. Que ce soit pour une consultation externe ou une admission en vue d'une hospitalisation, des informations doivent être fournies par la patiente, notamment « *la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission* ».

Les activités de gynécologie et d'obstétrique disposent d'un accès direct spécifique dans certaines conditions comme le suivi régulier, le dépistage ou l'interruption volontaire de grossesse. La patiente doit également présenter les documents attestant de ses droits de sécurité sociale et de mutuelle. La patiente poursuit ensuite son parcours dans le service auprès duquel elle est attendue. »

2/ Activité de soins non programmés

(6) « L'activité de soins non programmés en gynécologie obstétrique est plus délicate à définir. En l'absence d'une unité fonctionnelle dédiée à cette activité, elle tend à fusionner avec l'activité de soins programmés. Il devient très difficile de mesurer son volume et de la valoriser. Actuellement, l'activité de soins non programmés se traduit par les consultations dites en « urgence ». Ici la notion d'urgence n'engage pas nécessairement le pronostic vital mais plutôt le besoin ressenti par la patiente d'être rapidement informée sur son état de santé.

Cette activité de soins non programmés est souvent assurée par le secteur de naissance, de consultations, d'hospitalisation ou les structures des urgences adultes. Dans tous les cas, cette activité s'ajoute à l'activité de soins programmés et peut perturber l'organisation de celle-ci : qualité de l'accueil non assurée, manque de sérénité et impatience liée à l'angoisse de l'urgence.

Les urgences en gynécologie obstétrique bénéficient le plus souvent d'un accueil spécifique dans le cadre d'une organisation indépendante des urgences d'un établissement, notamment pour les services de gynécologie obstétrique ayant une forte activité ».

3/ Règles de facturation

(7) « Depuis le 1er mars 2008, les urgences gynécologiques sont reconnues et identifiables dans les établissements de santé autorisés à pratiquer des soins de médecine d'urgence. Cette mesure donne droit à un ATU gynécologie, facturé pour les urgences gynécologiques et les urgences du 1er trimestre de grossesse. Cela permet de valoriser l'activité de soins non programmés en gynécologie.

L'ATU obstétrical n'existe pas. << *La facturation d'un ATU ne concerne pas les urgences obstétricales* >> (*8*). Sont considérées comme urgences obstétricales les urgences survenant chez une femme ayant fait une déclaration de grossesse. Aussi, une action est actuellement en cours par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français pour faire reconnaître l'urgence en obstétrique, en dehors de l'accouchement et obtenir un ATU obstétrique ».

D. Le modèle des structures d'urgences adultes

(9) « Les services d'accueil des urgences ont débuté leur activité dans les années 60. Depuis, pour assurer leurs missions d'accueil et de prise en charge de l'urgence, qu'elle soit réelle ou ressentie comme telle par le patient, leur organisation interne s'est constamment améliorée, sous l'effet d'enquêtes et de rapports.

Le « rapport Steg » sur la sécurité des urgences en 1989, a marqué un tournant dans ce processus de réflexion de prise en charge des urgences en milieu hospitalier. Il mettait en exergue une qualité médiocre de l'accueil, des temps d'attente excessifs et une pénurie de personnels de santé qualifiés pour cette activité. Par la suite, en 1993, le Professeur STEG a proposé une restructuration des « urgences » afin de « *concilier deux exigences contradictoires, la plus grande proximité et la meilleure qualité des soins pour tous* ».

Depuis, propositions et textes de lois façonnent régulièrement les « urgences », en fonction des évènements environnementaux comme les attentes des usagers, la démographie des professionnels de la santé ou les contraintes économiques. En janvier 2007, l'évaluation du plan « urgences » 2004-2008 affiche une augmentation de l'activité de la médecine d'urgence et un renforcement des structures d'urgences tant

sur le plan humain que matériel et logistique. Les améliorations s'appuient sur une aide financière conséquente de l'Etat, 500 millions d'euros, accompagnée d'autres sommes au titre de mesures spécifiques régionales. Ces améliorations répondent aussi à la mise en application des décrets du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence et aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence.

Actuellement la prise en charge des soins non programmés en structure d'urgences adultes et pédiatriques dispose par le biais de ces décrets, d'un cahier des charges très précis.

- Ces structures s'organisent pour assurer l'accueil, le diagnostic, le traitement, la surveillance et l'orientation du patient.
- Un registre chronologique continu informatisé doit être établi. Il renseigne sur :

- l'identité du patient,
- le jour, l'heure et le mode d'arrivée,
- l'orientation ou l'hospitalisation,
- le jour, l'heure et le mode de sortie.

Ce registre est un outil particulièrement utile pour mesurer l'activité de ce service. D'autant que l'effectif de la structure de médecine d'urgence est fixé, entre autres, par rapport au nombre de passages de patients dans la structure des urgences.

- Sont mentionnées en fonction de l'activité, les catégories professionnelles nécessaires ainsi que l'organisation des locaux de la structure des urgences :

- une salle d'accueil préservant la confidentialité,
- un espace d'examen et de soins,
- au moins une salle d'accueil des urgences vitales comportant les moyens nécessaires à la réanimation immédiate,
- une unité d'hospitalisation courte durée comportant au moins deux lits, dont la capacité est adaptée à l'activité de la structure. »

E. Le rôle central des services d'urgence hospitaliers.

(10) « En France, l'accueil et le traitement des patients en urgence s'effectuent dans 631 sites. Leur implantation a été autorisée par les agences régionales d'hospitalisation (ARH) au regard de trois impératifs : la proximité, la qualité et la sécurité des soins ».

- *Les services d'urgence sont classés en fonction de leur niveau de technicité et de normes d'équipement*. On distingue trois niveaux :

- les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) qui ont le niveau d'équipement le plus élevé et doivent pouvoir traiter tous les types d'urgence

- les unités de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences (UPATOU) qui prennent en charge des cas plus simples.

- les pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences (POSU) capables de prendre en charge des urgences lourdes, mais seulement dans des domaines spécifiques Dans tous les cas, la prise en charge des malades est assurée par des médecins spécialisés ayant un diplôme de médecine d'urgence.

En 2006, « on dénombre (*11*) 208 SAU, dont 202 sont implantés dans les plus importants établissements publics hospitaliers et 385 UPATOU, réparties entre secteur public et secteur privé participant au service public 245, secteur privé à but lucratif 140 et 38 POSU.

Cette organisation résulte d'une évolution progressive, dont la première étape a été la création en 1986 des services d'aide médicale urgente (SAMU) et des centres d'appel téléphonique spécialisés répondant au numéro 15 (dit centres 15). Les décrets du 9 mai 1995 et du 30 mai 1997 ont contribué à améliorer la qualité de l'orientation des patients en distinguant les urgences vitales des autres et à accroître la sécurité des structures d'accueil. Ce cadre règlementaire a été modifié par les décrets du 22 mai 2006 qui suppriment les notions de SAU et d'UPATOU, ces structures recevant en réalité les mêmes types de patients. Au 31 mars 2007, tous les services autorisés s'appellent « structures d'urgences » et ont l'obligation de répondre aux mêmes exigences de qualité en termes d'effectifs et de compétences médicales et paramédicales ».

- *L'organisation de ces structures s'appuie également sur une évaluation de la gravité et de l'activité*, nécessaire à la gestion du financement. Pour cela il existe deux systèmes :

- La CCMU, Classification Clinique des Maladies des Urgences est élaborée à partir de la notion de pronostic vital. Elle s'organise en 5 niveaux de gravité qui ne présagent pas de l'orientation finale du patient.

- La classification GEMSA, Groupes d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil, correspond à 6 types de passages, déterminés à postériori et qui retracent l'organisation de la prise en charge et de l'orientation des patients. Ce système peut participer à l'évaluation de l'activité et du volume de l'activité des structures des urgences.

- *Le financement des structures d'urgences est mixte.*

Il existe un forfait ATU (12) « (Accueil et Traitement des Urgences), facturé lorsqu'un patient reçoit des soins non programmés en structure d'urgence. Le tarif de l'ATU a une valeur nationale et unique de 25€, quelle que soit la prise en charge. La consultation externe et les actes réalisés sont facturés en sus, aux tarifs prévus par la NGAP et la CCAM. L'ATU ne s'applique pas quand fait suite une hospitalisation. Une part du financement des urgences est ainsi prélevée sur l'ensemble des GHS des patients hospitalisés après un passage aux urgences.

Les zones de surveillance de très courte durée, mises en place dans les structures d'urgence, apportent un financement calculé sur la base d'un GHS. L'hospitalisation dans ces zones nécessite que la patient présente un état instable.

Enfin, les structures d'urgences bénéficient d'un Forfait Annuel Urgence, (FAU) qui couvre les charges fixes (personnels, matériels) ».

Les urgences ne cessent de s'adapter. En mai 2008, le Professeur CORIAT remettait un rapport, sur demande du Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, exprimant les « *propositions sur la composition, les missions et les champs d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des soins »*.

Ce rapport est réalisé dans une démarche d'observations, de réflexions et propositions sur :

- l'accompagnement de la prochaine réforme hospitalière,
- l'amélioration de la qualité des soins urgents et non programmés,
- conditions de travail des personnels impliqués dans la prise en charge des urgences et de la permanence des soins,
- l'évolution des urgences et de la permanence des soins ».

PARTIE 2

A. L'Hôpital Maternité de Metz, site de notre étude.

Le CHR Metz-Thionville est un établissement bi-site distant de 30 km, Metz et Thionville, comprenant au total 7 établissements: hôpital Bonsecours (Metz), hôpital Bel-Air (Thionville), hôpital-Maternité de Metz, hôpital Beauregard (Thionville), hôpital Félix Maréchal (Metz) et deux maisons de retraite à Metz (Saint Jean et Le Parc.) Avec près de **2000 lits** et **4500 agents**, le CHR Metz-Thionville est reconnu comme le plus important sur son territoire de santé (550 000 personnes) couvrant un champ d'activités complet. Il est également une structure de recours qui répond au mieux aux besoins de la population: pôle mère-enfant, psychiatrie et pédopsychiatrie, spécialités médicales, chirurgie, service des urgences, service des brûlés, soins palliatifs, gériatrie.

L'Hôpital Maternité de Metz de niveau 2b réalisant 2598 accouchements en 2011 est dépendant du point de vue universitaire de la faculté de Médecine de Nancy distante de 60 kilomètres.

B. Présentation du mode de fonctionnement de cette UGO.

1/ Définition.

L'unité d'accueil et de traitement des urgences de gynéco obstétriques (UGO) doit accueillir, 24h/24, tous les jours de l'année, toute personne, sans sélection, mineures comme adultes, se présentant en situation d'urgence. De fait, tout patient se présentant à l'accueil des urgences y est enregistré et pris en charge par l'unité.

L'unité des Urgences en Gynécologie Obstétrique fonctionne conformément au décret de périnatalité n°98-900 du 9 octobre 1998, relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatologie et de réanimation néonatale et modifie le Code de Santé Publique (3ème partie : Décrets).

> Art. D.712 – 77 : « Toute unité d'obstétrique comprend des locaux réservés, d'une part, à l'accueil des patientes tous les jours de l'année, 24h/24… »

2/ Capacités d'accueil.

L'unité compte 4 salles d'examen :

• 3 salles d'examen utilisées par la sage femme.

• 1 salle destinée à l'interne.

• 1 bureau administratif.

• 1 salle de prélèvement.

3/ Responsabilités

(13) « Le médecin senior (docteur en gynécologie - obstétrique) et les sages-femmes affectés dans l'unité d'Urgence sont responsables de l'organisation de l'activité médicale et de la prise en charge des patientes pendant leur garde. Ils partagent cette responsabilité avec le médecin chef de service responsable de pôle et le cadre sage-femme de l'unité. Un poste d'interne est spécifiquement dédié à l'unité de 8h à 18h. L'interne de garde assure le relai de 18h à 8h00 en partageant son activité avec la salle d'accouchement ».

4/ Horaires

Horaires des médecins :

- 10 médecins (Praticien Hospitalier Temps plein et Praticien Hospitalier Temps partiel)
- Garde de 24h sur place.

Horaires des internes :

- 8 internes
- Garde de 24h sur place.
- Un interne est affecté à l'UGO de 8h 30 à 18h, les jours ouvrés, selon un tableau mensuel d'affectation.

Horaires des SF :

- 21 sages femmes forment le pool « salle d'accouchement / UGO »

L'organisation du travail des sages femmes se fait par alternance de gardes de jours et de nuits de 12h15 selon un cycle définît. Il y a également alternance dans l'affectation UGO ou salle d'accouchement.

UGO :

- une sage femme de garde de jour comme de nuit assure les urgences gynéco obstétriques aux mêmes horaires qu'en salle de naissances. Cette sage femme est spécifiquement et exclusivement attachée à l'activité UGO.
- Une secrétaire médicale assure de 8h30 à 16h00 l'accueil, l'admission administrative, le standard téléphonique. En dehors de ces horaires, la sage femme d'UGO assure ces missions.

Horaires des AS :

- Il n'y a pas de poste spécifique attribué à ce jour, mais un souhait institutionnel d'y parvenir.

Les 2 aides soignantes de salle de naissances ont donc pour mission également la prise en charge de l'UGO.

5/ Informations sur les soins et sur l'état de santé de la patiente.

(13) « Les patientes hospitalisées doivent être informées par tous moyens adéquats du nom des praticiens et des professionnels appelés à leur donner des soins. Dans toute la mesure du possible, les traitements et soins proposés aux patientes doivent faire l'objet d'une information de la part du médecin et ou sages femmes. Pour tous les actes médicaux et chirurgicaux importants, la patiente doit avoir été informée préalablement des risques et des conséquences que ces actes pourraient entraîner. Les médecins et les sages femmes doivent donner aux patientes, dans les conditions fixées par le Code de Déontologie, les informations sur leur état de santé qui leur sont accessibles ».

6/ Principes éthiques, déontologiques et légaux.

(13) « Toutes mesures utiles doivent être prises pour que la famille des patientes hospitalisées en urgence soit prévenue par l'équipe prenant en charge la patiente, dans le respect des dispositions ci dessous.

Toute personne doit désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Cette personne sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire. Cette désignation doit être écrite et renouvelée à chaque admission. Ainsi, en dehors des situations d'urgence vitale et/ou fonctionnelle, le consentement éclairé du patient, ou de son entourage proche, sera recherché pour tous les gestes diagnostiques et thérapeutiques à risques.

L'information bénéfice - risque apportée à la patiente sera tracée dans le dossier médical.

La prise en charge s'efforcera de respecter le plus possible la pudeur et la vie privée de la patiente ».

C. Arrivée et accueil de la patiente.

L'accueil de la patiente doit permettre une évaluation rapide de son état de santé afin de lui apporter les soins appropriés le plus rapidement possible. La prise de renseignements administratifs ne doit en aucun cas retarder des soins urgents. Trois modes d'entrée dans le service sont individualisables :

➡Arrivée par ses propres moyens.

➡Arrivée en ambulance, VSAB (Véhicule de Secours aux Asphyxiés et Blessés) ou SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation).

➡Transfert attendu d'un établissement de soins.

1/ Arrivée par ses propres moyens.

(13) « La patiente se présente au secrétariat d'accueil pour fournir les renseignements administratifs la concernant. La secrétaire médicale prend l'identité de la patiente en respectant la procédure identitovigilance, remplit une fiche d'admission puis prévient une des SF ou

l'interne. La patiente est alors prise en charge par la sage femme dans le bureau médical afin d'évaluer le motif d'admission et décider de son orientation au sein de l'unité. Elle contacte l'interne pour tout motif hors de son champ de compétences. L'interne fait appel si besoin au médecin senior. Avant la sortie, la conduite à tenir doit être validée par le référent senior de garde. En dehors des heures de secrétariat, l'accueil est directement assuré par la sage-femme de garde à l'UGO ».

2/ Arrivée en ambulance, VSAB, SMUR.

La patiente est dirigée vers une salle d'examen où elle est prise en charge par la SF qui effectue un premier bilan et organise la prise en charge.

3/ Transfert attendu d'un établissement de soins.

La patiente est attendue : elle est prise en charge, dès son arrivée par la SF et/ ou l'interne de gynéco-obstétrique.

D. Prise en charge des soins.

(13) « Il existe des statuts pour les professionnels hospitaliers, médicaux et non médicaux définissant dans l'intérêt du patient leurs conditions d'exercice professionnel ainsi que leur droits et obligations vis à vis de l'établissement.

Les agents sont tenus de respecter le statut correspondant à leur grade ainsi que les fiches de postes définissant le contour et le contenu de leur l'emploi. Le travail en équipe doit garantir le respect des compétences de chacune des professions ».

E. Orientation et sortie du patient.

Aucune patiente ne quitte l'UGO sans l'accord de la sage-femme, de l'interne ou du médecin de garde.

Il existe plusieurs modes d'orientation :

1/ Retour à domicile.

En cas de retour à domicile, la sage-femme, l'interne et/ou le médecin de garde doivent s'assurer que la patiente ait bien compris les éventuelles consignes et prescriptions. Avant sa sortie, ils s'assurent que tous les renseignements utiles sont bien notifiès dans le dossier (numéro de téléphone, adresse, médecin traitant…).

2/ Hospitalisation.

L'hospitalisation est décidée par la sage femme, l'interne ou le médecin de garde. Le secteur d'affectation est fonction de la pathologie : salle d'accouchement, gynécologie, obstétrique, grossesse à haut risque et maternité pour les femmes en début de travail.

3/ Transfert.

(13) « Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'une patiente nécessite des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou encore lorsque son admission présente, du fait de manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, un membre du corps médical, doit mettre en place les premiers secours et prendre les mesures nécessaires pour que la patiente soit dirigée au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis. »

4/ Sortie sans attendre, fugue, sortie contre avis médical.

(13) « En cas de *sortie sans attendre* (avant la prise en charge médicale) ou *fugue* (en cours de prise en charge médicale), la sage femme ayant en charge la patiente informe immédiatement le médecin de garde, charge à ce dernier, s'il le juge utile, de prévenir la police et/ou la gendarmerie, le directeur de garde de l'établissement via la cadre du service et ou de garde le weekend.

En cas de *sortie contre avis médical*, le patient signe un *refus d'hospitalisation ou de soins*, après une explication, devant témoins, faites par l'interne ou le médecin de garde. Celui-ci notifie précisément les informations (bénéfices – risques) délivrées à la patiente. Lorsque la famille est présente, il est souhaitable que la famille assiste à cette explication et signe le document ».

F. Etude.

1/ Problématique.

L'activité de l'UGO de l'Hôpital Maternité de Metz répond elle au besoin de la population ? Est-elle efficiente ? Les modalités de fonctionnement sont elles optimales ?

2/ Objectifs.

- ✓ Réaliser une enquête sur l'activité de l'UGO de l'Hôpital Maternité de Metz au cours de deux périodes à comparer : 1^{ER} février au 31 juillet 2010 et 2011.
- ✓ Etudier si l'amélioration du lien ville – hôpital rendrait plus efficient le fonctionnement ?

3/Population.

Les patientes consultant en situation d'urgence qui sont accueillies 24h/24 durant les deux périodes de février à juillet 2010 et 2011 sans sélection. Les passages ont été consignés dans les mains courantes.

4/Méthodes.

Les mains courantes de l'UGO de février à juillet 2010 et de février à juillet 2011 ont été étudiées. Les mains courantes sont renseignées par la sage femme et l'interne de garde prenant en charge les patientes.

Pour chaque patiente est indiqué :

1/ l'heure d'arrivée

2/ l'heure de passage

3/ l'heure de départ

4/ lemotif d'admission

5/ le type de consultation

6/ l'orientation

7/ l'âge

Les données ont été retranscrites sur tableur informatique.

G. Enquête d'activité : du 1er février au 31 juillet 2010 et 2011.

1/ Nombre de consultations totales : 9189 passages.

De février à juillet 2010, il y a eu **4492** passages à l'UGO.

Soit **25** passages par jour en moyenne.

De février à juillet 2011, il y a eu **4697** passages à l'UGO.

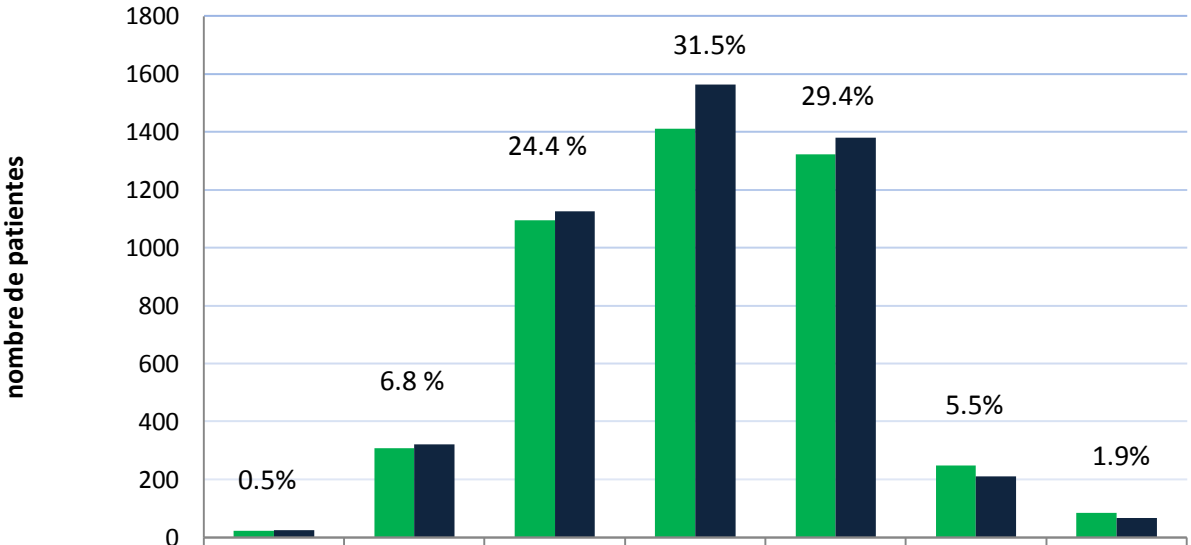
Soit **26** passages par jour en moyenne.

⇨ Au total une augmentation de **+ 4.56%** sur le nombre de passage total entre 2010 et 2011.

2/ Pyramide des âges.

L'âge des consultantes s'étend de 8 à 99 ans.

Figure 1: répartition des patientes suivant les tranches d'âge.

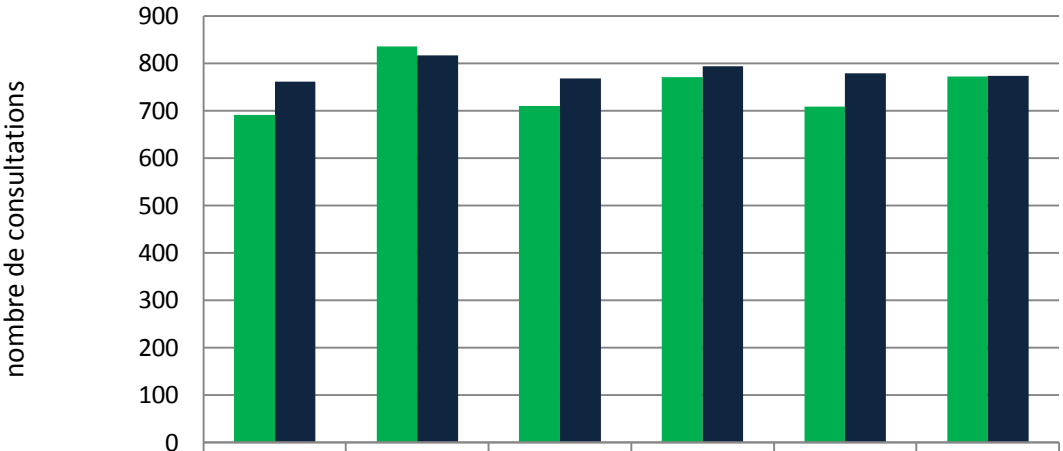


	<16 ans	16 - 17 ans	18 - 24 ans	25 - 29 ans	30 - 39 ans	40 - 50 ans	> 50 ans
année 2010	22	308	1095	1412	1322	249	84
année 2011	25	321	1127	1565	1381	210	68

⇨Les classes d'âge [25 – 29 ans] et [30 – 39 ans] regroupent ensemble 62% des consultations totales. Les résultats ne diffèrent pas entre 2010 et 2011.

3/ Répartition mensuelle du nombre de consultations à l'UGO.

Figure 2 **:** répartition mensuelle des consultations à l'UGO.



	février	mars	avril	mai	juin	juillet
année 2010	691	836	711	772	709	773
année 2011	762	817	769	795	780	774

⇨L'activité mensuelle est assez stable dans l'année et dans la comparaison 2010 – 2011.

4/ Répartition des consultations gynécologiques et obstétricales.

Figure 3 : répartition des consultations : gynécologie / obstétrique **année 2010**.

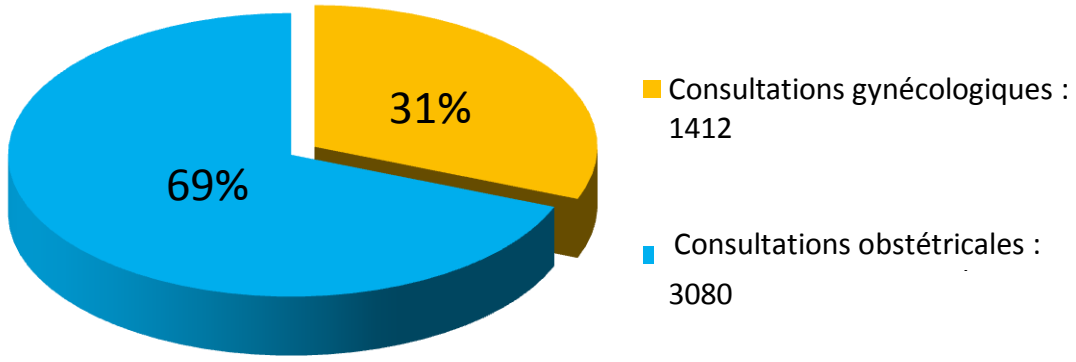
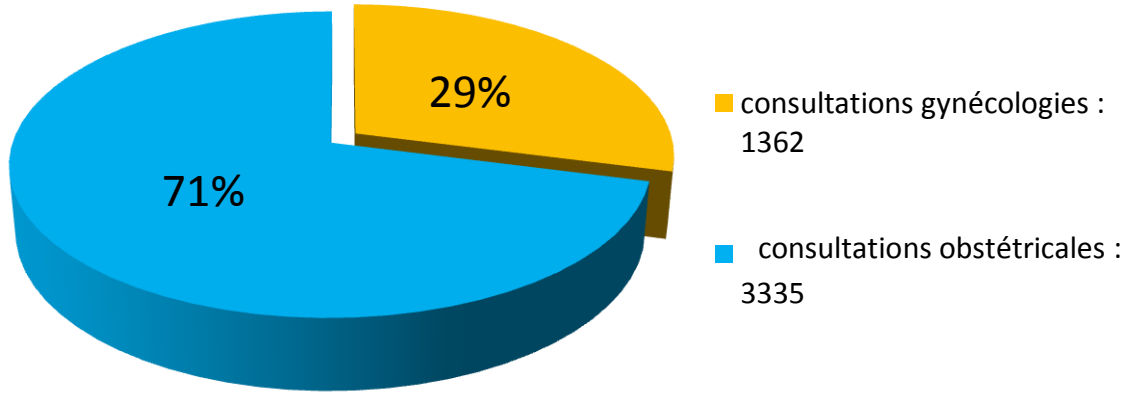


Figure 4 : répartition des consultations : gynécologie / obstétrique **année 2011**.



⇨Le rapport nombre de consultations gynécologies / obstétriques est stable (30% / 70%) d'une année à l'autre.

5/ Orientation des patientes.

Figure 5 : orientation des patientes **année 2010**.

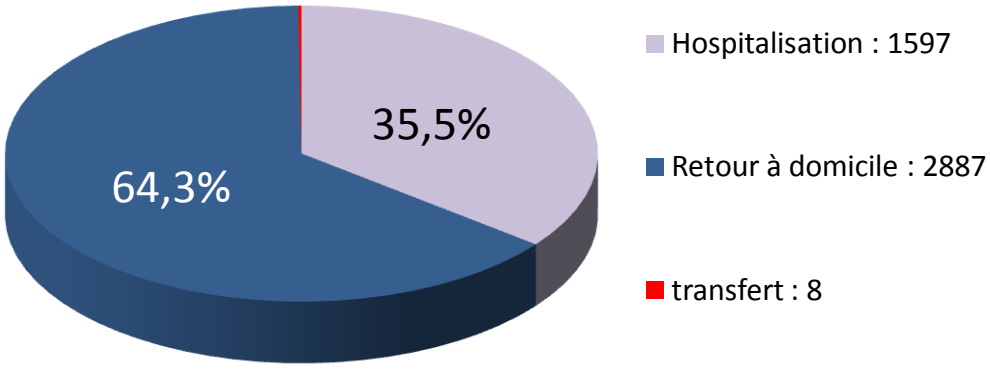
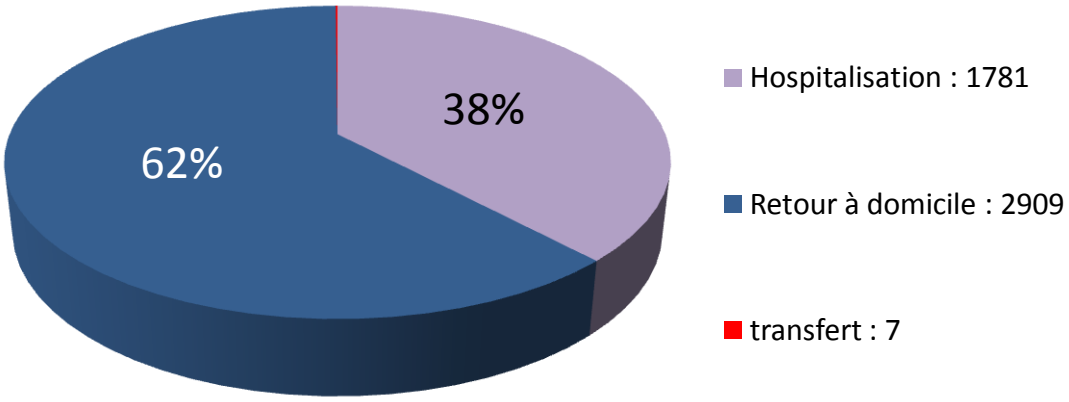


Figure 6 : orientation des patientes **année 2011**.



⇨L'orientation des patientes est stable d'une année à l'autre : 64% et 62% retournent à domicile, 35.5% et 38% sont hospitalisées.

6/ Motifs de consultations en gynécologie.

Figure 7 : motifs de consultations en gynécologie **année 2010**.

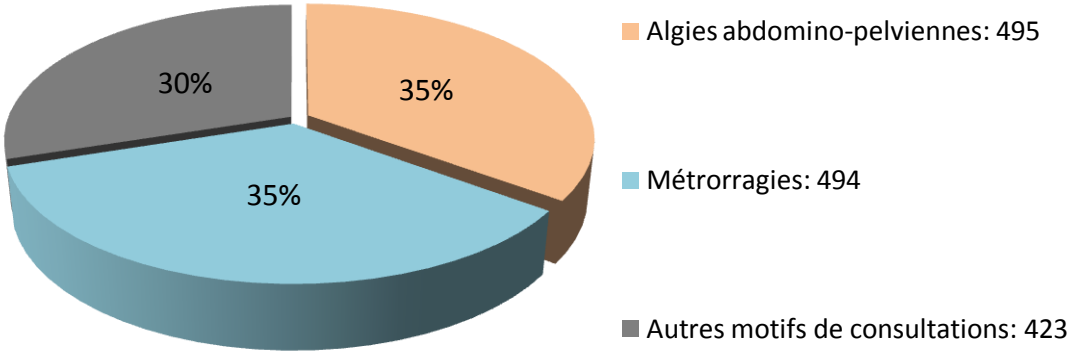
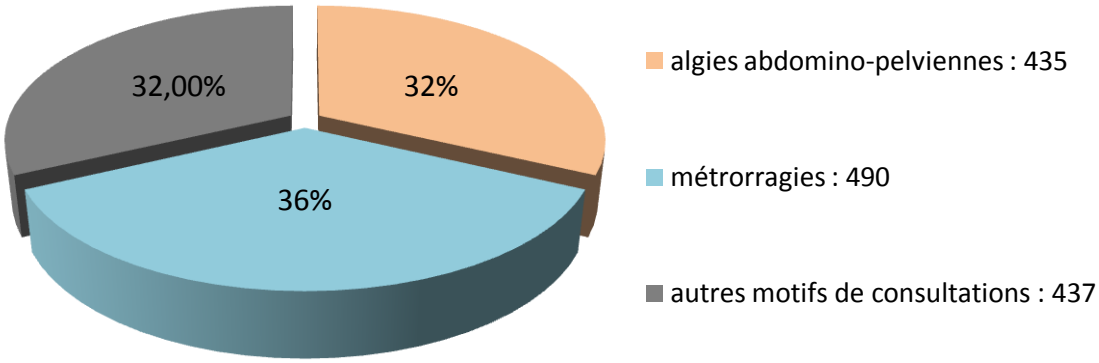


Figure 8: motifs de consultations en gynécologie **année 2011**.



⇨Les grandes classes de motifs de consultations sont les mêmes d'une année à l'autre.

-La première cause de consultation sont les métrorragies (35% et 36%).

-La seconde, les algies pelviennes (35% et 32%).

-Les autres causes représentent 30 et 32%.

Tableau 1 : Motifs de consultations en gynécologie année 2010 et 2011

	Nombre	% / consultations totales
métrorragies	984	10.70 %
algies abdominopelviennes	930	10.12 %
sein	121	1,30%
biologie	110	1.2 %
infection urinaire	78	0.8 %
leucorrhée	54	0,58%
prurit	52	0,56%
mycose	51	0,55%
corps étranger	40	<0,5%
infection gynécologique	37	
cicatrice	33	
abcès	29	
malaise	25	
endométriose	19	
avp / chute	17	
suture	17	
vomissements	17	
furoncle	16	
prolapsus	15	
DIU	14	
cancer	13	
dyspnée	10	
hyperthermie	10	
adénopathie	8	
angoisse	8	
viol	8	
crampes	7	
hémorroïde	7	
céphalée	6	
dépression	6	
asthénie	4	
condylome	4	
violences conjugales	4	
allergie	3	
intoxication alimentaire	3	
palpitations	3	
rapport non protégé	3	
retrait Implanon	3	
vertige	3	
anémie	2	

TOTAL	**2774**

7/ Motifs de consultations en obstétrique.

Figure 9: motifs de consultations en obstétrique **année 2010**.

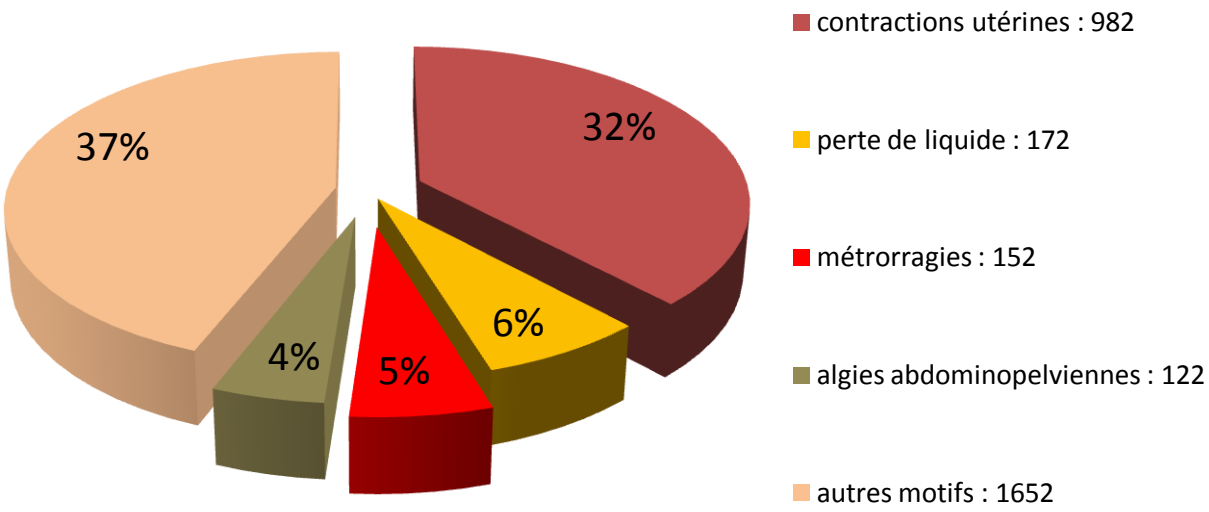
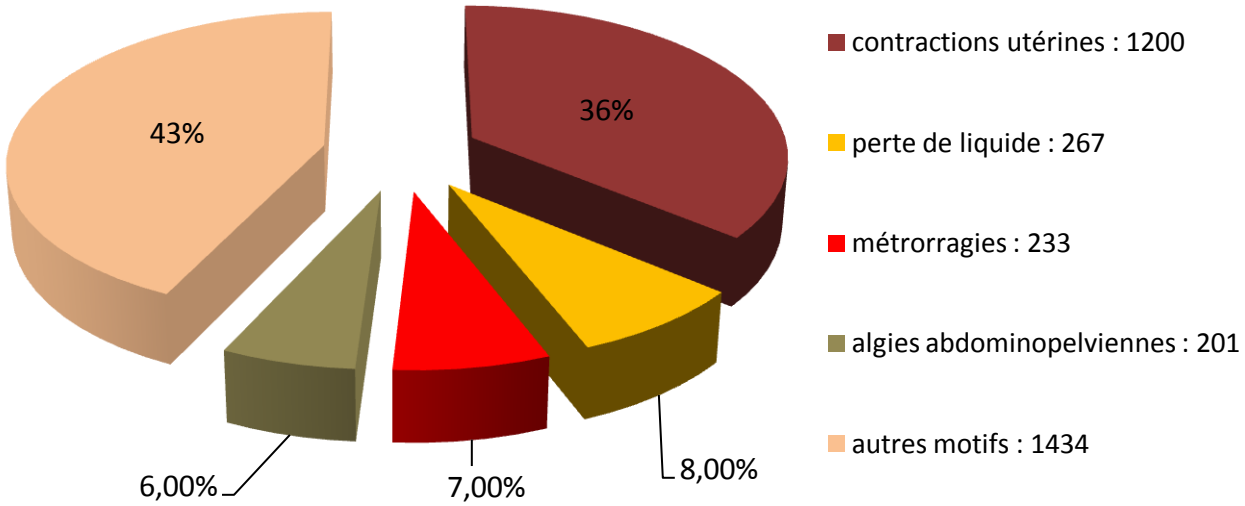


Figure 10: motifs de consultations en obstétrique **année 2011**.



⇨Les principaux motifs de consultations d'obstétrique sont les mêmes d'une année sur l'autre : la première cause : contraction utérine (32% et 36%)

la deuxième cause : perte de liquide (6% et 8%)

La troisième cause : métrorragie (5% et 7%)

La quatrième : algies abdominopelviennes (4% et 6%)

Les autres causes représentent à elles toutes 37% et 43%

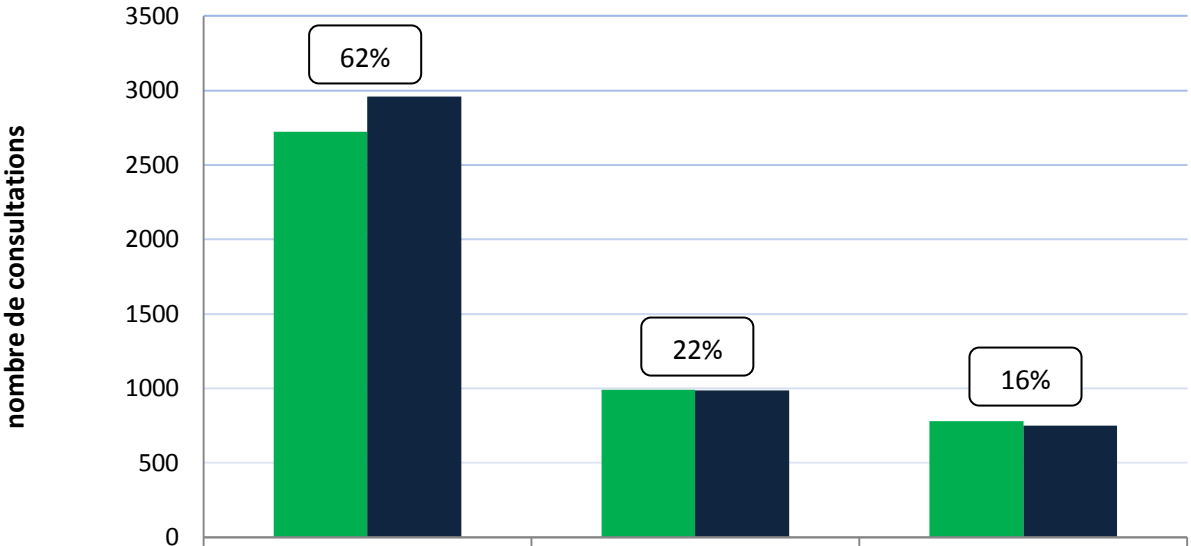
Tableau 2 : Motifs de consultations en obstétrique année 2010 et 2011

	Nombre	% / consultations totales
contractions utérines	2182	23,70%
perte de liquide	439	4,70%
métrorragies	385	4,20%
algies abdominopelviennes	323	3,50%
terme	320	3,40%
HTA	315	3,30%
fausse couche	300	3,20%
échographie	292	3,00%
monitoring	280	2,90%
diminution MAF	255	1,90%
GEU	184	1,40%
MAP	181	1,30%
déclenchement	170	1,15%
AVP/chute	130	1,00%
vomissements	124	0,80%
infection urinaire	84	0,70%
accouchement VB	78	0,56%
céphalées	62	0,45%
prurit	50	
RCIU	46	
hyperthermie	44	
asthénie	25	
biologie	24	
malaise	23	
césarienne	19	
interruption de grossesse	15	
phlébite	12	
dyspnée	10	
fissure anale	10	
maturation	8	
hémorroïdes	7	
rectorragies	5	
rhophylac	4	
anxiété	3	
constipation	1	
diarrhée	1	
difficulté à la marche	1	
intox médicamenteuse	1	
pelviscanner	1	
suivi psychologique	1	

TOTAL	**6415**

8/ Répartition des consultations par tranches horaires.

Figure 11: répartition des consultations par tranches horaires.



	8h - 18h	18h - 24h	00h - 8h
année 2010	2721	991	780
année 2011	2960	986	751

➪**62% des consultations en journée sur la plage horaire 8h – 18h.**

➪**22% des consultations sur la plage horaire 18h – 24h.**

➪**16% des consultations sur la plage horaire 0h – 8h.**

9/ Hospitalisations de nuit.

Année 2010

* Gynécologie :

162 hospitalisations sur la tranche horaire 18h à 8h00.

Soit **29%** des consultations gynécologiques de nuit.

*Obstétrique :

478 hospitalisations sur la tranche horaire 18h à 8h00.

Soit **40%** des consultations obstétricales de nuit.

Année 2011

*Gynécologie :

186 hospitalisations sur la tranche horaire 18h à 8h00.

Soit **37%** des consultations gynécologie de nuit.

*Obstétrique :

485 hospitalisations sur la tranche horaire 18h à 8h00.

Soit **39%** des consultations obstétrique de nuit.

⇨On observe une augmentation de 8% des hospitalisations de nuit en gynécologie en 2011.

⇨Les résultats sont similaires entre les 2 années pour les hospitalisations d'obstétrique.

10/ Importance de l'activité du weekend.

Année 2010.

Tableau 3 : activité de weekend année 2010.

	nombre de consultations	% par rapport à l'activité totale
du vendredi 18h au samedi 18h	610	13,60%
du samedi 18h au lundi 8h	788	17,50%
total des 6 mois	**1398**	**31,10%**

Année 2011.

Tableau 4 : activité de weekend année 2011.

	nombre de consultations	% par rapport à l'activité totale
du vendredi 18h au samedi 18h	615	13,00%
du samedi 18h au lundi 8h	811	17,20%
total des 6 mois	**1426**	**30,20%**

⇨L'activité du weekend comprise entre le vendredi 18h et le lundi 8h représente 31% de l'activité totale des consultations à l'UGO.

⇨On observe une augmentation de 2% du nombre de passages en weekend à l'UGO en 2011 par rapport à 2010.

11/ Délai d'attente avant la prise en charge médicale.

Figure 12: délai d'attente avant la prise en charge médicale **année 2010.**

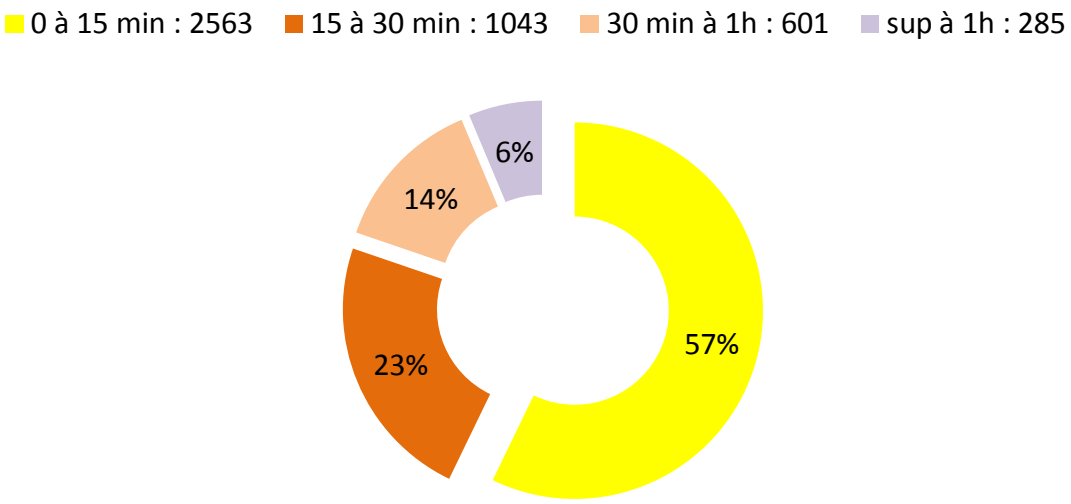
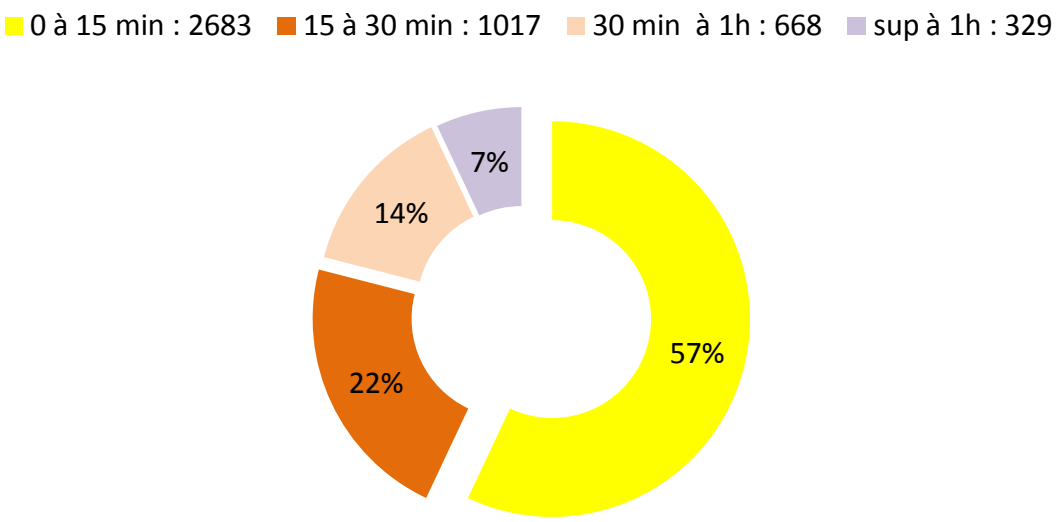


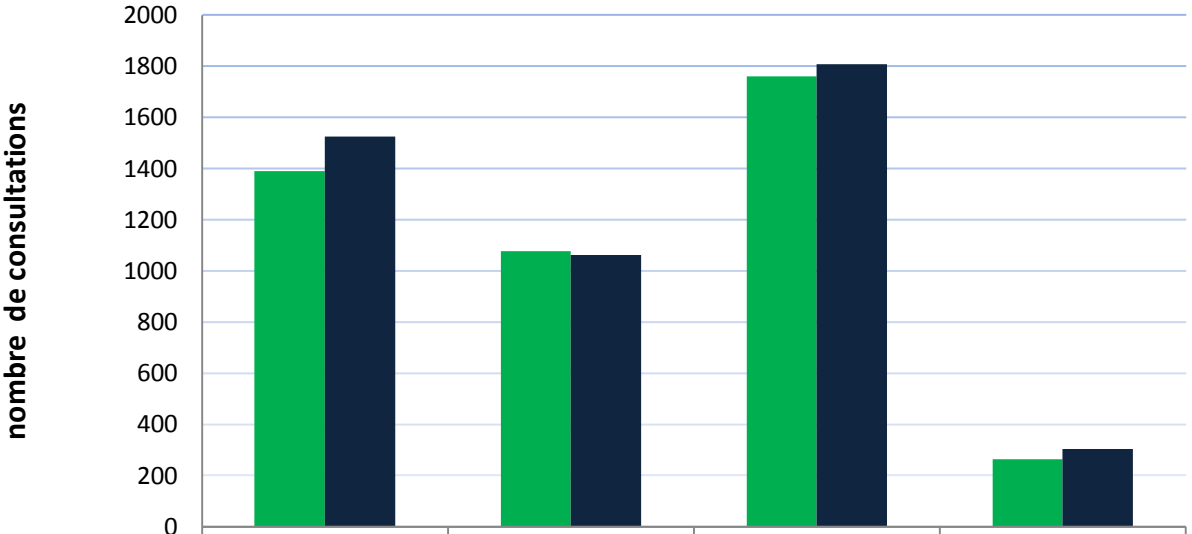
Figure 13: délai d'attente avant la prise en charge médicale **année 2011**.



⇨Les délais d'attente sont comparables d'une année à l'autre avec une majorité de prise en charge dans les 15 minutes.

12 / Durée de la prise en charge médicale à l'UGO.

Figure 14: durée de la prise en charge médicale à l'UGO.



	0 à 30 min	30 min à 1H	1H à 2H	> à 2H
année 2010	1390	1078	1760	264
année 2011	1525	1061	1807	304
	31%		38%	

⇨On observe deux durées majoritaires de prise en charge : la première, allant jusqu'à 30 minutes représentant 31% des consultations totales et la seconde où la durée de prise en charge est comprise entre 1 et 2H représentant 38.5% des consultations totales.

13/ Répartitions urgences vraies et ressenties.

Tableau 5: répartition urgences vraies et ressenties en gynécologie.

urgences ressenties		urgences vraies	
abcès	29	**algies abdominopelviennes**	**930**
adénopathie	8	avp / chute	17
allergie	3	corps étranger	40
anémie	2	dyspnée	10
angoisse	8	infection gynécologique	37
asthénie	4	malaise	25
biologie (hcg)	110	**métrorragies**	**984**
cancer	13	rapport non protégé	3
céphalée	6	suture	17
cicatrice	33	viol	8
condylome	4	violences conjugales	4
crampes	7		**2075**
dépression	6		
DIU	14		
endométriose	19		
furoncle	16		
hémorroïde	7		
hyperthermie	10		
infection urinaire	78		
intoxication alimentaire	3		
leucorrhée	54		
mycose	51		
palpitations	3		
prolapsus	15		
prurit	52		
retrait Implanon	3		
sein(douleur)	121		
vertige	3		
vomissements	17		
	699		

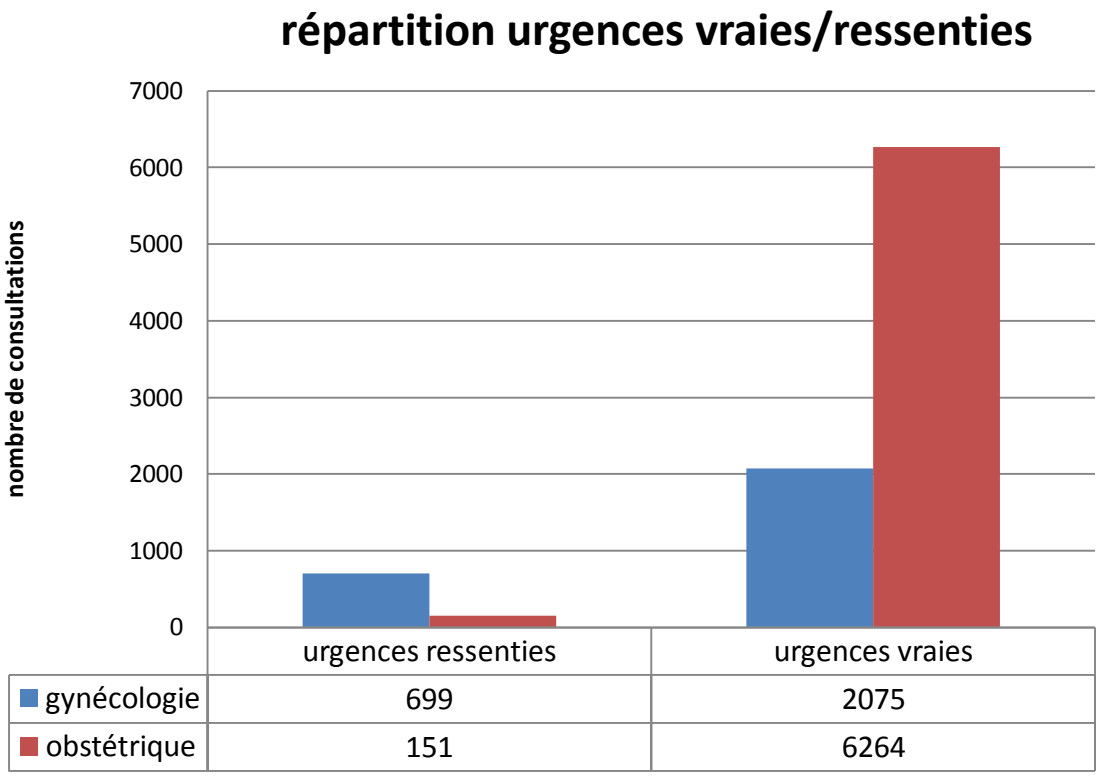
- **Les urgences vraies représentent 75% des urgences gynécologiques.**
- **Les urgences ressenties représentent 25% des urgences gynécologiques.**
- **En gynécologie les urgences vraies sont très majoritaires (75% versus 25%).**

Tableau 6 : répartition des urgences vraies et ressenties en obstétrique.

urgences ressenties		urgences vraies	
anxiété	3	accouchement VB	78
asthénie	25	**algies abdominopelviennes**	**323**
biologie	24	AVP/chute	130
céphalées	62	césarienne	19
constipation	1	**contractions utérines**	**2182**
diarrhée	1	déclenchement	170
difficulté à la marche	1	diminution MAF	255
fissure anale	10	dyspnée	10
hémorroïdes	7	échographie	292
interruption de grossesse	15	fausse couche	300
pelviscanner	1	GEU	184
suivi psychologique	1	HTA	315
	151	hyperthermie	44
		infection urinaire	84
		intox médicamenteuse	1
		malaise	23
		MAP	181
		maturation	8
		métrorragies	**385**
		monitoring	280
		perte de liquide	**439**
		phlébite	12
		prurit	50
		RCIU	46
		rectorragies	5
		rhophylac	4
		terme	320
		vomissements	124
			6264

- **Les urgences vraies représentent 98%.**
- **Les urgences ressenties représentent 2%.**
- **En obstétrique, les urgences sont quasi exclusivement des urgences vraies.**

Figure 15: répartition urgences vraies et ressenties.



<u>Globalement</u> : 850 consultations pour urgences ressenties / 8339 urgences vraies soit 10%.

SYNTHESE

PERIODE : 1er février au 31 juillet	2010	2011
nombre de passages total	**4492**	**4697**
nombre de passages par jour	25	26
rapport gynécologie/obstétrique	31% / 69%	29% / 71%
hospitalisation	35,50%	38%
retour à domicile	64,30%	62%
motif de consultations de gynécologie les plus fréquents	AAP 35%	AAP 32%
motif de consultations obstétrique les plus fréquents	CU 32%	CU 36%
activité 8h - 18h	60,60%	63%
activité 18h - 24h	22%	21%
activité 0h - 8h	17,40%	16%
hospitalisation gynéco de nuit / cs gynéco de nuit	29%	40%
hospitalisation obstétrique de nuit / cs obs. de nuit	37%	39%
activité de weekend / activité totale	31,10%	30,20%
délai d'attente majoritaire	15 min (57%)	15 min (57%)
durée de prise en charge 0 à 30 min	31% des cs	31% des cs
durée de prise en charge 1h à 2h	38% des cs	39% des cs
tranche d'âge la plus représentée	[25 - 39 ans] 62%	[25 - 39 ans] 62%

Les autres résultats sont stables d'une année sur l'autre.

	différentiel 2010 / 2011
nombre de passages total	↗ **4,56 %**
activité 8h - 18h	↗ 2,40%
activité 0h - 8h	↘ 1,40%
hospitalisation gynéco de nuit / cs gynéco de nuit	↗ **11%**

% urgences vraies en GO = 91%

% urgences vraies gynécologiques = 75%

% urgences vraies obstétricales = 98%

PARTIE III

A. Comparaison à la littérature.

1/Le CHR d'Orléans.

Une étude prospective incluant 205 patientes a été menée entre le 4 janvier et le 15 février 2011 au service des urgences gynécologique et obstétricales du centre hospitalier régional d'Orléans. Il s'agit d'une maternité de niveau 3 qui réalise en moyenne 4300 accouchements par an. (14)

« L'analyse des résultats portant sur ce cas montre que cent quatre vingt-quatorze patientes (95 %) sont venues de leur propre initiative. Cent quatre vingt et une patientes (88 %) ont consulté pour des douleurs abdomino-pelviennes ou lombaires et ou des métrorragies. L'âge moyen des patientes était de 31±11ans. Le temps d'attente moyen avant d'être examinées était de 84±101minutes. Pour 94 patientes (46 %), le diagnostic était un début de grossesse intra-utérine évolutive asymptomatique dans 41 cas ou associée à des douleurs ou des métrorragies minimes, des nausées-vomissements ou une infection urinaire. Vingt et une patientes (8,9 %) ont consulté pour des règles au motif de ménorragies ou dysménorrhées, 17 (8,3 %) avaient une grossesse arrêtée, 14 (7 %) une infection génitale, 11 (5 %) une pathologie ovarienne et 8 (4 %) une GEU ou un suivi. Sept patientes présentaient une lymphocèle axillaire ou une masse du sein et quatre des myomes symptomatiques. Six patientes présentaient des pathologies non gynécologiques. Dans 23 cas (11 %), aucune cause organique n'a été retrouvée. Seules 24 patientes (12 %) ont été hospitalisées et neuf (4,5 %) opérées .

En conclusion de cette étude orléanaise, la majorité des patientes ont consulté pour des pathologies mineures de la grossesse ou gynécologiques ne relevant pas de l'urgence et pouvant être prises en charge en consultation programmée. La GEU était une pathologie peu fréquente parmi les urgences. Une meilleure information des usagers sur la signification de l'urgence est souhaitable. La consultation en premier du médecin traitant doit être privilégiée ».

2/ La gynécologie médicale en France : Hier.

(15) « Jusqu'en 1984 la France possédait une originalité dans le domaine de la santé : la Gynécologie Médicale (GM) spécialité universitaire née en 1963. (Période du C.E.S. de Gynécologie Médicale vivant harmonieusement à côté du C.E.S. de Gynécologie Obstétrique). On pouvait d'ailleurs passer du C.E.S. de Gynécologie Médicale (3ans) au C.E.S. de Gynécologie Obstétrique (4ans) si on le souhaitait en effectuant une année de formation supplémentaire dans des services hospitaliers agréés. Les gynécologues médicaux avaient mis toutes leurs compétences à promouvoir la contraception, à lutter contre les maladies sexuellement transmissibles, à diminuer les actes chirurgicaux mutilants voire inutiles en gynécologie, en même temps qu'ils développent la prise en charge médicale des troubles gynécologiques de la ménopause par des traitements hormonaux efficaces et bien conduits.

A la suite de la réforme de l'internat en 1984, la Gynécologie Médicale a été supprimée du cursus universitaire. Depuis, l'enseignement de la Gynécologie Médicale a été diffusé essentiellement grâce à l'action des professionnels de terrain regroupés en onze collèges régionaux qui ont, avec ténacité et savoir-faire, assuré la formation continue en gynécologie médicale. Les collèges régionaux de Gynécologie Médicale ont ainsi assuré la diffusion des immenses progrès de la gynécologie dans les domaines de l'hormonothérapie, de la génétique, de la reproduction humaine, de la sénologie, etc. Depuis la suppression du CES de Gynécologie Médicale, un déficit en gynécologues médicaux a évidemment commencé à se dessiner ».

3/ La gynécologie médicale en France : aujourd'hui.

(15) « Grâce à la mobilisation de la profession et surtout aux 1 600 000 femmes de notre pays ayant signé la pétition nationale réclamant la restauration de la Gynécologie Médicale comme spécialité, un nouveau Diplôme d'Etudes Spécialisées de Gynécologie Médicale (DES de GM) a été recréé en 2003. Le décret du 30/01/2003(paru au J.O. du 01/02/2003) rétablit cette discipline. La Gynécologie Médicale renaît donc par la voie royale de l'internat.

Depuis 2003 il existe donc de 2 pôles de spécialités distincts:

- la gynécologie-obstétrique : chirurgicale et/ou médicale
- la gynécologie médicale exclusive.

***Nombre de postes offerts dans les spécialités pour** l'année universitaire 2010-2011*

(Arrêté du 12 juillet 2010 – JO du 20 juillet 2010) - Source : JO Gyn. méd :24 gyn. obst : 177

→ Au 1er janvier 2009, selon les données du CNOM, on dénombre 7136 gynécologues obstétriciens en métropole, toutes spécialités confondues, dont seulement 1750 gynécologues médicaux, installés essentiellement en milieu urbain. Ce sont donc les gynécologues obstétriciens (dont l'activité obstétricale est variable) et les médecins généralistes qui couvrent ce champ de compétence pour la majorité de la population féminine française. La France compte ainsi douze « gynécologues et obstétriciens » pour 100 000 habitants.

→ Le nombre d'internes formés doit tenir compte tant des besoins de la population que des évolutions de l'offre de soins. Or, les internes en gynécologie médicale estiment que leur futur rôle sera de recevoir des patientes qui leur auront été adressées par un autre médecin pour régler un problème complexe. Ils se positionnent donc clairement comme spécialistes de second recours et ne souhaitent plus assurer les soins de premier recours. Inversement, nombre de jeunes médecins généralistes, souvent des femmes, souhaitent développer une activité de gynécologie médicale de premier recours. Des formations complémentaires dans cette discipline leur sont dédiées dans toutes les facultés de médecine. Il apparaît donc nécessaire de prendre en compte ces évolutions pour anticiper quel sera le rôle de chacun dans le suivi gynécologique des femmes et ainsi déterminer le nombre d'internes à former dans chacune des disciplines. L'enjeu est bien d'utiliser au mieux les compétences par une organisation graduée des soins. C'est pour cette raison que la ministre de la santé et des sports a avant tout consolidé la filière de gynécologie obstétrique et celle de médecine générale ».

4/ La formation des médecins généralistes en gynécologie obstétrique.

4.1 La formation universitaire.

- La formation des médecins généralistes en France s'étend sur trois cycles ; les deux premiers constituant l'externat, pendant lequel tous les étudiants en médecine sont réunis quelque soit leur future spécialité. Ensuite le troisième cycle dit « internat », auquel on accède après avoir validé l'épreuve ENC et ouvrant les portes vers une spécialité.
- Depuis 2002, l'accès à la spécialité de médecine générale se fait après validation de l'ENC.
- Au cours de son externat, l'étudiant doit effectuer un stage de 2 mois minimum dans un service de GO. Ce stage permet à l'étudiant de retrouver les pathologies enseignées lors des cours et acquérir une expérience pratique de l'examen clinique gynécologique (touchers vaginaux, palpation mammaire, pose de spéculum, réalisation de frottis cervico-vaginaux, pose de stérilet…) et obstétrique (assister à des accouchements). Toutefois, les terrains de stage sont peu nombreux alors que le nombre d'étudiants croît depuis six ans (8000 admis en PACES en 2012, 7300 en 2008 et 7013 en 2006). Les externes se partagent donc les terrains de stage. Il y a donc une différence de qualité de formation, cela dépendant de l'investissement de l'unité d'accueil.
- L'internat en médecine générale :

Pendant trois ans, l'étudiant en médecine générale devra valider 6 stages de six mois dont 4 imposés (arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 octobre 1988).

- la médecine adulte : polyvalente ou spécialisée ;
- la médecine d'urgence : en service d'urgences et/ou SAMU ;
-la gynécologie et/ou la pédiatrie : un semestre dans l'une des deux spécialités ou si possible, un trimestre de chaque (les terrains de stage étant peu nombreux cette dernière possibilité reste souvent impossible) ;
- la médecine en cabinet de ville agréé : l'étudiant découvre alors la pratique de la médecine générale en cabinet. Il pourra, selon l'activité de son maitre de stage, avoir une pratique de la gynéco-obstétrique. Pendant ce semestre, l'interne pourra compléter son expérience dans des centres de PMI, de santé scolaire….

Au total selon les facultés, la formation en gynécologie obstétrique des étudiants en médecine générale peut varier. Certaines facultés offrent plus de formation pratique que

d'autres. Ainsi des ateliers divers sont proposés tel que l'apprentissage de la réalisation de frottis cervico-vaginaux, de la palpation mammaire…

En fin de cursus, l'étudiant peut choisir de réaliser un semestre en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS), se déroulant sur plusieurs lieux de stage différents afin de bénéficier d'une pratique complémentaire de gynécologie.

4.2 Après le troisième cycle de médecine générale.

Après la formation universitaire initiale, chaque étudiant peut compléter sa formation dans divers domaines. Ainsi en gynécologie-obstétrique, il peut s'inscrire à des diplômes universitaires de GO ouverts aux médecins généralistes. Ces diplômes sont l'occasion de réaliser ou de parfaire des gestes techniques non acquis pendant le cursus général, Enfin, tout au long de leur activité professionnelle, les médecins généralistes peuvent bénéficier de FMC leur permettant d'approfondir et mettre à jour leurs connaissances et leur pratique.

B. Et en Lorraine ?

1/ Les bassins de vie.

D'après les nombreuses études quantitatives et qualitatives de démographie médicale que le Conseil National de l'Ordre des Médecins a pu mener ces dernières années, les soins de premier recours sont abordés à l'échelle des bassins de vie.
Selon l'INSEE « le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi. Il s'agit d'un espace géographique des pratiques spatiales de la vie quotidienne où les populations vivent et se déplacent (hypermarchés, magasins, gendarmerie, bureau de poste, écoles, équipements sportifs…). Dans le domaine de la santé, on y trouve des médecins, infirmiers, dentistes, hôpitaux, services d'urgences… »

2/ Les gynécologues.

La spécialité de gynécologie médicale comprend les spécialistes en gynécologie médicale et obstétrique et les spécialistes en gynécologie médicale. Au 1er juin 2011, les bassins de vie de la région Lorraine comptent **98 gynécologues** inscrits aux tableaux des Ordres des quatre départements lorrains. Ils pratiquent une activité régulière avec un mode d'exercice libéral ou mixte.

Agés en moyenne de 59 ans, les gynécologues médicaux sont représentés majoritairement par les femmes (70%). **33% des gynécologues médicaux sont âgés de 60 ans** et plus. Ils sont susceptibles de partir à la retraite dans les cinq années à venir.

3/ Les médecins généralistes.

Au 1er juin 2011, la région Lorraine recense 6 591 médecins inscrits en activité régulière au tableau de l'Ordre des quatre départements. Au 1er juin 2011, les bassins de vie de la région Lorraine comptent 3257 médecins généralistes inscrits aux tableaux des Ordres départementaux en activité régulière ; dont 64% d'entre eux sont des hommes. 61,5% des médecins généralistes exercent en mode libéral exclusif et 6,7% en mode mixte avec une dominante libérale.

Les bassins de vie sont composés en moyenne de 26 médecins généralistes libéraux et mixtes. Dans un bassin de vie il y a en moyenne **4,1 médecins généralistes pour 5 000 habitants** (*16*).

C. Vision d'avenir.

Malgré la création du DES en 2003, la gynéco médicale (GM) souffre toujours d'une pénurie de praticiens : « en 2020, plus de 60% des gynécologues médicaux seront partis à la retraite car **leur moyenne d'âge en 2009 était de 58 ans pour les femmes (58% de l'effectif total) et de 62 ans pour les hommes** (*17*) ».

Le nombre de **nominations à l'internat pour les gynécologues-obstétriciens** est passé annuellement de 90/an avant 2003 à 198 en 2003 et **155 en 2007**. Pour les **gynécologues médicaux**, il est resté pour toute la France à **20 depuis 2003**. Ce nombre est par conséquent

insuffisant pour assurer les besoins en GM et leur renouvellement, tant dans les structures hospitalières qu'en ville (les délais de rendez-vous sont de 2 à 6 mois) (*18)*.

La représentante du syndicat des internes en Médecine Générale souligne que le suivi des grossesses et le suivi gynécologique font aussi partie des motifs de consultations auprès des médecins généralistes.
L'évolution de la démographie médicale et la difficulté d'accès à la consultation de spécialiste de gynécologie confrontera de plus en plus le généraliste à la gestion en première ligne des problèmes de gynécologie et d'obstétrique.

Vers une augmentation des consultations aux urgences gynéco-obstétrique ?

Le Syndicat National des Gynécologues Médicaux Libéraux - dit «Gynéco de France (SGL)», créé le 25 avril 2009 lors d'une assemblée constitutive, avait pour objectif de répondre à l'inquiétude des 1800 gynécologues médicaux - et à celle de leurs patientes - sur l'avenir de leur spécialité.
Cette spécialité est menacée par la loi **H**ôpital, **P**atients, **S**anté, **T**erritoires (HPST) et d'autre part par l'évolution démographique.
- **La menace HPST**. Les femmes consultent souvent le gynécologue médical pour le suivi et la prévention de leur santé. De ce fait, le gynécologue médical joue un rôle essentiel. Or, **cette mission de premier recours est remise en cause par les dispositions de la loi qui souhaitent orienter la médecine de premier recours seulement aux médecins généralistes**. Le SGL-Gynéco de France - considère qu'en termes de santé publique, il est essentiel que **les gynécologues médicaux continuent à être des médecins de premier et de second recours** en fonction des besoins de leurs patientes. La gynécologie médicale doit rester une médecine de proximité.
- **L'évolution démographique**. Nous avons déjà évoqué plus haut qu'annuellement, seule une vingtaine de postes d'internat de gynécologie médicale sont ouverts. Cela est insuffisant pour assurer une présence de la gynécologie médicale équitablement répartie sur le territoire. Il y a là un réel risque pour la santé publique avec cette volonté de faire disparaitre à terme la spécialité de gynécologie médicale.

- **<u>Une crise d'installation de la médecine générale en libéral</u>**. L'activité libérale n'est plus attractive, pour les femmes comme pour les hommes.

➢ L'augmentation du nombre de médecins remplaçants est le reflet d'une tentative d'évitement de l'installation en secteur libéral. En 20 ans les effectifs des médecins remplaçants nouvellement inscrits à l'Ordre ont augmenté de 523%. Entre le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2009 la hausse a été de 5,5%. En 2008 le cap de 10 000 remplaçants a été atteint. Certains choisissent ce mode d'exercice avant de s'installer mais d'autres optent pour ce mode d'exercice de manière pérenne. Les femmes représentent une proportion de médecins remplaçants variant de 42% en Corse à 61% en Alsace. Leur nombre a beaucoup plus rapidement progressé que celui des hommes (cf. annexe 1).

➢ Le mode d'exercice lors des premières inscriptions à l'Ordre : une préférence accordée au salariat. Au 1er janvier 2009 seuls 9% des nouveaux médecins inscrits à l'Ordre (5 176) avaient choisi un mode d'exercice libéral exclusif et 66% le statut de salarié. 25% avaient opté pour le statut de remplaçant parmi lesquels 85,4% de généralistes. Les femmes représentaient 52% des effectifs.

➢ Ce constat s'applique à l'ensemble des régions (cf. annexe 2).

Tableau 7 : Les modes d'exercice par genre des nouveaux inscrits

Au 1er janvier 2009	Hommes	Femmes
libéral	5%	4%
salarié	30%	35%
remplaçant	10%	14%

Source : Atlas de la démographie médicale CNOM : 2010 :45p

- **Une population de médecins généralistes qui vieillit.** Les médecins en exercice vieillissent et leur renouvellement s'avère compliqué. La tranche d'âge des moins de 40 ans diminue de 12% alors que celle des plus de 50 ans augmente de 53%. L'âge moyen des médecins en activité totale est de 51 ans (respectivement 48 ans pour les femmes et 52 ans pour les hommes). Un départ en retraite massif est prévisible dans les 5 prochaines années. En effet, **le taux de médecins généralistes exclusivement libéraux, âgés de 55 ans et plus est de 42%** en moyenne en France métropolitaine, 10 régions ayant un taux égal ou supérieur. Celui des médecins spécialistes en activité régulière est de 40%, 14 régions ayant un taux égal ou supérieur (cf. annexe 3). Nombre de cabinets médicaux (médecins généralistes ou spécialistes) ferment ainsi au départ en retraite du médecin en exercice.

D. Prise en charge par les médecins généralistes des urgences différables ou ressenties en gynéco-obstétrique.

9189 patientes se sont présentées aux urgences gynéco – obstétricales sur les deux périodes étudiées. L'analyse des motifs d'accueil permanent souligne que certaines consultations aux urgences en gynécologie obstétrique relèvent d'urgences ressenties ou différables. Si l'accueil permanent conduit à assurer toutes les urgences en gynécologie obstétrique, il peut toutefois être proposé que les urgences ressenties ou différables puissent être assurées en dehors des unités d'obstétrique.

Objectif : l'enquête réalisée sur l'activité du service d'urgence gynéco-obstétrique de l'Hôpital Maternité de Metz a mis en évidence des motifs de consultation qui semblent relever du champ de la médecine générale. Pour notre DES de médecine générale, nous nous sommes donc proposés de recueillir l'avis de 200 médecins généralistes, concernant l'intégration dans leurs pratiques de la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales dites « ressenties » dans l'enquête réalisée par le service de gynéco-obstétrique.

Méthodologie : une enquête téléphonique a été réalisée auprès de 200 généralistes de genre, expérience et lieux d'installation variés pour préciser s'ils prenaient en charge ces urgences dites ressenties. Le contenu de la prise en charge a été précisé et ses variations selon les heures de consultations et la disponibilité des moyens diagnostiques ambulatoires.

Ces éléments seront comparés aux résultats de l'enquête réalisée aux urgences gynéco-obstétricales.

Population de l'étude : 200 médecins généralistes de genre, expérience et lieux d'installations variés interrogés du 10 au 22 juillet 2012.

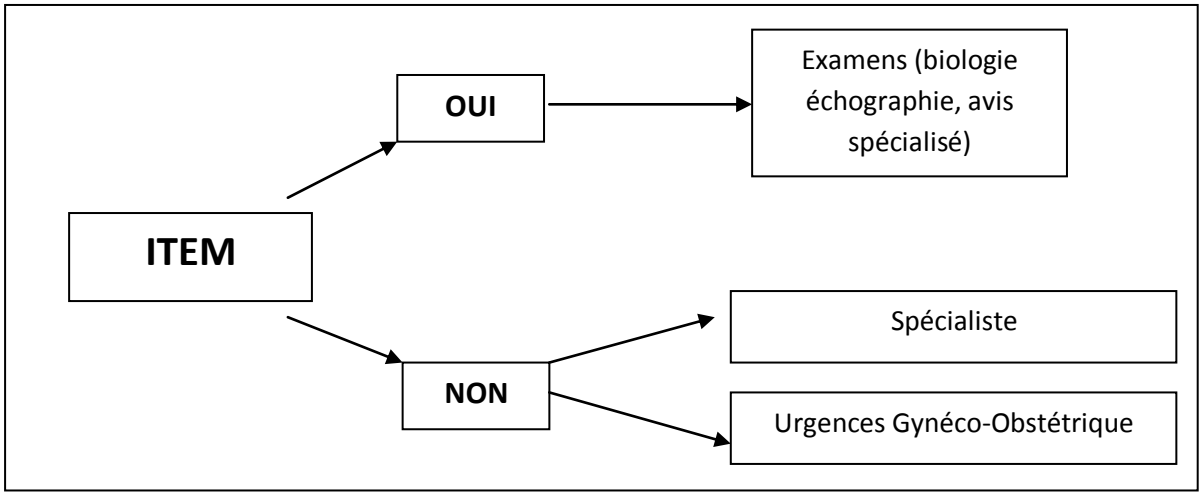


Schéma décisionnel de la prise en charge

*

Tableau 8 : Enquête téléphonique : prise en charge suivant les doléances exprimées par les patientes.

Doléances	Généraliste	Urgences	Spécialiste
sein	200	0	0
biologie	200	0	0
infection urinaire	200	0	0
leucorrhée	200	0	0
prurit	200	0	0
mycose	200	0	0
cicatrice	200	0	0
abcès	21	179	0
endométriose	0	0	200
vomissements	200	0	0
furoncle	200	0	0
prolapsus	0	0	200
DIU	13	140	47
cancer	200	0	0
hyperthermie	200	0	0
adénopathie	200	0	0
angoisse	200	0	0
fissure anale	200	0	0
crampes	200	0	0
hémorroïde	200	0	0
céphalée	200	0	0
dépression	200	0	0
asthénie	200	0	0
condylome	0	0	200
diarrhée	200	0	0
allergie	200	0	0
intoxication alimentaire	200	0	0
palpitations	200	0	0
retrait Implanon	0	115	85
vertiges	200	0	0
anémie	200	0	0

Au vu de ces résultats, on constate que les médecins généralistes interrogés prennent en charge en ambulatoire la quasi-totalité des urgences ressenties en gynéco-obstétriques et ce quelque soit l'heure de la consultation. Pour certaines pathologies spécialisées comme les condylomes, endométriose, prolapsus, les patientes sont directement adressées aux spécialistes. Le facteur déterminant dans l'orientation de la patiente aux urgences gynéco-obstétrique pour une prise en charge rapide est son état clinique.

En France, la formation des médecins généralistes en gynéco - obstétrique est un nouvel enjeu pour le système de santé. Elle doit permettre de compenser principalement la pénurie des gynécologues médicaux et des gynéco– obstétriciens à moindre niveau ainsi que d'assurer un accès équitable au dépistage et aux soins.

E. Les Urgences adultes.

(19) « La population recourt de plus en plus fréquemment aux services d'urgence hospitaliers. Le nombre de passages dans ces services a doublé entre 1990 et 2004 : il **est passé de 7 à 14 millions.** Cette situation est paradoxale, car ces passages, le plus souvent, ne correspondent pas à une situation d'urgence vitale ou grave, puisque dans les **trois quarts des cas 75%** environ, les patients **retournent à domicile** après consultation. C'est le problème de l'urgence réelle et l'urgence ressentie. Elle crée par ailleurs des insatisfactions tant pour les personnels du fait des difficultés à gérer les flux des patients à l'intérieur du service ou de l'établissement que pour les usagers, du fait des temps d'attente jugés parfois excessifs. » Sur les 14 millions de personnes qui fréquentent les urgences des hôpitaux chaque année, en moyenne seulement **45%** sont prises en charge en **moins de deux heures** d'attente. (Chiffres dévoilés le lundi 5 juillet 2010 dans *Le Figaro)*. Le baromètre repose sur des échantillons larges, les chiffres étant fournis par les administrations, puis vérifiés par des entités comme l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé.

Le temps d'attente le plus révélateur étant celui qui court entre l'arrivée du patient et son premier contact avec un infirmier organisateur de l'accueil (IOA) ou un médecin. La mise en place de cet IOA ou MAO (pour le médecin) permet de trier les patients en fonction de la gravité de leur état de santé.

(20) « Cette initiative a permis une réorganisation intelligente des services. Les pouvoirs publics ont cherché à promouvoir des solutions plus adaptées aux besoins réels de la population. Ils ont agi en amont de la chaîne des urgences en incitant tous les acteurs et plus particulièrement la médecine libérale et la médecine hospitalière à mieux coopérer entre elles. Cette volonté s'est traduite par la création du dispositif dit de la permanence des soins en 2003, la meilleure rémunération de la participation des médecins libéraux à la régulation médicale effectuée par les centres d'appel téléphonique, la signature de conventions entre les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), les services d'aide médicale urgente (SAMU), les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) et les ambulanciers privés, le développement des interconnexions entre les numéros d'appel 15 et 18. Par ailleurs, le plan « Urgences » mis en place après la canicule de l'été 2003 a permis de renforcer très sérieusement les moyens des services d'urgence hospitaliers publics ».

D'après le rapport de la Cour des Comptes de 2006, les informations recueillies à partir de ces sources montrent que l'on emploie le mot « urgence » pour désigner des situations très diverses, et que les cas exigeant la mobilisation immédiate et rapide de moyens pour sauver un malade dont le pronostic vital est en jeu (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, détresse respiratoire…) sont rares. Les urgences, au sens des manuels médicaux, représentent moins de 3 % des motifs d'intervention des services d'urgence. Le pourcentage de patients **hospitalisés** à la suite de leur passage dans les services d'urgence fournit indirectement une information sur le degré de gravité de leur état de santé : il est de **20%.** Ce chiffre, assez faible, est stable depuis 2001 » (21). **Selon les données de la DREES, près de 80 % des patients qui se présentent dans les services d'urgence retournent à domicile, après une simple consultation (16 %) ou des examens complémentaires (65 %).** Dans cet ensemble, 5% correspondent à des consultations faisant suite à un premier passage aux urgences (surveillance de plâtre, ablation de fils) (*22*). Il s'agit donc, dans ce dernier cas, d'une activité programmée qui devrait être assurée, non pas par les services d'urgence, mais par les services de consultations externes de l'établissement ou la médecine de ville.

Alors qu'ils étaient initialement destinés à la prise en charge des malades les plus atteints, **les services d'urgence sont devenus, pour une part très importante, des services de consultations non programmées**. Ce constat est conforté par le fait que **70% des usagers se présentent directement aux urgences, sans contact médical préalable, même par téléphone**. Des études (*23*) montrent que les services d'urgence sont désormais considérés par les deux tiers des Français comme « un lieu où ils peuvent se faire soigner **24 heures sur 24** par des professionnels qualifiés, en toute sécurité, et bénéficier rapidement de tous les moyens modernes d'investigation ». Ainsi l'étude de la DREES montre que les motivations les plus courantes exprimées par les patients tiennent à « **la proximité de l'établissement** (47 %), un **besoin d'examen ou d'avis spécialisé** (44 %), **une exigence de rapidité** (38 %), une **perspective d'hospitalisation** (32 %) et l'assurance de **pouvoir disposer d'un plateau technique spécialisé »**. Les Français expriment donc d'abord une grande confiance dans les services hospitaliers.

F. Pistes d'amélioration et propositions.

Bien que l'activité d'accueil H24 ne fasse actuellement pas l'objet d'un cahier des charges ou de référentiels, cette étude concernant 9189 patientes montre **que les motifs d'accueil H24, médicaux ou socio psychologiques, relèvent aussi bien de l'urgence « vraie » que de l'urgence différable ou ressentie.** En gynécologie la première cause de consultation concerne les métrorragies (36%), la seconde les algies pelviennes (32%). En obstétrique la première cause : les contractions utérines (36%), la deuxième cause : perte de liquide (8%) et la troisième cause : les métrorragies (7%).

Cela permet d'établir que **l'activité d'accueil en gynéco – obstétrique H24 renvoie à une activité de soins non programmés ou à l'urgence dans sa conception la plus globale**. Les urgences différables ou ressenties sont des motifs de consultation pouvant s'inscrire dans les missions de la Permanence de Soins au sein des maisons médicales qui engagent la participation des médecins généralistes libéraux et éventuellement des sages femmes libérales. Cet exemple de collaboration ville / hôpital vient alimenter les propositions faites dans le plan de périnatalité de 2005 - 2007 qui vise à la mise en place de dispositifs plus efficaces et mieux organisés en réseau. Cela impose d'élaborer un cahier des charges sur les modalités de prise en charge de l'urgence en gynécologie obstétrique dans les réseaux de périnatalité. Par ailleurs il est à noter qu'actuellement aucun établissement ne pratique en gynéco - obstétrique la régulation téléphonique de façon structurée comme dans les structures d'urgences adultes.

G.Propositions de débat.

1. Pourquoi les patientes ne consultent pas le médecin généraliste avant de venir aux UGO ?
2. Les femmes préféreraient elles voir une personne qui ne les soigne pas habituellement quand il s'agit de problèmes gynécologiques intimes ?
3. Le gynécologue médical doit il être de 1er ou 2ème recours au risque d'une diminution de la patientèle mais avec une augmentation de spécificité de la prise en charge ?
4. Problème du ratio démographique : au vu de la diminution des gynécologues médicaux, la spécialité est elle condamnée ? S'agit-il d'une décision politique ?
5. A vouloir être omnipraticien en soins primaires, les compétences sont elles garanties ?
6. Améliorer la formation initiale. A Metz, 50 étudiants regroupant les années DCEM3 et DCEM4 effectuent chaque année un stage de 6 semaines.
7. Améliorer la formation complémentaire. La base du volontariat est un peu idéaliste…
8. Le médecin généraliste pourrait déjà faire un premier tri entre l'organique et le fonctionnel.
9. Il ne faut pas oublier la liberté du patient.
10. Mauvaise orientation dans le système de soins. Nécessité d'éducation de la population.
11. Problème de la disponibilité des médecins généralistes (hors des créneaux d'ouverture des cabinets).
12. Eviter l'utilisation inutile du système de santé. Bon usage du système de soins.
13. Place des sages femmes vis-à-vis de ces urgences.

CONCLUSION

9189 patientes se sont présentées aux urgences gynécologiques et obstétriques entre février et juillet des deux années 2010 et 2011. Avec **36% d'hospitalisation** et 25 passages par jour en moyenne, l'hôpital maternité de Metz de niveau IIb a donc une activité supérieure à ce qui a été constaté par le CNGOF. L'analyse des motifs d'accueil H24, souligne que certaines urgences en gynécologie obstétrique sont des urgences ressenties ou différables. **Parmi les urgences vraies qui représentent 91% des consultations de l'UGO**, on retrouve les contractions utérines, les pertes de liquide, les algies abdominopelviennes et les métrorragies. Une enquête réalisée auprès de 200 généralistes montre que la quasi-totalité des urgences dites ressenties en gynéco obstétrique sont prises en charge au cabinet en journée.

« Selon les chiffres de la CARMF, la population des gynécologues libéraux ne cesse de diminuer depuis 2001, alors que la population des médecins généralistes augmente légèrement. Mais les projections en 2025 montrent une baisse significative du nombre de médecins dans les deux catégories (une diminution de 35% du nombre de gynécologues et de 25% du nombre de médecins généralistes). Avec la population française qui continue de s'accroitre selon les chiffres de l'INSEE (taux de natalité élevé, de 2.1 enfants par femme et augmentation de l'espérance de vie supérieure à 80 ans en moyenne), la densité médicale diminue et l'offre de soins devra s'organiser pour faire face à une demande croissante » (24). La formation des médecins généralistes en gynéco – obstétrique, variable d'un site à l'autre, est donc un nouvel enjeu pour le système de santé. Elle doit permettre de compenser la pénurie annoncée des gynécologues, d'assurer un accès équitable au dépistage et aux soins.

Si l'accueil H24 consiste à assurer toutes les urgences en gynécologie obstétrique, il peut toutefois être proposé que les urgences ressenties ou différables puissent être assurées en dehors des unités d'obstétriques. Il est donc important d'optimiser la collaboration entre médecins généralistes et gynéco-obstétriciens pour tenir compte des modifications démographiques prévisibles et assurer un accès équitable au dépistage et aux soins.

REFERENCES

1 SCHNEIDER BOYE M.L. L'accueil des patientes tous les jours de l'année 24H/24 en gynécologie obstétrique. Connaitre son activité et s'organiser. Ecole de cadres sages femmes, Mémoire : Dijon : 2009 ; 94p

2 SCHNEIDER BOYE M.L. L'accueil des patientes tous les jours de l'année 24H/24 en gynécologie obstétrique. Connaitre son activité et s'organiser. Ecole de cadres sages femmes, Mémoire : Dijon : 2009 ; 94p

3 DOISNEAU, L. Une femme accouche en moyenne à 14km de son domicile. INSEE Première, juin 2003 n°903,4p.

4 Rapport public annuel de la cours des comptes. La politique de périnatalité. 22 février 2006, p.365-398[en ligne]. Disponible sur :

5 SCHNEIDER BOYE M.L. L'accueil des patientes tous les jours de l'année 24H/24 en gynécologie obstétrique. Connaitre son activité et s'organiser. Ecole de cadres sages femmes, Mémoire : Dijon : 2009 ; 94p

6 SCHNEIDER BOYE M.L. L'accueil des patientes tous les jours de l'année 24H/24 en gynécologie obstétrique. Connaitre son activité et s'organiser. Ecole de cadres sages femmes, Mémoire : Dijon : 2009 ; 94p

7 SCHNEIDER BOYE M.L. L'accueil des patientes tous les jours de l'année 24H/24 en gynécologie obstétrique. Connaitre son activité et s'organiser. Ecole de cadres sages femmes, Mémoire : Dijon : 2009 ; 94p

8 www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/Perinatalite.pdf consulté le 15 janvier 2012.

9 SCHNEIDER BOYE M.L. L'accueil des patientes tous les jours de l'année 24H/24 en gynécologie obstétrique. Connaitre son activité et s'organiser. Ecole de cadres sages femmes, Mémoire : Dijon : 2009 ; 94p

10 SCHNEIDER BOYE M.L. L'accueil des patientes tous les jours de l'année 24H/24 en gynécologie obstétrique. Connaitre son activité et s'organiser. Ecole de cadres sages femmes, Mémoire : Dijon : 2009 ; 94p

11 Rapport de la Cour des Comptes 2006 ; « Les urgences médicales : constats et évolutions récentes »

12 www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/forfait_ATU-4.pdf consulté le 10 janvier 2012.

13 Règlement intérieur de L'Hôpital Maternité de Metz

14 ALOUINI.S, MESNARD.L, COLY.S, DOLIQUE.M, LEMAIRE.B: «Urgences gynéco-obstétricales, causes et degrés de gravité». J. gynécol. Obstét. Biol. Reprod. février 2012, Vol 41, Issue1, *Pages 48-54.*

15 www.fncgm.com

16 www.conseil-national.medecin.fr consulté le 20 janvier 2012.

17 www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2009.pdf consulté le 23 janvier 2012.

18 www.remede.org/internat/cartes-enc/index.htmL consulté le 23 janvier 2012.

19 Rapport de la Cour des Comptes 2006 ; « Les urgences médicales : constats et évolutions récentes »

20 Rapport de la Cour des Comptes 2006 ; « Les urgences médicales : constats et évolutions récentes »

21 DREES : « l'activité des services d'urgences en 2004 » 2006, 524, 8p

22 DREES : « motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières » 2003,215, 12p

23 www.ladocumentation**francais**e.fr/var/storage/rapports.../0000.pdf consulté le 29 janvier 2012

24 PAMFIL R Analyse de l'activité aux urgences gynécologiques de l'hôpital Beaujon (Clichy) ; intérêt pour les médecins généralistes
Th : Université René Descartes :Paris 5 : 2008 ; 72p

Mémoire

SCHNEIDER BOYE M.L. L'accueil des patientes tous les jours de l'année 24H/24 en gynécologie obstétrique. Connaitre son activité et s'organiser. Ecole de cadres sages femmes, Mémoire : Dijon : 2009 ; 94p

Thèse

PAMFIL R. Analyse de l'activité aux urgences gynécologiques de l'hôpital Beaujon (Clichy) ; intérêt pour les médecins généralistes.
Th : Université René Descartes :Paris 5 : 2008 ; 72p

ANNEXES

Annexe 1 : Variation des effectifs de médecins remplaçants entre 1988 et 2008 et proportion de femmes au 1er janvier 2009

Régions	Progression entre 1988 et 2008	Proportion de femmes parmi les remplaçants au 1er 01 2009
Alsace	362%	61%
Aquitaine	276%	54%
Auvergne	297%	54%
Basse Normandie	385%	57%
Bourgogne	272%	48%
Bretagne	266%	53%
Centre	247%	54%
Champagne Ardenne	456%	51%
Corse	273%	**42%**
Franche Comté	544%	50%
Haute Normandie	309%	54%
Ile de France	258%	60%
Languedoc Roussillon	259%	52%
Limousin	376%	48%
Lorraine	**582%**	**48%**
Midi Pyrénées	**229%**	48, 5%
Nord Pas de Calais	364%	45%
Pays de la Loire	339%	48,5%
Picardie	**721%**	55%
Poitou Charentes	250%	53%
PACA	170%	51%
Rhône-Alpes	297%	57%
DOM-TOM	204%	45%

Source : Atlas régionaux de la démographie médicale CNOM : 2010 ; 45p

Annexe 2 : Répartition des premières inscriptions à l'Ordre des médecins par mode d'exercice au 1er janvier 2009

Régions	Exercice libéral	Exercice salarié
Alsace	20	128
Aquitaine	31	140
Auvergne	15	65
Basse Normandie	14	79
Bourgogne	17	70
Bretagne	19	161
Centre	20	88
Champagne Ardenne	9	63
Corse	**5**	**3**
Franche Comté	6	66
Haute Normandie	15	70
Ile de France	66	848
Languedoc Roussillon	25	112
Limousin	6	48
Lorraine	**16**	**41**
Midi Pyrénées	23	105
Nord Pas de Calais	29	246
Pays de la Loire	25	165
Picardie	6	91
Poitou Charentes	12	66
PACA	58	261
Rhône-Alpes	59	319
DOM-TOM	9	120

Source : Atlas régionaux de la démographie médicale CNOM : 2010 ; 45p

Annexe 3 : Le vieillissement des médecins en exercice : Part des 55 ans et plus chez les médecins généralistes libéraux et les spécialistes en activité régulière

Régions	Généralistes libéraux	Spécialistes en activité régulière
Alsace	39%	38%
Aquitaine	44%	41%
Auvergne	43%	40%
Basse Normandie	43%	40%
Bourgogne	41%	41%
Bretagne	41%	38%
Centre	45%	44%
Champagne Ardenne	42%	42%
Corse	41%	**48%**
Franche Comté	40%	41%
Haute Normandie	41%	40%
Ile de France	**46%**	44%
Languedoc Roussillon	41%	39%
Limousin	41%	40%
Lorraine	**38%**	**41%**
Midi Pyrénées	45%	43%
Nord Pas de Calais	**37%**	**33%**
Pays de la Loire	40%	36%
Picardie	42%	40
Poitou Charentes	44%	41
PACA	44%	42
Rhône-Alpes	40%	37%
DOM-TOM	**37%**	**35%**
Métropole	**42%**	**40%**

Source : Atlas régionaux de la démographie médicale CNOM : 2010 ; 45p

LISTE DES FIGURES

Figure1 : répartition des patientes suivant les tranches d'âge.

Figure 2 : répartition mensuelle des consultations à l'UGO.

Figure 3 : répartition des consultations : gynécologie / obstétrique **année 2010**.

Figure 4 : répartition des consultations : gynécologie / obstétrique **année 2011**.

Figure 5: orientation des patientes **année 2010**.

Figure 6 : orientation des patientes **année 2011**.

Figure 7 : motifs de consultations en gynécologie **année 2010**.

Figure 8 : motifs de consultations en gynécologie **année 2011**.

Figure 9: motifs de consultations en obstétrique **année 2010**.

Figure 10: motifs de consultations en obstétrique **année 2011**.

Figure 11: répartition des consultations par tranches horaires.

Figure 12: délai d'attente avant la prise en charge médicale **année 2010.**

Figure 13: délai d'attente avant la prise en charge médicale **année 2011**.

Figure 14: durée de la prise en charge médicale à l'UGO.

Figure 15: répartition urgences vraies et ressenties en gynécologie.

Figure 16 : répartition des urgences vraies et ressenties en obstétrique.

Figure 17: répartition urgences vraies et ressenties.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : motifs de consultations en gynécologie

Tableau 2 : motifs de consultations en obstétrique

Tableau 3 : activité de weekend année 2010.

Tableau 4 : activité de weekend année 2011.

Tableau 5: répartition urgences vraies et ressenties en gynécologie.

Tableau 6 : répartition des urgences vraies et ressenties en obstétrique.

Tableau 7 : les modes d'exercice par genre des nouveaux inscrits.

Tableau 8 : enquête téléphonique : prise en charge suivant les doléances exprimées par les patientes.

LISTE DES ABREVIATIONS

AAP	algies abdominopelviennes
ATU	accueil et traitement des urgences
CARMF	caisse autonome de retraite des médecins de France
CCAM	classification commune des actes médicaux
CCMU	classification clinique des maladies des urgences
CES	certificat d'études supérieures
CNGOF	collège national de gynéco et obstétrique français
CNOM	conseil national de l'ordre des médecins
CS	consultation
CU	contraction utérine
DES	diplôme d'études spécialisées
DRESS	direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
ENC	épreuves nationales classantes
FAU	forfait annuel urgences
GEMSA	groupe d'études multicentriques des services d'accueil
GEU	grossesse extra utérine
GHS	groupe homogène de soins
GM	gynécologie médicale
GO	gynéco - obstétrique
HPST	Hôpital patient santé territoire
INSEE	institut national de la statistique et des études économiques
IOA	infirmier organisateur de l'accueil
NGAP	nomenclature générale des actes professionnels
PACES	première année commune des études de santé
PMI	protection maternelle infantile
POSU	pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences
SAMU	service d'aide médicale urgente
SAU	service d'accueil des urgences
UGO	urgences gynéco - obstétriques
UPATOU	unité de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences

VU

NANCY, le **27 juillet 2012**

Le Président de Thèse

Professeur J-L. BOUTROY

NANCY, le **27 juillet 2012**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation,

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 4062

NANCY, le 27/08/2012

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

Objectif : premièrement une évaluation quantitative et qualitative de l'activité d'urgence gynéco -obstétrique sur le site de l'Hôpital Maternité de Metz. Deuxièmement, de quelle manière la médecine générale peut prendre en charge les urgences gynéco – obstétricales ?

Population de l'étude **:** 9189 patientes âgées de 8 à 99 ans se présentant en situation d'urgence, accueillies 24h/24 sans sélection sur le site Hôpital Maternité de Metz du CHR, comparant l'activité sur six mois en 2010, février à juillet à celle de 2011 pour la même période.
Schéma général : La première partie porte sur le descriptif bibliographique des urgences gynéco – obstétriques et leur prise en charge. La seconde partie porte sur le bilan d'activité des urgences gynéco-obstétriques à l'Hôpital Maternité de Metz. La troisième partie analyse et compare les résultats. Puis, à partir du descriptif de la formation des médecins généralistes en gynéco – obstétrique, sont proposées différentes pistes de prise en charge possible par la médecine générale.

Conclusion : L'analyse des motifs d'accueil H24 souligne que parmi les urgences en gynécologie obstétrique, certaines sont identifiables comme ressenties ou différables.(9.5% au total) Si l'accueil H24 consiste à assurer toutes les urgences en gynécologie obstétrique, il peut alors toutefois être proposé que les urgences ressenties ou différables puissent être assurées en dehors des unités d'obstétrique. En France, la formation des médecins généralistes en gynéco - obstétrique est un nouvel enjeu pour le système de santé. Elle doit permettre de compenser principalement la pénurie des gynécologues médicaux et des gynécologues obstétriciens à moindre niveau ainsi que d'assurer un accès équitable au dépistage et aux soins.

TITRE EN ANGLAIS

How improve the management of the emergencies in OB – GYN with the general practioners? About the activity of the emergencie department OB – GYN in the city of Metz during the periods : February 2010 until juily 2010 and from February 2011 until juily 2011.

THESE MEDECINE GENERALE : ANNEE 2012

MOTS CLEFS :

Urgences gynéco-obstétricales ; lien ville hôpital ; médecine générale ; soins primaires

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex