

# LES URGENCES DU MEDECIN GENERALISTE

## DOSSIER DOCUMENTAIRE

*Document établi avec le concours méthodologique de la HAS et conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles*

Septembre 2016

**Groupe de travail:** Dr Magnani Claude

**Groupe de lecture:** Dr De Deyne ; Dr Perrocheau et Dr Bioche animateurs Groupe qualité



## **PROBLEMATIQUE:**

La création du parcours de soins coordonné a redéfini la place du médecin traitant, donc souvent le médecin généraliste, comme devant assurer le premier niveau de recours aux soins.

Depuis les problèmes de démographie médicale et de surcharge des urgences il doit faire face aux « urgences médicales » et aux « patients urgents »

Ces « urgences » représentent plus de 10% des consultations et visites.

La définition des urgences en médecine générale peut être définie en:

- Vitale : si elle met en jeu le pronostic vital
- Vraie : si elle n'engage pas le pronostic vital mais nécessite des soins rapides
- Ressentie : le patient peut légitimement penser que son état nécessite des soins urgents alors qu'il ne souffre d'aucune pathologie grave.
- De confort : le patient majoré les symptômes pour obtenir des soins dont l'urgence n'est pas justifiée.

Son rôle consiste alors à gérer l'appel, l'accueil du patient mais aussi l'entourage à évaluer la gravité et à mettre en place une thérapeutique adaptée, qu'il soit relayé ou non par les structures spécialisées dans l'urgence.

L'évolution de la responsabilité médicale nécessite de la part des médecins une obligation de « moyens » et de « résultats »

Les questions que l'on doit se poser devant une « urgences vraies »

1. Ai-je les compétences pour sa prise en charge (DU, médecin-pompier, régulateur,...)
2. Ai-je le matériel nécessaire :
  - ✚ Local réservé
  - ✚ Trousse d'urgence disponible, adaptée et vérifiée régulièrement
  - ✚ Matériel de diagnostic et de réanimation : oxygène, lecteur glycémique, ECG ...
3. Ai-je un protocole bien défini pour chaque urgence
4. Ai-je un accès facile et rapide des différentes personnes ressources : SAMU, ambulance, pompiers, spécialistes (cardiologue pour l'interprétation rapide d'un ECG, radiologue ...)
5. Ai-je un secrétariat formé : dans 50% des cas les appels sont reçus par les secrétaires. Leur formation est primordiale car la distinction entre appel urgent et non urgent dépend du degré de compétence de la personne répondant au téléphone. En cas de doute demander conseil au médecin ou appeler le centre 15.

Autant de questions que se posera chaque médecin devant une « urgence vraie »

## Généralités sur la trousse d'urgence



- 1) La trousse d'urgence doit être adaptée aux compétences de l'utilisateur : le médecin ne doit utiliser que du matériel qu'il connaît bien.
- 2) La trousse d'urgence doit être adaptée au système d'urgence dans lequel on exerce.
- 3) Les médicaments et matériels les plus souvent utilisés doivent être le plus facilement accessibles dans la trousse.
- 4) Il ne faut pas s'encombrer avec des tonnes de médicaments ou de matériels : il suffit d'avoir un médicament pour chaque situation.
- 5) Avoir une check-list afin d'avoir sa trousse toujours pleine et pour pouvoir vérifier les péremptions.
- 6) Avoir un contenant solide (afin de ne pas retrouver les ampoules éclatées dans la trousse), protégé des variations thermiques et de l'humidité.
- 7) Ne pas oublier que les pompiers (surtout en milieu rural) sont souvent équipés d'oxygène, d'un aspirateur, d'un ambu, d'un défibrillateur semi-automatique voir de matériel de perfusion si l'on en a besoin, et qu'ils interviennent à la demande. Les pompiers arrivent assez rapidement sur les lieux d'intervention. Le SAMU met souvent un peu plus de temps (car les centres sont plus éloignés).

## Un exemple de trousse d'urgence

### Matériel administratif :

- Carte routière
- Téléphone portable avec numéros des professionnels de santé et patients visités
- Assistant numérique de poche avec logiciels : Vidal®...
- Carnet d'ordonnances : simples, bi zones et sécurisées
- Tampon professionnel
- Bons de transport
- Arrêt de travail
- Certificats Coups et Blessures, Hospitalisation à la Demande d'un Tiers et Hospitalisation d'Office pré remplis
- Certificats de décès

### Outils diagnostiques :

- Stéthoscope
- Tensiomètre
- Glucomètre
- Bandelette urinaire
- Otoscope, ophtalmoscope
- Peak-flow
- ECG
- Marteau à réflexe
- Thermomètre
- Lampe de poche
- Saturomètre

### Matériel :

- Matériel d'injection (seringues, aiguilles)
- Solutés de remplissage (Plasmion; Elohes; Hesteril) : la dose à ne pas dépasser est de 30 mg/kg/j.
- Antiseptiques
- Trousse de chirurgie
- Matériel pour faire un pansement compressif
- Lancettes et bandelettes réactives adaptées au glucomètre
- Contenants pour aiguilles souillées
- Chambre à inhalation
- Kit de méchage nasal
- Canule de Guedel
- Sondes urinaires
- Bouteilles oxygène 2L avec ambu (insufflateur adulte et enfant)
- Pince de Magill
- Clamp de Barr

### Eventuellement :

- Attelles, élastoplastes
- Collier cervical
- Couverture de survie
- Ambu
- Masque à oxygène
- Matériel d'intubation (si l'on sait s'en servir)
- Aspirateur mécanique (idem)

Certains médecins en milieu rural ont une trousse d'accouchement (avec vitamine K, gouttes pour les yeux, gants, matériel de réchauffage...)

## **Médicaments :**

### **Urgences cardiaques :**

- Adrénaline (sert aussi pour les chocs anaphylactiques)
- Atropine (en cas de bradycardie)
- Un anti-hypertenseur (ex : Loxen©)
- Un diurétique Furosémide© 20 mg injectable
- Un dérivé nitré sub-lingual
- Un anti-arythmique (si l'on a un ECG avec soi) : ex : lidocaïne
- Aspégic 500 (un sachet)

### **Urgences respiratoires (essentiellement la crise d'asthme) :**

- Béta-mimétiques en aérosols, en inhalation et en injectable : Bricanyl© (plus facile à faire en sous-cutanée qu'en IV) Pulmicort © dosette aérosol ; Atrovent© dosette aérosol
- Célestène© buvable
- Solumédrol© (flacon de 40 et 120 mg)
- Solupred© 20 mg

### **Urgences neurologiques et psychiatriques :**

- Un anti-convulsivant (ex : Valium©)
- Un sédatif (l'Atarax© est également un anti-histaminique qui peut servir dans d'autres situations)
- Un antivertigineux
- Tercian© injectable dans le traitement de courte durée des états d'agitation et d'agressivité au cours des états psychotiques aigus et chronique.
- Tranxène© injectable dans la crise d'angoisse paroxystique ; crise d'agitation ; en prévention et/ou traitement du delirium tremens et des autres manifestations du sevrage alcoolique.

### **Douleur :**

- Aspirine (sert également d'antipyrétique. Avoir également une forme pédiatrique)
- Paracétamol (forme adulte et pédiatrique)
- Morphinique : Morphine ou Temgésic© ou Nubain©
- Acupan© (ampoule 20mg)
- Perfalgan© flacon 1g en IVD)
- Un antispasmodique : Spasfon© (ampoule de 20 mg ; 2 amp.en IVD en cas de douleur)
- Un anti-inflammatoire : type Voltarène© IM dans les colique néphrétique

### **Urgences infectieuses :**

- Si l'on doit avoir qu'un seul antibiotique, la Rocéphine© est un bon choix. A administrer en IM
- Augmentin© 1 g/200 mg pdre p sol inj/p perf IV ; Clamoxyl©1g injectable
- Ceftriaxone© 1g : 50 à 100 mg/kg IV (ou IM en l'absence de voie) chez le nourrisson et l'enfant sans dépasser 1 g (adulte: 1 à 2 g IV ou à défaut IM) dans le purpura fulminans.
- Antiseptique type Bétadine, Chlorexidine

### **Urgences hémodynamiques :**

- Adrenaline 1mg : ACR : 1 mg IV chez l'adulte et 0,01 mg/kg chez l'enfant toutes les 3 à 5 minutes. Choc anaphylactique : 0 à 6 ans : 0,15 mg IM\_  
6 à 12 ans : 0,30 mg IM\_  
Plus de 12ans: 0,50 mg IM

A répéter après quelques minutes en l'absence d'amélioration.

- NaCl 1 poche de 100ml 1poche de 500ml Ampoules 10 ml
- Glucosé 10% 250 ml (pour relais G30%)
- HBPM (SC, doses curatives/phlébite)

### **Urgences métaboliques iatrogènes :**

- Sérum glucosé à 30 % dans les accidents hypoglycémiques
- Narcan© 0,4 mg/ml sol inj : Traitement des intoxications secondaires à des morphinomimétiques.
- Charbon activé 50 g glé p susp buv (Carbomix©) Intoxications et surdosages médicamenteux.
- Hidonac© (acétylcystéine) : nouveau nom de Fluimucil© 5 g/25 ml solution injectable pour perfusion dans l'intoxication au paracétamol.
- Flumazenil© 0,1 mg/ml sol inj pour neutraliser les effets sédatifs exercés par les benzodiazépines sur le système nerveux central et prise en charge d'un coma d'étiologie inconnue, chez l'adulte et l'enfant de plus de 1 an si la sémiologie est compatible avec l'hypothèse d'un coma par benzodiazépines ou apparentés.

## Quelques situations nécessitant la trousse d'urgence

### L'arrêt cardio-respiratoire

- Alerter et noter l'heure de début de la réanimation.
- Mise en condition commune:
  - ✚ Placer le malade en décubitus dorsal sur un plan dur.
  - ✚ Donner un coup de poing vigoureux sur le milieu du sternum.
  - ✚ Enlever les prothèses dentaires et désobstruer éventuellement l'oropharynx, dégrafer cravate, chemise et ceinture, et mettre la tête en hyperextension.
  - ✚ Placer une canule de Guedel.
- Ventilation par bouche à bouche, ou au masque avec de l'oxygène pur à 12-20 insufflations/mn (si l'air ne passe pas faire une manœuvre de Heimlich).
- Massage cardiaque à 80 ou 100 compressions par minute.
- Faire un choc électrique d'emblée si possible car la première cause est la fibrillation ventriculaire.

### Le choc anaphylactique, œdème de Quincke : Adrénaline

- On dilue 1 mg dans 10cc, et on injecte cc. par cc. La voie IV est recommandée, mais si celle-ci est impossible à obtenir, on peut injecter en SC.
- Puis, on peut injecter des **corticoïdes d'action rapide** (ce n'est pas les corticoïdes qui vont sauver le patient mais l'adrénaline).
- Les ampoules d'Adrénaline peuvent se conserver à température ambiante (15 à 20°C)
- Il existe également des kits d'injection type **Anakit®**.
- L'état du patient doit s'améliorer dans les minutes qui suivent.
- On peut renouveler les doses.
- Si son état ne s'améliore pas, il faut appeler les secours (le 15). De toute façon, le patient doit être surveillé dans les heures qui suivent et il faut l'hospitaliser.

P.S : les corticoïdes à base de sulfite (comme le Soludécadron®) peuvent donner des réactions allergiques. Le **solumedrol** ne contient pas de sulfites.

### L'infarctus du myocarde, la crise coronarienne aiguë

- La première chose à faire est de faire un bon examen clinique : s'agit-il d'un patient déjà coronarien ?, s'agit-il de crises habituelles ? S'agit-il d'un angor fonctionnel (existe-t-il un facteur déclenchant ?).
- Si c'est possible, il faut faire un **ECG**.
- Ensuite il faut essayer **la trinitrine sublinguale**, calmer la douleur (par de la **morphine** en SC par exemple et non pas en IM) et donner au patient de l'**aspirine** (soit 70 ou 150 mg en IV ou per-os).
- Si la douleur ne cède pas, la situation est plus grave et de toute façon il faudra appeler les secours.
- On peut également donner des **anxiolytiques**.
- Ne pas faire d'intramusculaire. (qui contre-indiquera les fibrinolytiques).

## L'OAP

Si absence d'état de choc :

- Malade assis jambe pendante
- Faire du **Lasilix**® injectable à la dose de 1mg /kg en IVD.
- L'**oxygène** est également recommandé à 15l/mn
- **Natispray**® est également très utile si PAS>120
- ECG
- SPO2 si possible

Si état de choc appeler le SMUR

## La crise d'asthme

- On conseille des **béta-mimétiques inhalés** (avec une chambre d'inhalation si possible).
- Le **bricanyl**® **SC** est particulièrement utile chez l'enfant (qui est difficile à perfuser), ou chez une personne qui commence à s'agiter.
- **Les corticoïdes** (ex: **Solumedrol**® 2mg/kg) ne vont pas traiter la crise immédiatement mais agissent à plus long terme.
- Pose d'une voie veineuse profonde

## L'embolie pulmonaire

Diagnostic difficile car signes peu sensibles et peu spécifiques.

Diagnostic différentiel : IDM, dissection aortique, péricardite aiguë, tamponnade, pneumopathie aiguë, pneumothorax, urgences digestives.

## La détresse respiratoire de l'enfant :

**Dyspnée inspiratoire** : toux aboyante et voix rauque pour la laryngite

Fièvre, hypersialorrhée, voix éteinte, peu de toux, enfant de plus de 3 ans assis penché en avant pour l'épiglottite

- **Epiglottite** : ne pas faire d'examen ORL avec un abaisse-langue (risque d'apnée mortelle).

Laisser l'enfant assis comme il le souhaite, ne pas l'allonger car risque d'apnée mortelle.

Oxygénothérapie à fort débit.

Hospitalisation et transport par SMUR en position assise.

Rocéphine: 50 mg/kg IM ou IV.

La corticothérapie orale ou en aérosol n'est d'aucune utilité

- **Laryngite** : Célestène: 10 gouttes/kg/j ou Solupred: 1 mg/kg/j per os.

Atmosphère humide ; antipyrétiques, éventuellement un antibiotique.

Traitement de la rhino-pharyngite

- si échec:

Hospitalisation car évolution grave possible, avis du réanimateur.

Aérosol avec oxygène + Adrénaline, 5 mg + Soludécadron, 4 mg.

**Dyspnée expiratoire (asthme, bronchiolite)**

Bêta-2-mimétiques inhalés: discutés, effets inconstants et limités, à réserver si sibilants.

Pas de corticoïdes inhalés ni per os.

Kinésithérapie respiratoire au moins 1 fois par jour, respecter la toux.



Et surtout s'il est dyspnéique, il faut l'hospitaliser.

Attention aux dyspnées à début brutal pouvant être en rapport avec un corps étranger intrabronchique.

### Les convulsions :

Si convulsions persistantes, il faut mettre la **canule de Guedel** et assurer la liberté des VAS.

**Chez l'enfant** administrer du **Valium® 10** en intra rectal : 0,5 mg/kg intrarectal sans dépasser 10 mg, à renouveler éventuellement 5 mn plus tard si échec.

Le Buccolam® est un médicament anticonvulsivant de la classe des benzodiazépines indiqué dans le traitement des convulsions aiguës et prolongées des enfants épileptiques âgés de 3 mois à 18 ans. L'avantage du Buccolam® est son administration par voie buccale et son conditionnement en seringue pré remplies prêtes à l'emploi dosées en fonction de l'âge de l'enfant. Des études cliniques comparatives montrent un profil de sécurité comparable à celui du diazepam rectal ou intraveineux.

Si échec: Rivotril: 0,05 mg/kg intra rectal ou IV cinq minutes plus tard puis 0,1 à 0,2 mg/kg/24 h ou Hypnovel: 0,2 mg/kg intra rectal.

#### **Chez l'adulte**

Libération des voies aériennes, canule de Guedel,  
Position latérale de sécurité. Hospitalisation.

Si hypoglycémie, ou sans connaissance de la glycémie: G30% IV: 2 ampoules.

Valium 10: 1 ampoule IV lente chez l'adulte (si l'injection IV est impossible, même dose par voie intrarectale) ou Rivotril: 1 à 2 mg IV lente puis relais à la seringue électrique: 4 à 6 mg/24 heures.

De toute façon, la crise va s'amender toute seule et le seul danger est l'état de mal convulsif (mais pour cela, le patient doit déjà avoir convulsé longtemps). L'état de mal doit être intubé et ventilé : il faut donc appeler le SAMU.

### Le coma :

La première chose est de faire **un dextro**. Le glucometer est indispensable dans la trousse d'urgence et la mesure de la glycémie est à faire devant tout trouble neurologique.

Si le patient est en hypoglycémie, il faut pouvoir lui injecter des **ampoules de G30% 2** ampoules en IVD à renouveler après 10 mn si échec.

### Hémorragie gynécologique (ex : hémorragie du post-partum...)

Le premier geste à faire est de poser une grosse voie veineuse et de remplir (avec du **Plasmion** par exemple). Si l'on n'a pas de macromolécules, il faut mettre du **sérum physiologique** (et non pas du Glucosé 5%). Il est donc conseillé d'appeler le SAMU rapidement.

### Poussée hypertensive :

**Urgence hypertensive**: diastolique > 120 mmHg, systolique > 220 mmHg.

On recherchera des signes d'encéphalopathie hypertensive:

Céphalées intenses, troubles visuels, troubles de la vigilance évoluant vers syndrome confusionnel, Babinski +, parfois coma et crises convulsives.

Troubles digestifs: nausées, vomissements.

Rechercher également des signes d'insuffisance ventriculaire gauche (OAP) ou de cardiopathie ischémique, d'éclampsie, d'AVC

***Poussée hypertensive: Remesurer la PA après 30 min de repos au calme.***

Pas de signe de souffrance viscérale mais risque d'aggravation de certaines pathologies cardiovasculaires ou neurovasculaires.

Seule l'urgence hypertensive nécessite un traitement

**La PAS reste haute mais < 210 et PAD < à 120**

Hospitalisation ou avis spécialisé si on suspecte une ingestion de substances sympathicomimétiques, tricycliques, maladies réno-vasculaires, traumatisme crânien, pré-éclampsie et causes tumorales sources d'HTA

La PAS est entre 180 et 210 ou la PAD est entre 110 et 120 : bilan biologique « rénal » et théoriquement fond d'oeil ...

La PAS est < 180 et PAD < 110 : consultation sans urgence en médecine générale administrer le traitement antihypertenseur en cas de rupture de traitement

**La PAS reste très élevée > 210 ou PAD > 120 même après repos**

L'objectif est de diminuer la pression artérielle diastolique de 20% ou < 120.

Nicardipine Loxen® 20 mg ou Urapidil Eupressyl® 1 cp.

Fond d'œil en urgence s'il est possible sinon hospitaliser. En cas de rétinopathie stade 2 ou 3, utiliser la perfusion continue.

Si le but est atteint et FO stade 1 au maximum et sans effet indésirable notable (hypotension orthostatique), prescrire le médicament choisi en dose d'entretien.

Si le but n'est pas atteint en 2 heures et FO stade 1, ajouter Catapressan® 1/2 cp. si à nouveau le but n'est pas atteint en 2 heures, hospitaliser.

Chez le sujet sevré des antihypertenseurs : traitement habituel, sauf s'il s'agit d'un diurétique, où il faut procéder comme précédemment.

Sortie autorisé après 6 heures si le but du traitement a été atteint. Sinon hospitalisation en reprenant le traitement habituel + Loxen 2-3 cp/j ou Eupressyl 2/j.

**Hospitalisation:**

- si lésion du cerveau, du cœur ou du rein ou tout autre retentissement viscéral associés.
- si échec du traitement médical.
- si enfant ou femme enceinte.
- si patient sous anticoagulant.
- si fond d'œil au stade III.

**La colique néphrétique :**

AINS (sauf contre-indication) : Profénid© (hors AMM): 100 mg IV lente ou en perfusion: 100 mg dans 100 ml de G5% pendant 20 mn ; ou Voltarène© 75 IM si voie veineuse indisponible ; ou Solumédrol©: 20-40 mg IV lente.

**En association avec:**

- Antalgiques non morphiniques: Prodafalgan©, 2 g en perfusion puis relais per os.
- Antalgiques morphiniques si échec du traitement précédent ou si contre-indication aux AINS:
- Les alphas bloquants pour le contrôle du muscle lisse

- La nifédipine pour favoriser l'expulsion des calculs de moins d'un centimètre du bas uretère

L'acupan® IV (analgésique majeur non morphinique) passé trop vite est assez mal supporté : sueurs, malaise... Il faudrait le passer en 30 minutes à une heure (de préférence au pousse seringue électrique). Ce n'est donc pas le médicament à passer en première intention.

### **Les états d'agitation :**

Il ne faut pas oublier de faire **un dextro**.

Pour une agitation aigue en rapport avec un trouble psychotique utiliser en IM le **Loxapac®** (1 à 2 ampoules) marche très bien, et il n'y a pas de contre-indication majeure (en dehors du syndrome malin des neuroleptiques). Le Loxapac® met entre 10 minutes à un quart d'heure pour être efficace. Le droleptan® ne doit plus être utilisé. Il faut surveiller par la suite l'absence de détresse respiratoire ou de trouble de conscience important.

Si agitation modérée : Xanax® 0,50mg per os ou Tranxène® 50 en IM

### **Glaucome aigu :**

Le diagnostic est souvent difficile à faire. Le suspecter devant une douleur brutale dans un œil avec baisse de l'acuité visuelle, nausées, et un aspect très dur à la palpation. Demander un spécialiste en urgence. Le **diamox®** est le traitement de choix : 1 flacon de 500 mg IV (demi dose chez le sujet âgé) associé à du potassium per os (Diffu-K® ou Kaléorid®) puis relais per os: 1 cp/8 h associé à 1 cp de potassium

### **La fibrillation atriale : FA non compliquée**

- Il faut penser à la fibrillation atriale devant palpitations, dyspnée, fatigue, malaise, etc. chez les patients de plus de 65 ans.
- Il faut affirmer le diagnostic par un ECG 12 dérivation.
- Rechercher des signes d'instabilité hémodynamique nécessitant une hospitalisation d'urgence.
- Rechercher une cause déclenchante
- Prescrire le traitement anticoagulant de première intention (AVK ++) chez les patients atteints d'une FA valvulaire et ceux avec un score CHA2DS2-VASc  $\geq 2$
- Prescrire un traitement pour contrôler la fréquence cardiaque : bêta bloquants sélectifs ou non (sauf le sotalol®) per os. Les inhibiteurs calciques non dihydropyridines (diltiazem ou vérapamil) sont une alternative en cas de contre-indication aux bêtabloquants. La digoxine est rarement indiquée.
- Obtenir une consultation en cardiologie pour bilan et avis thérapeutique.
- Eviter de prescrire de l'amiodarone en raison de ses effets secondaires et du risque emboligène lié à la possibilité de réduction immédiate de la FA.

### **Le purpura fulminans :**

**Tout purpura fébrile doit faire suspecter une méningite fulminante.**

Il s'agit d'une des rares urgences où l'antibiotique doit être administré en urgence. Rocéphine®: 100 mg/kg IV ou à défaut IM (maxi 1g dans ce cas) dès que possible hospitalisation urgente: transfert par le SMUR si celui-ci est disponible et rapide sinon emmener immédiatement l'enfant vers l'hôpital le plus proche après l'avoir averti de votre arrivée.

Chimioprophylaxie pour les sujets contacts:

Rifadine©: 600 mg x 2/jour pendant 2 jours pour les adultes.

Rifadine©: 10 mg/kg x 2/jour pendant 2 jours pour les enfants de 1 mois à 15 ans.

Rifadine©: 5 mg/kg x 2/jour pendant 2 jours pour les nourrissons de moins de 1 mois.

Vaccination pour les méningocoques

Il faut administrer l'antibiotique sur le lieu de consultation, et ne pas attendre l'hospitalisation.

### **Tentative d'autolyse :**

Si l'on a dans sa trousse d'urgence du **charbon activé**, il est possible d'en donner. Le naloxone donne des syndromes de sevrage, des agitations et est contre-indiqué avec certaines associations médicamenteuses. Ce médicament en médecine n'est indiqué que dans les situations les plus graves (apnée). Il faut hospitaliser le patient.

L'**anexate** ne doit être utilisé que si l'on a la certitude d'une intoxication aux benzodiazépines. La durée d'action de l'anexate est plus courte que celle des benzodiazépines, il faut donc renouveler plusieurs fois l'injection. Cet antidote permet donc d'attendre l'arrivée des secours si l'on est loin de tout centre médicalisé.

La pendaison : on doit décrocher le patient et lui mettre un **collier cervical** et de **l'oxygène**.

### **Les piqûres de vipère :**

Le risque est le **choc anaphylactique** qui doit être traité par de l'adrénaline.

L'**anakit**© peut être utile.

S'il y a une CIVD, le choc est important et le traitement sera hospitalier. Il faut également désinfecter la plaie.

### **CONCLUSION** Qu'est-ce qu'une urgence médicale ?

Dans la tradition française, « l'urgence se définit par la mise en danger à brève échéance – l'heure ou la demi-journée – de l'intégrité physique, voire de la vie d'une personne ». Dans d'autres pays, notamment en Amérique du Nord, on lui accorde un périmètre beaucoup plus large, puisqu'on l'étend à tout ce qui est « ressenti comme une urgence par le patient ». Malheureusement pour les services d'urgence, les Français commencent à s'identifier aux Américains et à prendre les centres 15 pour un secrétariat spécialisé susceptible de répondre à tous les maux grâce au recours au médecin de garde.

Or, en cette période d'économies de santé, il conviendrait d'expliquer aux patients que la médecine d'urgence a un coût bien plus élevé que celui de la médecine « classique ». Il est aussi important de faire comprendre à la population que mobiliser une équipe du SAMU ou du SMUR pour un problème bénin, en ayant volontairement brossé un tableau dramatique d'une situation sans réelle gravité, peut coûter la vie à une personne réellement en danger. Mais comment raisonner des gens qui appellent les pompiers dans le seul but d'être transportés gratuitement à l'hôpital ?

Il conviendrait aussi de faire cesser les dissensions au sein des services de secours. Praticiens du SAMU, de SOS médecins, généralistes, pompiers ne parlent pas d'une seule voix. Philosophie, objectifs et moyens différents.



## SOURCES DOCUMENTAIRES

1. <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0642055.pdf>
2. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er625.pdf>
3. <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/Urgences/acurgenc.htm>
4. <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00770075/document>
5. [http://www.uvp5.univ-paris5.fr/UV\\_MED/AC/Amenu.asp?NSuj=242](http://www.uvp5.univ-paris5.fr/UV_MED/AC/Amenu.asp?NSuj=242)
6. [http://www.pds78.org/P\\_Trousse.html](http://www.pds78.org/P_Trousse.html)
7. <https://antiseche.files.wordpress.com/2013/03/ma-trousse-durgence1.pdf>
8. <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13662/1/seriostat94.pdf>
9. [http://e-cursus.univ-ag.fr/file.php/141/cours/Urgences\\_au\\_cabinet\\_gane\\_troplent\\_.pdf](http://e-cursus.univ-ag.fr/file.php/141/cours/Urgences_au_cabinet_gane_troplent_.pdf)
10. <http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/iatrogene.pdf>
11. <http://droit-medical.com/actualites/evolution/208-urgence-medicale>
12. [http://www.sfm.org/upload/consensus/RFE\\_ACR\\_2007.pdf](http://www.sfm.org/upload/consensus/RFE_ACR_2007.pdf)
13. <https://thoracotomie.com/2011/06/13/hypertension-arterielle-urgences-poussee-hta-crise-hypertensive/>
14. <https://www.vidal.fr/Medicament/buccolam-109989.htm>
15. <http://urofrance.org/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/physiopathologie-de-la-colique-nephretique.html>
16. <http://www.chu-rouen.fr/page/fibrillation-auriculaire>
17. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/guide\\_pds\\_fibrillation\\_atriale\\_vf.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/guide_pds_fibrillation_atriale_vf.pdf)
  
18. LES URGENCES DU MEDECIN GENERALISTE : *Créé par le Docteur Philippe MICHELLIER Date de publication : 14/10/08*
19. Revue prescrire : Elaborer sa trousse d'urgence 1<sup>ère</sup> partie 1990 101 : 462/471
20. Revue prescrire : Elaborer sa trousse d'urgence 2<sup>ème</sup> partie 1990 102 : 517/523
21. Revue prescrire : Vider les troussees 1990 : 6 : 201
22. Critères et moyens pour différencier les urgences vraies des urgences ressenties : université de Poitiers Dr Marie-Thérèse Hebert Dr Yann Brabant
23. Les urgences au cabinet médical : dossier documentaire réalisé par le Dr Lequeux coordonnateur des Groupes qualité Pays De Loire