



Validation d'un outil d'évaluation de la fatigue sur les performances cliniques des médecins aux urgences

Claire Couder

► To cite this version:

Claire Couder. Validation d'un outil d'évaluation de la fatigue sur les performances cliniques des médecins aux urgences. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02382472

HAL Id: dumas-02382472

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02382472>

Submitted on 27 Nov 2019

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.

**validation d'un outil d'évaluation de la fatigue sur les performances cliniques
des médecins aux urgences**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 10 Octobre 2019

Par Madame Claire COUDER

Née le 14 décembre 1990 à Lyon 02eme (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur ROCH Antoine	Président
Monsieur le Professeur PAPAZIAN Laurent	Assesseur
Madame le Docteur (MCU-PH) SARI-MINODIER Irène	Assesseur
Monsieur le Docteur PERSICO Nicolas	Directeur
Monsieur le Docteur MALTESE François	Assesseur

**validation d'un outil d'évaluation de la fatigue sur les performances cliniques
des médecins aux urgences**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 10 Octobre 2019

Par Madame Claire COUDER

Née le 14 décembre 1990 à Lyon 02eme (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur ROCH Antoine	Président
Monsieur le Professeur PAPAZIAN Laurent	Assesseur
Madame le Docteur (MCU-PH) SARI-MINODIER Irène	Assesseur
Monsieur le Docteur PERSICO Nicolas	Directeur
Monsieur le Docteur MALTESE François	Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseeurs :

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

Chargés de mission :

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

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

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

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTÉY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

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

1967

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

1974

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

1975

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

1976

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

1977

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

1978

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

1980

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

1981

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

1982

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

1985

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

1986

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

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

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

1989

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

1990

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

1991

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

1992

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

1994

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

1995

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

1997

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

1998

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

1999

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

2000

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

2001

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

2002

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

2003

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

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

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

2006

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

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

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

2009

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

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

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

2012

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

2013

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

2014

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

2015

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

2016

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

2017

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

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

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

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikael	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

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

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

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

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

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

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

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

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

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

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

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

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

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

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

CARDIOLOGIE 5102

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

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication 4604**

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

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

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

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

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

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002		GUERIN Carole (MCU PH)	
ARGENSON Jean-Noël (PU-PH) BLONDEL Benjamin (PU-PH) CURVALE Georges (PU-PH) FLECHER Xavier (PU PH) <i>PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité</i> ROCHWERGER Richard (PU-PH) TROPIANO Patrick (PU-PH)		CHIRURGIE INFANTILE 5402 GUYS Jean-Michel (PU-PH) JOUVE Jean-Luc (PU-PH) LAUNAY Franck (PU-PH) MERROT Thierry (PU-PH) VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) FAURE Alice (MCU PH) PESENTI Sébastien (MCU-PH)	
OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)			
CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702			
BERTUCCI François (PU-PH) CHINOT Olivier (PU-PH) COWEN Didier (PU-PH) DUFFAUD Florence (PU-PH) GONCALVES Anthony PU-PH) HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH) LAMBAUDIE Eric (PU-PH) SALAS Sébastien (PU-PH) VIENS Patrice (PU-PH)		CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH) GUYOT Laurent (PU-PH) FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)	
SABATIER Renaud (MCU-PH) TABOURET Emeline (MCU-PH)			
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103		CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004	
COLLART Frédéric (PU-PH) D'JOURNO Xavier (PU-PH) DODDOLI Christophe (PU-PH) GARIBOLDI Vlad (PU-PH) MACE Loïc (PU-PH) THOMAS Pascal (PU-PH)		CASANOVA Dominique (PU-PH) LEGRE Régis (PU-PH) BERTRAND Baptiste (MCU-PH) HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)	
FOUILLOUX Virginie (MCU-PH) GRISOLI Dominique (MCU-PH) TROUSSE Delphine (MCU-PH)			
CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104		GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201	
ALIMI Yves (PU-PH) AMABILE Philippe (PU-PH) BARTOLI Michel (PU-PH) BOUFI Mourad (PU-PH) MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH) PIQUET Philippe (PU-PH) SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)		BARTHET Marc (PU-PH) BERNARD Jean-Paul (PU-PH) <i>BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre</i> DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH) GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH) GRANDVAL Philippe (PU-PH) GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH) SEITZ Jean-François (PU-PH) VITTON Véronique (PU-PH) GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)	
HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202			
LEPIDI Hubert (PU-PH)			
<i>ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité</i> PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)		GENETIQUE 4704	
DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003		BEROUD Christophe (PU-PH) KRAHN Martin (PU-PH) LEVY Nicolas (PU-PH) MONCLA Anne (PU-PH) SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH) NGYUEN Karine (MCU-PH) TOGA Caroline (MCU-PH) ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)	
BERBIS Philippe (PU-PH) GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH) GROB Jean-Jacques (PU-PH) RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)			
DUSI			
COLSON Sébastien (MCF)			
ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404			
BRUE Thierry (PU-PH) CASTINETTI Frédéric (PU-PH) CUNY Thomas (MCU PH)		GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403	
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601		AGOSTINI Aubert (PU-PH) BOUBLI Léon (PU-PH) BRETELLE Florence (PU-PH) CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH) COURBIERE Blandine (PU-PH) CRAVELLO Ludovic (PU-PH) D'ERCOLE Claude (PU-PH)	
AUQUIER Pascal (PU-PH) BOYER Laurent (PU-PH) GENTILE Stéphanie (PU-PH) <i>SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre</i> THIRION Xavier (PU-PH)			
BERBIS Julie (MCU-PH) LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH) RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)			
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section) TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)			

IMMUNOLOGIE 4703		HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701	
KAPLANSKI Gilles (PU-PH) MEGE Jean-Louis (PU-PH) OLIVE Daniel (PU-PH) VIVIER Eric (PU-PH)		BLAISE Didier (PU-PH) COSTELLO Régis (PU-PH) CHIARONI Jacques (PU-PH) GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH) MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH) VEY Norbert (PU-PH)	
FERON François (PR) (69ème section)			
BOUCRAUT Joseph (MCU-PH) CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH) DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH) DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH) ROBERT Philippe (MCU-PH) VELY Frédéric (MCU-PH)		DEVILLIER Raynier (MCU PH) GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH) LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH) LOOSVELD Marie (MCU-PH) SUCHON Pierre (MCU-PH)	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)		POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)	
		MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603	
MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503		BARTOLI Christophe (PU-PH) LEONETTI Georges (PU-PH) PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH) PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)	
BROUQUI Philippe (PU-PH) LAGIER Jean-Christophe (PU-PH) PAROLA Philippe (PU-PH) STEIN Andréas (PU-PH)		TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)	
MILLION Matthieu (MCU-PH)		BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)	
MEDECINE D'URGENCE 4805			
KERBAUL François (PU-PH) MICHELET Pierre (PU-PH)		MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905	
MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301		BENSOUSSAN Laurent (PU-PH) VITON Jean-Michel (PU-PH)	
BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) DISDIER Patrick (PU-PH) DURAND Jean-Marc (PU-PH) FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre GRANEL/REY Brigitte (PU-PH) HARLE Jean-Robert (PU-PH) ROSSI Pascal (PU-PH) SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)		MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602	
EBBO Mikael (MCU-PH)		LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)	
GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)		NEPHROLOGIE 5203	
ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)		BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre BRUNET Philippe (PU-PH) BURTEY Stéphanne (PU-PH) DUSSOL Bertrand (PU-PH) JOURDE CHICHE Noémie (PU PH) MOAL Valérie (PU-PH)	
BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps) CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein) GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)			
NUTRITION 4404		NEUROCHIRURGIE 4902	
DARMON Patrice (PU-PH) RACCAH Denis (PU-PH) VALERO René (PU-PH)		DUFOUR Henry (PU-PH) FUENTES Stéphane (PU-PH) REGIS Jean (PU-PH) ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH) SCAVARDA Didier (PU-PH)	
ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité BELIARD Sophie (MCU-PH)		CARRON Romain (MCU PH) GRAILLON Thomas (MCU PH)	
MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)		NEUROLOGIE 4901	
ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)			
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)		ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH) FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH)	

OPHTALMOLOGIE 5502		PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904	
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) <i>Disponibilité</i> MATONTI Frédéric (PU-PH) <i>Disponibilité</i>		DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)	
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501		PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803	
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) MICHEL Justin (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) <i>DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité</i> REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)		BLIN Olivier (PU-PH) <i>FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre</i> MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH)	
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502		PHILOSOPHIE 17	
RANQUE Stéphane (PU-PH)		LE COZ Pierre (PR) (17ème section)	
CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)		MATHIEU Marion (MAST)	
PEDIATRIE 5401		PHYSIOLOGIE 4402	
ANDRE Nicolas (PU-PH) CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH)		BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGÉON Fabienne (PU-PH) GABORIT Bénédicte (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)	
COZE Carole (MCU-PH) FABRE Alexandre (MCU-PH) OVAERT Caroline (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)		BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BONINI Francesca (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) <i>DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)</i> DELLIAUX Stéphane (MCU-PH) REY Marc (MCU-PH)	
PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903		RUEL Jérôme (MCF) (69ème section) THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)	
BAILLY Daniel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH)			
PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16			
AGHABABIAN Valérie (PR)		PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101	
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302		ASTOUL Philippe (PU-PH) BARLESI Fabrice (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH) <i>CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre</i> GREILLIER Laurent (PU PH) REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)	
BARTOLI Jean-Michel (PU-PH) CHAGNAUD Christophe (PU-PH) CHAUMOITRE Kathia (PU-PH) GIRARD Nadine (PU-PH) GORINCOUR Guillaume (PU-PH) JACQUIER Alexis (PU-PH) MOULIN Guy (PU-PH) PANUEL Michel (PU-PH) PETIT Philippe (PU-PH) VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH) VIDAL Vincent (PU-PH)		MASCAUX Céline (MCU-PH) TOMASINI Pascale (MCU-PH)	
REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802		THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804	
GAINNIER Marc (PU-PH) GERBEAUX Patrick (PU-PH) PAPAZIAN Laurent (PU-PH) ROCH Antoine (PU-PH)		AMBROSI Pierre (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH)	
HRAIECH Sami (MCU-PH)		DAUMAS Aurélie (MCU-PH)	
RHUMATOLOGIE 5001		UROLOGIE 5204	
GUIS Sandrine (PU-PH) LAFFORGUE Pierre (PU-PH) PHAM Thao (PU-PH) ROUDIER Jean (PU-PH)		BASTIDE Cyrille (PU-PH) KARSENTY Gilles (PU-PH) LECHEVALLIER Eric (PU-PH) ROSSI Dominique (PU-PH)	

REMERCIEMENTS

A mon président de jury, Monsieur le Professeur Antoine ROCH,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Vous êtes à l'origine de ce sujet. J'ai aimé travailler dans votre service, où l'attention portée à la qualité de vie des soignants et la qualité des soins donnés est primordiale. Je vous remercie pour la pertinence de vos conseils lors de l'élaboration de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Laurent PAPAZIAN,

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Irène SARI-MINODIER,

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse, je vous prie d'accepter ma sincère reconnaissance et mon profond respect. Avoir un médecin du travail dans mon jury de thèse a pour moi un sens tout particulier.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Nicolas PERSICO,

Je te remercie infiniment pour l'investissement consacré à ma thèse et ton accompagnement. Tes nombreuses qualités d'urgentiste passionné et de statisticien chevronné ont été un véritable soutien pour moi dans ce travail. J'ai énormément appris en travaillant à tes côtés et je te prie d'accepter mon plus grand respect.

A Monsieur le Docteur François MALTESE,

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse ainsi que de l'intérêt et l'expertise que vous avez apporté à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A mon père et ma mère,
deux médecins absents ce jour,
deux étoiles qui veillent sur moi...

« Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours »

Hippocrate

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
1. LES SERVICES D'URGENCE EN FRANCE	3
a. Répartition et activité.....	3
b. Permanence des soins	4
c. Temps de travail médical.....	5
2. IMPACT DU TRAVAIL POSTE.....	6
a. Conséquences physiologiques	6
b. Pratique médicale	7
c. Santé des soignants	8
3. JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	8
4. OBJECTIF	9
MATERIEL ET METHODES.....	10
1. SCHEMA D'ETUDE	10
2. PHASE DE DEVELOPPEMENT	10
3. PHASE DE VALIDATION	11
a. Population étudiée	11
b. Modalités d'évaluation des participants	11
c. Déroulement des inclusions	12
4. ANALYSE STATISTIQUE.....	13
RESULTATS	14
1. DIAGRAMME DE FLUX.....	14
2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	15

3. RESULTATS DES PARTICIPANTS AUX CAS CLINIQUES	16
<i>a. Première inclusion</i>	17
<i>b. Deuxième inclusion</i>	19
DISCUSSION	21
1. METHODE D’EVALUATION	21
2. VALIDATION DU TEST	22
3. LIMITES	23
4. IMPLICATIONS	24
CONCLUSION.....	27
REFERENCES	28
ANNEXES	32
1. CAS CLINIQUE A.....	33
2. CAS CLINIQUE B.....	41
3. CAS CLINIQUE C.....	47
ABREVIATIONS	54

INTRODUCTION

1. Les Services d'Urgence en France

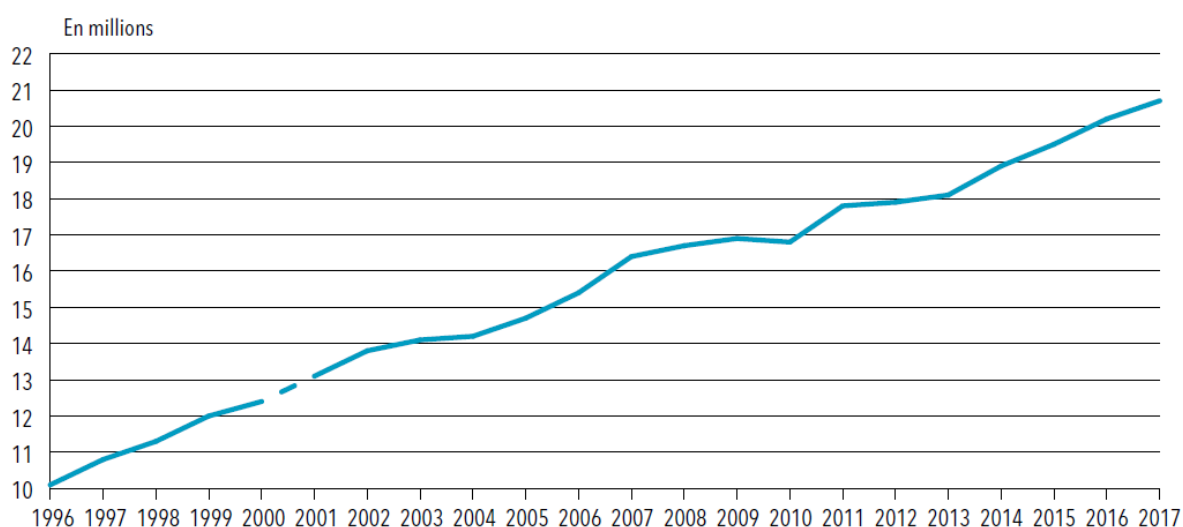
a. Répartition et activité

En 2017, la Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations et des Statistiques (DRESS) recensait 713 Services d'Urgence (SU), implantés dans 637 établissements de santé. Les structures d'urgences générales représentaient la majorité des structures avec 87% des services versus 13% de services pédiatriques. Le secteur public concentre 77 % des structures des urgences. (1)

Les dernières données disponibles de la Fédération des Observatoire Régionaux des Urgences (FEDORU) font état de 21 472 915 passages aux urgences en France en 2017, dont 88.4% dans les structures adultes. En comparaison par rapport à l'année 2016, cela représente une augmentation de + 2.9% de l'activité toutes structures confondues. (2) Cette augmentation de l'activité est croissante depuis environ 20 ans en France, comme l'illustre les données de la Statistique Annuelle des Etablissements de santé (figure 1). En effet, depuis 1996, il existe une augmentation annuelle de + 3.5% en moyenne du nombre de passages aux urgences en France, à l'exception de l'année 2010.(1) Ce phénomène n'est pas spécifique au système de santé français. Aux Etats-Unis, le nombre de passages aux urgences a augmenté de 23% depuis 1997, soit une augmentation annuelle de 11% des passages. (3)

L'augmentation de la fréquentation des services d'urgences est un facteur qui participe probablement à la pénibilité du travail aux urgences. Cependant un autre chiffre semble important à considérer lorsqu'on fait référence à la pénibilité du travail des urgentistes, c'est l'activité liée à la permanence des soins.

Graphique 1 Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



Note > Ces évolutions sont à interpréter avec prudence car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.

Champ > France métropolitaine, hors SSA.

Sources > DREES, SAE 1996-2017, traitements DREES.

Figure 1 : Evolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996
(DREES 2017)

b. Permanence des soins

La permanence des soins (PDS) est un dispositif d'offre de soins non programmés la nuit (de 20 H à 8H), le week-end (à partir du samedi midi) et les jours fériés, qui permet de garantir la continuité et l'accessibilité aux soins sur l'ensemble du territoire. C'est une mission de service public, impliquant les établissements de santé publics et privés. Elle est organisée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en fonction des besoins du territoire. (4)

Les SU sont un des maillons essentiels de la PDS en établissement de santé. Pour les SU, la PDS représente près de 60% du temps de travail clinique. D'après les données 2017 de la FEDORU, 45% des admissions aux urgences ont lieu en horaire de PDS, 29% des admissions le week-end et 27% la nuit (de 20 H à 8 H). (2) Dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur,

11% des admissions ont lieu en nuit profonde, c'est-à-dire de minuit à 8 heures. (5) Or les effectifs médicaux sont inférieurs en période de PDS. En effet, des recommandations précisent le nombre de médecins nécessaires au fonctionnement des SU en fonction du nombre de passages annuel : ce nombre est divisé par 2 ou 3 entre la période diurne et nocturne selon le volume d'activité. (6) Ainsi la permanence des soins dans les SU nécessite une organisation du temps de travail médical spécifique.

c. Temps de travail médical

En 2015, l'organisation du temps de travail des médecins urgentistes a connu des modifications suite à une instruction du Ministère de la Santé. (7) Les objectifs de cette instruction étaient d'améliorer l'attractivité dans la durée de la profession de médecin urgentiste et d'améliorer la qualité des soins.

La principale mesure de cette instruction était la mise en place d'un référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence. Ce référentiel décompose le temps médical en travail clinique posté et en travail non posté (clinique ou non), fixant la durée maximale de travail à 48 heures par semaine. Concernant le travail clinique posté, il correspond à la prise en charge médicale des patients. Il est légalement fixé à 39 heures par semaine en moyenne sur quatre mois, incluant les périodes de PDS. Pour le travail non posté, il est forfaitisé pour chaque praticien en fonction de missions contractualisées avec le chef de service.

Afin d'assurer la continuité des soins, le travail dans les SU nécessite une permanence à l'hôpital impliquant une présence continue appelée « garde sur place », ce qui nécessite une organisation du temps de travail spécifique. C'est une obligation de service. Cependant cette réforme n'a pas modifié la durée maximale des vacations des urgentistes, qui reste de 24 heures consécutives suivies d'un repos compensateur de durée équivalente au niveau légal.

Alors que dans d'autres pays comme les États-Unis, la législation limite le temps de travail médical à 16 heures consécutives. (8) Afin d'assurer la permanence des soins, chaque SU planifie spécifiquement le travail médical selon son activité et les ressources humaines disponibles. Ainsi cette planification oblige les médecins urgentistes à effectuer des vacations de nuit ainsi que des vacations prolongées de 24 heures avec un rythme irrégulier lié à l'effectif disponible.

2. Impact du travail posté

a. Conséquences physiologiques

En effet, le travail posté incluant le travail de nuit ainsi que le changement irrégulier d'horaires de travail ont de nombreux impacts sur la santé des travailleurs, dont les soignants.

Le domaine de l'aéronautique a été un des premiers secteurs à étudier les conséquences du travail sur l'altération du rythme circadien chez les travailleurs, notamment via le concept du « jet lag ». (9) Au niveau physiologique, le travail de nuit est responsable d'une désynchronisation du rythme nyctéméral, qui a été mise en évidence dans la population générale et chez les médecins urgentistes. (10,11) La carence en sommeil générée par le travail de nuit entraîne également des dysfonctions du métabolisme glucidique, du cortisol ainsi qu'une hyperactivité sympathique, responsables de perturbations endocriniennes comparables à un vieillissement prématuré. (12) Une étude expérimentale chez l'animal a également démontré que le sommeil permettait l'élimination de nombreux métabolites neurotoxiques. (13) Or l'accumulation de ces métabolites, secondaire à la carence en sommeil altérerait le fonctionnement cérébral. (14) Cependant le cerveau a la capacité de s'adapter à la privation chronique de sommeil mais avec des performances réduites, sous réserve que la privation de sommeil soit modérée. (15)

b. Pratique médicale

Dans le domaine médical, c'est en 1988 qu'on parle pour la première fois du lien entre durée des vacations et erreurs médicales. (16) Depuis plusieurs études, notamment en réanimation, se sont intéressées au lien entre durée prolongée des vacations et erreurs médicales. Mais les résultats dans la littérature sont discordants car deux études randomisées américaines retrouvaient des résultats opposés : la première en faveur d'une augmentation des erreurs médicales lorsque les vacations sont prolongées (17) et la seconde ne retrouvait pas de lien entre la survenue d'effets indésirables et la durée des vacations . (18)

De plus, ces critères de jugement (erreurs et effets indésirables) ne permettent pas d'évaluer exhaustivement la pratique médicale. D'autres travaux ont évalué les conséquences de la durée des vacations en utilisant des scénarios de simulation. Sharpe et al. ont montré que les performances sur simulateur haute-fidélité d'une série de 12 internes en réanimation étaient altérées après 24 heures de travail. (19) Cependant ce type d'étude est très couteux en raison du matériel nécessaire et difficile à mettre en œuvre.

Une autre méthode d'évaluation de l'effet de la durée des vacations et de la privation de sommeil est l'utilisation des performances cognitives. Une méta-analyse de 2005 suggérait que la vigilance et la mémoire étaient affectées par la privation de sommeil chez les médecins. (20) Chez les réanimateurs, les capacités cognitives étaient significativement altérées après une vacation de 24 heures consécutives indépendamment de l'expérience et de la quantité de sommeil durant la vacation. (21) Concernant les urgences, les études sont peu nombreuses et les effectifs limités. Rollinson et al. ont montré en 2003 que les vacations de nuit consécutives dégradaient la capacité en mémoire visuelle des internes ($n = 13$) durant une vacation de nuit. (22) Pour Machi et al., la mémoire à court terme déclinait similairement après une vacation de jour et de nuit à partir d'un échantillon de 13 médecins urgentistes. (23) Une étude publiée en 2017 sur un échantillon de 40 médecins urgentistes a montré que trois capacités cognitives (la

vitesse de traitement, la capacité en mémoire de travail et le raisonnement perceptif) étaient significativement altérées après une vacation de 24 heures incluant une nuit, alors qu'elles n'étaient pas significativement altérées après une vacation de 14 heures de nuit. (24) Ces résultats sont concordants avec une étude récente rapportant que les médecins ($n = 34$) faisaient plus d'erreurs au test de mémoire visuelle après une vacation prolongée de 24 heures. (25)

c. Santé des soignants

Comme nous venons de le voir, le travail posté et les vacations prolongées ont des répercussions sur la pratique médicale. Or les médecins ne semblent pas capables d'auto-évaluer leur état de fatigue de manière fiable et donc les conséquences pour les patients et eux-mêmes. (21) En effet, les vacations prolongées de 24 heures augmentaient le risque d'accident de la route sur un échantillon de plus de 2700 internes américains. (26) Certaines études ont même montré un comportement des soignants après une nuit de garde comparable à celui sous l'emprise d'alcool. (27,28)

De plus, la fatigue liée au travail a un impact sur le bien-être des urgentistes et sur leur humeur. Elle est responsable d'un climat d'insatisfaction liée au travail et d'arrêt prématuré de leur carrière aux urgences. (29) Les vacations prolongées seraient également responsables de complications somatiques comme des troubles du sommeil et des arythmies. (30,31) Chez les médecins urgentistes, plusieurs travaux y compris français ont montré que le syndrome d'épuisement au travail était plus fréquent que dans les autres spécialités. (32,33)

3. Justification de l'étude

La durée des vacations de 24 heures aux urgences est largement remise en cause. (34) Le travail posté est une nécessité en médecine d'urgence. D'après la littérature, les vacations

prolongées de 24 heures incluant une période de nuit altèrent les capacités cognitives des médecins. (20,24) Cependant il n'est pas possible d'extrapoler ces résultats aux performances cliniques, même si les capacités cognitives comme la vitesse de traitement de l'information, la capacité en mémoire de travail, le raisonnement perceptif et la mémoire visuelle sont utilisées dans la pratique de la médecine d'urgence. Or il n'existe pas de test clinique validé permettant d'évaluer les performances cliniques des médecins aux urgences.

4. Objectif

L'objectif principal de cette étude était de développer un test standardisé évaluant les performances cliniques des médecins urgentistes selon la durée des vacations et de le valider à partir d'un échantillon de médecins urgentistes en condition de repos.

MATERIEL ET METHODES

1. Schéma d'étude

Etude prospective descriptive comportant deux phases : une phase de développement dans le SU de l'Hôpital Nord – Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille d'octobre 2018 à mars 2019 et une phase de validation incluant des médecins du Centre Hospitalier Henri Duffaut à Avignon d'avril à juin 2019.

2. Phase de développement

Le développement du test clinique a été conduit à partir d'un groupe d'experts d'octobre 2018 à mars 2019. Le groupe d'experts était composé de trois médecins, un médecin réanimateur, un médecin urgentiste et une interne en médecine d'urgence, ainsi que d'un psychologue clinicien exerçant en réanimation.

Afin de développer le test, trois cas cliniques (A, B et C) ont été élaborés. L'objectif de ces cas était d'évaluer les conséquences de la fatigue induite par la durée des vacations sur les performances cliniques des médecins aux urgences. Trois cas étaient nécessaires afin de pouvoir évaluer et comparer les performances selon trois conditions à la fin de notre étude: en condition de repos, après une vacation de nuit de 14 heures et après une vacation de 24 heures. Chaque médecin devait élaborer un cas assorti d'un questionnaire, puis chaque cas était relu et corrigé par les trois autres experts.

Les cas cliniques étaient standardisés sur le fond et sur la forme afin de garantir la comparabilité entre les cas. Concernant le fond, les cas cliniques correspondaient à des situations cliniques rencontrées habituellement dans les SU, sans faire appel aux connaissances des participants afin d'évaluer l'effet propre de la durée des vacations. Ils contenaient des données cliniques et para-cliniques. Concernant la forme, chaque énoncé des

cas devait avoir une taille de cinq cents mots (+/- 25). Le questionnaire relatif à chaque cas était composé de cinquante questions, binaire et à choix multiples, relatives aux données du cas. Après une première série de trente questions, un énoncé relatif à un autre patient représentant une tâche intercurrente était proposé. Ensuite le questionnaire se poursuivait avec des questions relatives à l'énoncé du cas et de la tâche intercurrente (Annexe 1 à 3).

A la fin du questionnaire, une série de quinze questions d'ordre démographique était posée aux participants: âge, sexe, statut (interne ou sénior), année d'internat ou d'exercice, situation matrimoniale, nombre d'enfants, tabagisme, date de la dernière vacation de nuit. Puis trois dernières questions étaient relatives à l'auto-évaluation de l'état de fatigue, de la quantité de sommeil et de l'humeur (échelle de Likert).

3. Phase de validation

a. Population étudiée

Les participants à la phase de validation ont été recrutés au sein du Centre Hospitalier Henri Duffaut (Avignon) sur la base du volontariat lors de deux sessions séquentielles sur une période de trois mois : première inclusion du 1^{er} avril au 15 mai 2019 et deuxième inclusion du 16 mai au 30 juin 2019. La participation était anonyme.

Les critères d'inclusion des participants étaient d'être médecin urgentiste sénior en activité ou être interne en médecine d'urgence / générale et avoir validé un semestre dans un SU adulte.

Le critère d'exclusion était d'être de repos de garde le jour de la réalisation du test. La participation à la première inclusion excluait la participation à la deuxième.

b. Modalités d'évaluation des participants

Chaque participant réalisait les trois cas A, B et C, à raison d'un cas par jour, durant une période de dix jours. L'évaluation des participants était conduite par le même examinateur,

après information sur l'étude et recueil du consentement. L'évaluation avait lieu le matin après une nuit de repos dans une pièce au calme, soit au domicile du participant, soit sur son lieu de travail.

Un support informatique était utilisé afin d'évaluer les participants à partir d'un questionnaire en ligne chronométré, nommé « Eval&GO ». Le test débutait par des consignes expliquant le déroulement de l'évaluation en temps limité, l'impossibilité de retour en arrière (défilement automatique des pages) et l'interdiction de prise de notes. Puis l'énoncé du cas était disponible pendant un temps limité à cinq minutes suivi des cinquante questions. Les participants avaient quinze secondes pour répondre à chaque question. En l'absence de réponse à l'issue des quinze secondes, la question suivante apparaissait automatiquement (la note à la question était égale à zéro). L'énoncé relatif à la tâche intercurrente était disponible pendant une minute et trente secondes. La réponse à l'ensemble des questions était obligatoire. Chaque question était notée sur un point. Le score global était transformé en une note sur vingt.

A la fin de chaque évaluation, l'examineur recueillait les commentaires des participants sur la faisabilité et la difficulté.

c. Déroulement des inclusions

Lors de la première inclusion, l'ordre d'administration des cas était randomisé suivant trois séquences (A-B-C, B-C-A et C-A-B).

A la fin de la première inclusion, la difficulté (sensibilité) du test était analysée via le score global à chaque cas et le score à chacune des questions. Les commentaires des participants étaient également inclus dans cette analyse. Plusieurs modifications ont été envisagées par le groupe d'experts afin d'adapter la sensibilité du test: diminution ou augmentation de la vitesse d'administration du test et ajout, suppression ou modifications de questions selon le

pourcentage de réussite à chaque question afin de limiter l'effet plancher ou l'effet plafond.

La deuxième inclusion avait pour objectif de valider les modifications réalisées à l'issue de la première inclusion.

4. Analyse statistique

Les variables quantitatives étaient résumées par la médiane et leur distribution par l'intervalle défini par le 25^e et le 75^e percentile. Les variables qualitatives étaient décrites par leurs effectifs et pourcentages. Les tests statistiques utilisés étaient non paramétriques compte tenu de la taille de l'échantillon inférieure à trente sujets.

Les caractéristiques des participants de la première et de la deuxième inclusion ont été comparées par un test de Mann-Whitney (variables quantitatives) et par un test exact de Fisher (variables qualitatives). A la fin de la première inclusion, l'analyse de la comparabilité entre les cas A, B et C a été effectuée par un test de Wilcoxon, équivalent non paramétrique d'un test de mesures répétées. Après la deuxième inclusion, l'effet des modifications réalisées entre les deux inclusions a été analysé par un test de Mann-Whitney. Une association statistique était considérée significative si $p < 0.05$. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel IBM SPSS Statistics version 20.

RESULTATS

1. Diagramme de flux

Sur vingt-quatre participants inclus, vingt participants ont été analysés en raison de quatre participants n'ayant pas réalisés l'ensemble des trois cas. La figure 2 représente le diagramme de flux de l'étude.

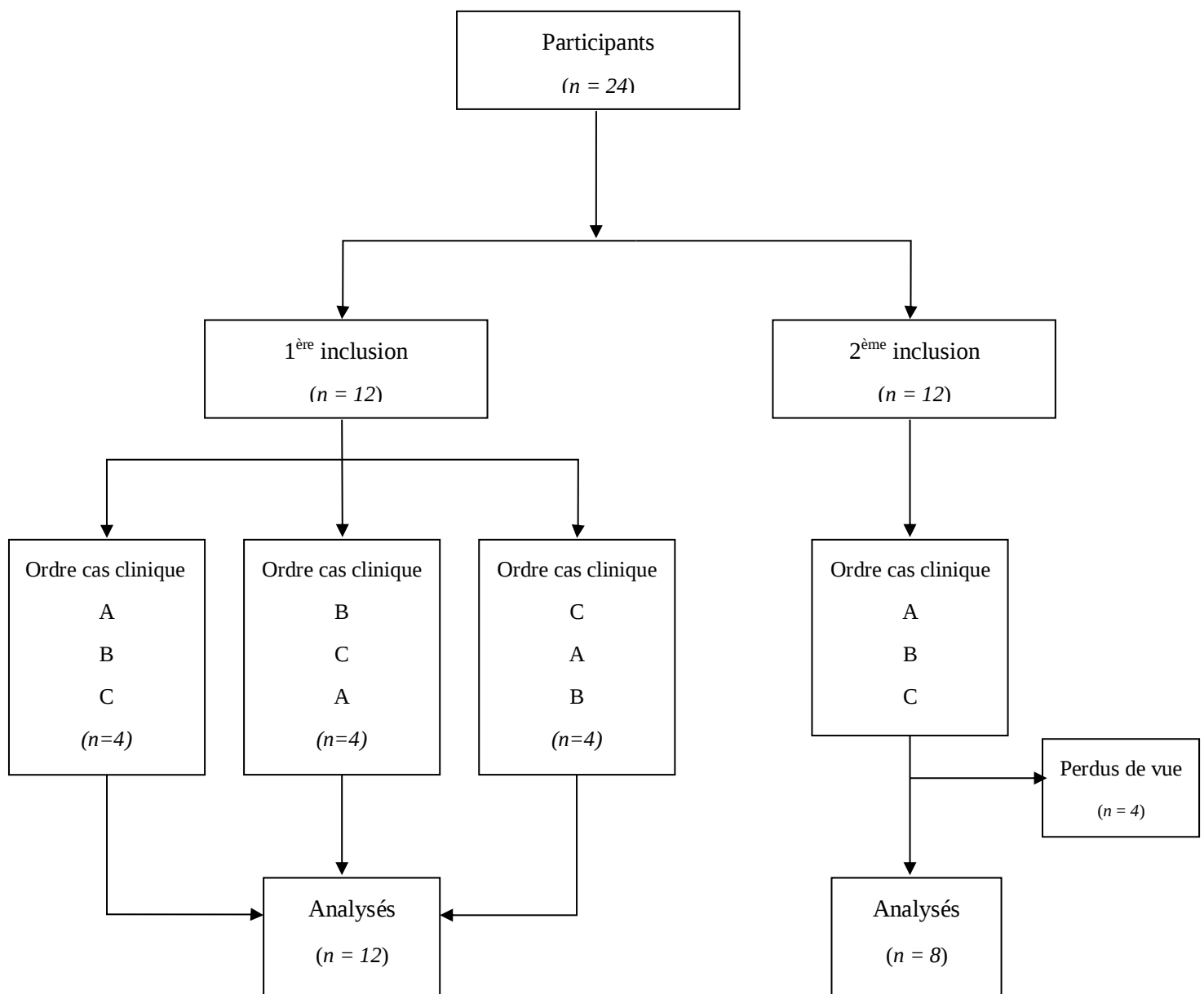


Figure 2 : Diagramme de flux des participants

2. Caractéristiques de la population

Chez les 20 participants inclus, l'âge médian (25^e p.-75^e p.) était de 28 (27-33) ans et le sex ratio était de 1:1. Les caractéristiques des participants sont décrites dans le tableau 1.

	1 ^{ère} Inclusion (N = 12)	2 ^e Inclusion (N = 8)	p	Total (N = 20)
Age, médiane (25^ep – 75^ep)	28 (27-33)	28 (27-32)	0.910	
Sexe féminin, % (n)	50 (6)	50 (4)	1	10 (50)
Situation matrimoniale, % (n)				
Célibataire	50 (6)	62.5 (5)	0.670	55 (11)
Concubinage, marié, PACS	50 (6)	37.5 (3)		45 (9)
Parent d'un enfant, % (n)	8.3 (1)	12.5 (1)	1	10 (2)
Tabagisme actif, % (n)	41.7 (5)	37.5 (3)	1	40 (8)
Statut, % (n)				
Senior	50 (6)	25 (2)	0.373	40 (8)
Interne	50 (6)	75 (6)		60 (12)
Gardes^a, médiane (25^ep – 75^ep)	5 (6-7)	3 (1-4)	0.003	5 (3-6)
Vacation la veille du test, % (n)				
Cas A	25 (3)	50 (4)	0.356	35 (7)
Cas B	25 (3)	75 (6)	0.065	45 (9)
Cas C	17 (2)	50 (4)	0.161	30 (6)
Fatigue^b, médiane (25^ep – 75^ep)				
Cas A	5 (3-7)	3 (2-6)	0.592	5 (3-6)
Cas B	6 (5-8)	3 (2-5)	0.082	5 (3-8)
Cas C	3 (2-7)	3 (0-5)	0.238	3 (2-7)
Sommeil^c, médiane (25^ep – 75^ep)				
Cas A	6 (3-8)	6 (3-7)	0.860	6 (3-8)
Cas B	3 (3-6)	6 (4-8)	0.109	4 (3-7)
Cas C	6 (3-8)	8 (5-10)	0.274	7 (3-9)
Humeur^d, médiane (25^ep – 75^ep)				
Cas A	5 (5-5)	7.5 (5-7.5)	0.075	5 (5-7.5)
Cas B	5 (5-5)	6.3 (5-7.5)	0.310	5 (5-7.5)
Cas C	5 (5-6.3)	6.3 (5-7.5)	0.502	5 (5-7.5)

a nombre de garde par mois

b évaluation de la fatigue sur une échelle de 0 à 10 points (0 = absence de fatigue, 10 = extrêmement fatigué)

c évaluation de la quantité de sommeil la nuit précédente sur une échelle de 0 à 10 points (0 = non suffisante, 10 = très suffisante)

d évaluation de l'humeur sur une échelle de 0 à 10 points (0 = très mauvaise, 10 = très bonne)

Tableau 1: Caractéristiques des participants (N = 20)

Concernant le statut, 60% des participants étaient des internes. Cependant lors de la deuxième inclusion, seulement 25% des participants étaient des séniors mais il n'y avait pas de différence significative entre les deux inclusions ($p = 0.670$).

Dans le sous-groupe des séniors ($n = 8$), 62.5% ($n = 5$) exerçaient depuis moins de 5 ans. Chez les internes ($n = 12$), aucun interne n'était en première année d'internat, 42% ($n = 5$) étaient en deuxième année et 58% ($n = 7$) étaient en troisième année.

Seul le nombre de garde par mois était significativement différent entre les participants des deux inclusions, avec une médiane supérieure lors de la première inclusion ($p = 0.003$).

3. Résultats des participants aux cas cliniques

La figure 3 décrit les résultats de chacun des 20 participants aux trois cas cliniques.

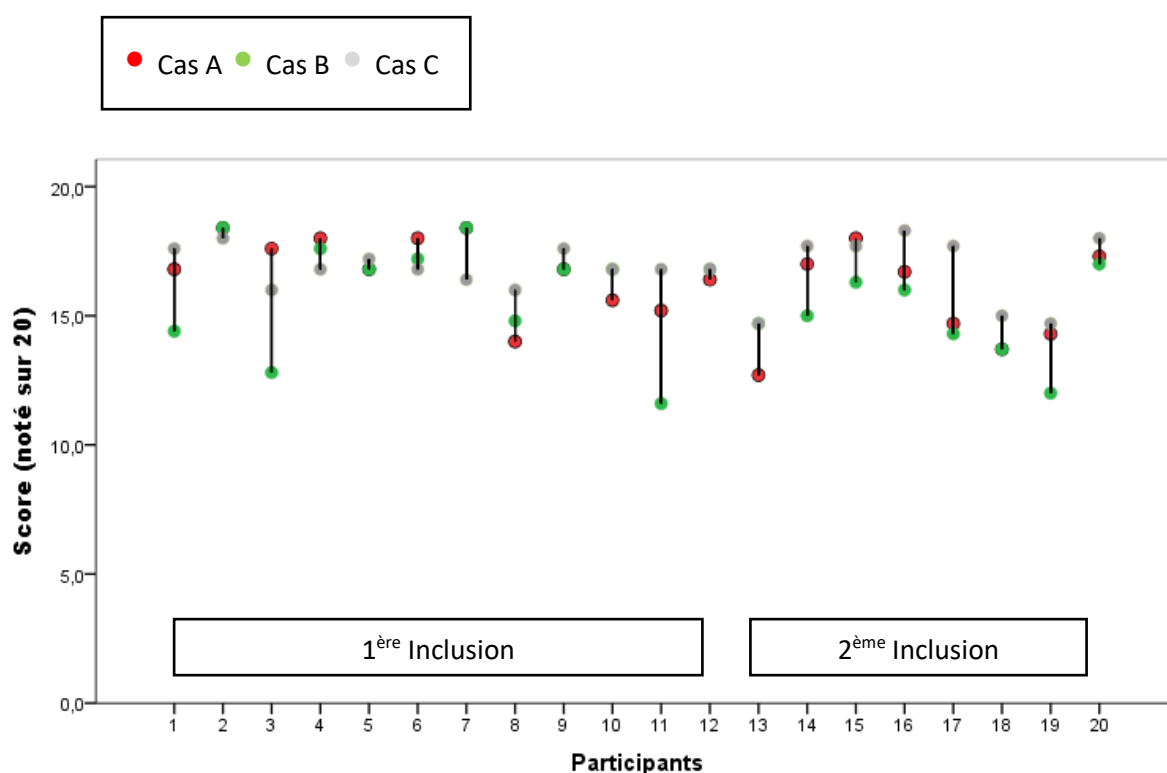
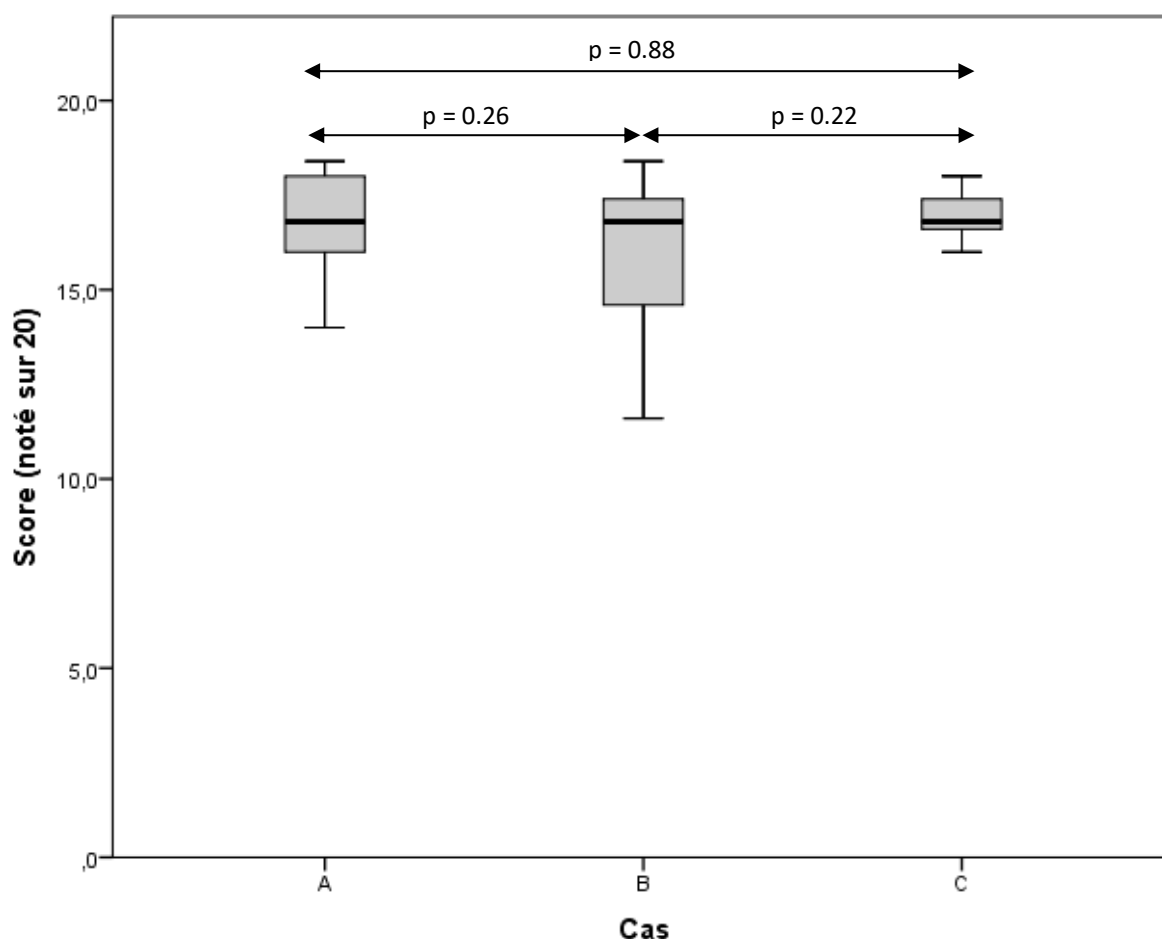


Figure 3 : Distribution des résultats des cas cliniques de chacun des 20 participants (diagramme en cascade).

Nous pouvons observer que les scores des participants étaient majoritairement supérieurs ou égaux à 15. Lors de la deuxième inclusion, la distribution intra-individuelle des scores des participants était plus homogène.

a. Première inclusion

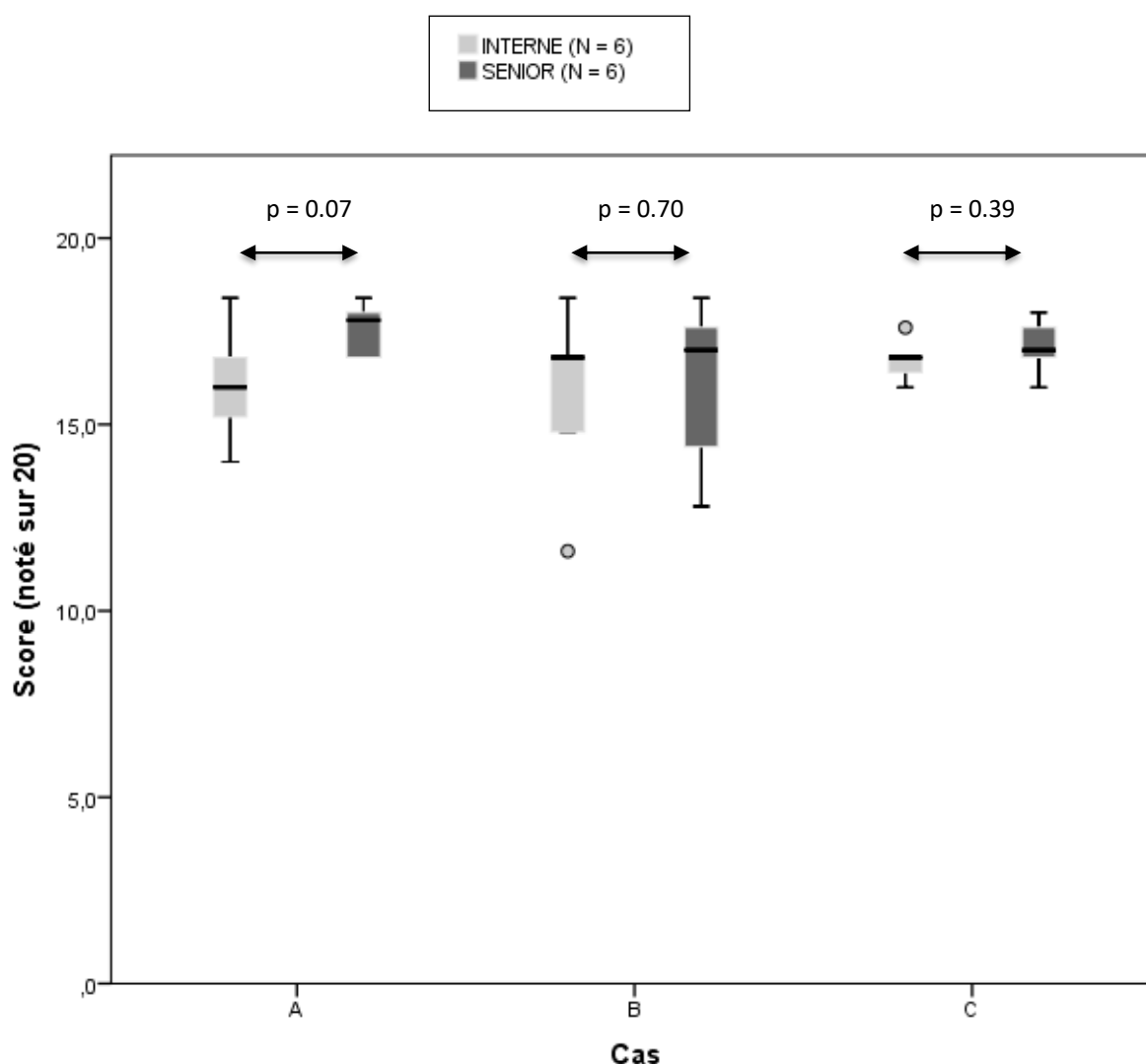
Lors de la première inclusion, les scores médians (25^e p-75^e p) des trois cas cliniques étaient respectivement de 16.8 (15.8-18) pour le cas A, de 16.8 (14.5-17.5) pour le cas B et de 16.8 (16.5-17.5) pour le cas C. Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les scores des trois cas. La figure 4 décrit la distribution des scores de chaque cas.



La valeur centrale du graphique est la médiane (il existe autant de valeurs supérieures qu'inférieures à cette valeur dans l'échantillon).
 Les bords du rectangle sont les quartiles (Pour le bord inférieur, un quart des observations ont des valeurs plus petites et trois quart ont des valeurs plus grandes, le bord supérieur suit le même raisonnement).
 Les extrémités des moustaches sont calculées en utilisant 1.5 fois l'espace interquartile (la distance entre le 1^{er} et le 3^{ème} quartile).

Figure 4 : Distribution des scores par cas des 12 participants de la 1^{ère} inclusion (boîtes à moustache).

Lorsque les scores des cas étaient comparés selon le statut, il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les séniors et les internes. Cependant le score des séniors était supérieur à celui des internes avec respectivement pour les séniors et les internes : 17.8 (16.8-18) versus 16 (15.2-16.8) pour le cas A ($p = 0.07$), 17 (14.4-17.6) versus 16.8 (14.8-16.8) pour le cas B ($p = 0.70$) et 17 (16.8-17.6) versus 16.8 (16.4-16.8) pour le cas C ($p = 0.39$). La figure 5 représente la distribution des scores selon le statut.

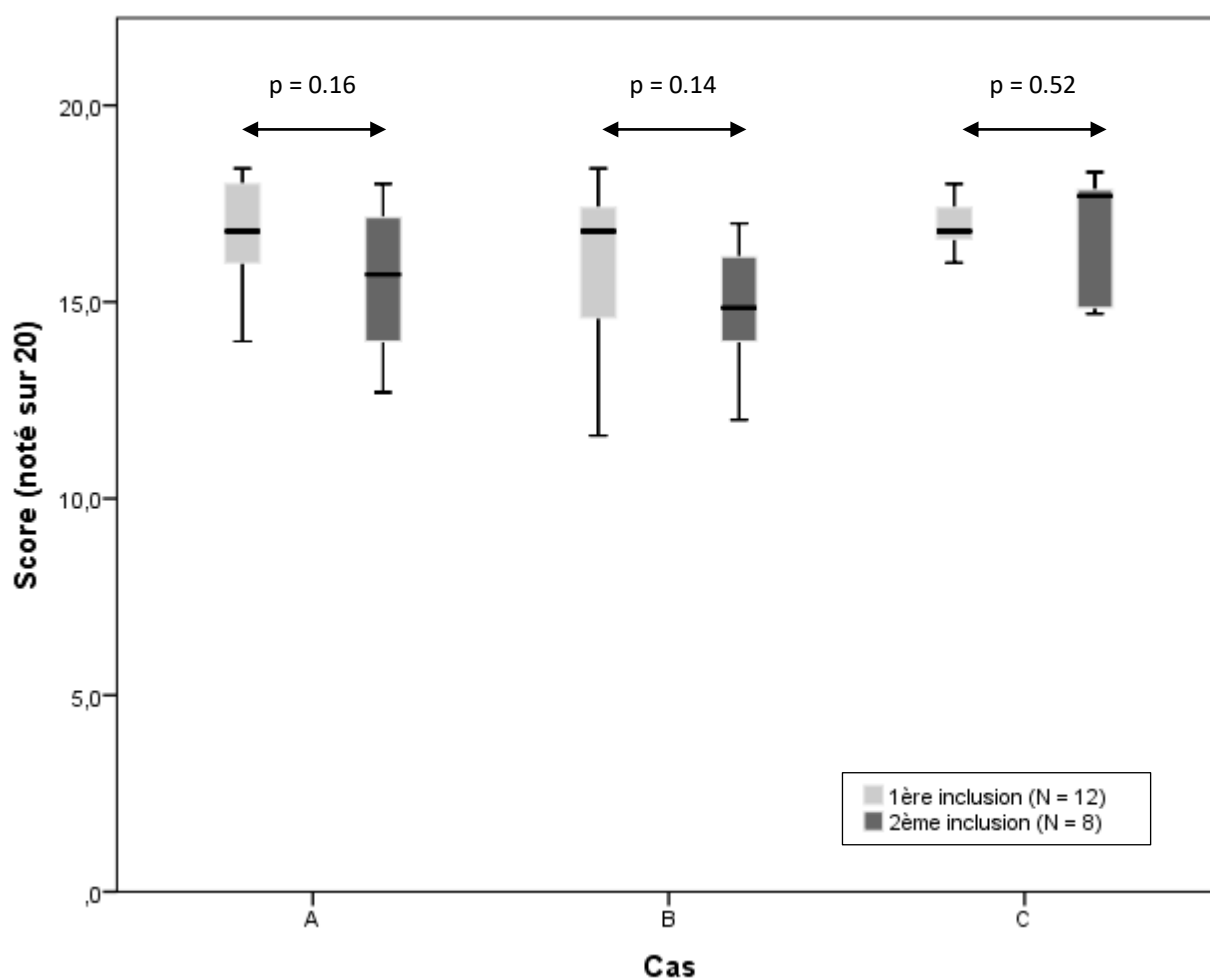


La valeur centrale du graphique est la médiane (il existe autant de valeurs supérieures qu'inférieures à cette valeur dans l'échantillon).
 Les bords du rectangle sont les quartiles (Pour le bord inférieur, un quart des observations ont des valeurs plus petites et trois quart ont des valeurs plus grandes, le bord supérieur suit le même raisonnement).
 Les extrémités des moustaches sont calculées en utilisant 1.5 fois l'espace interquartile (la distance entre le 1er et le 3ème quartile).

Figure 5 : Distribution des scores par cas en fonction du statut lors de la 1^{ère} inclusion (boîtes à moustache).

b. Deuxième inclusion

Suite à l'analyse des commentaires et des résultats des participants de la première inclusion, deux modifications ont été effectuées pour chacun des cas afin d'affiner la sensibilité. Premièrement, le temps disponible pour la lecture de l'énoncé des cas a été diminué ainsi que celui de la tâche intercurrente, soit respectivement à trois minutes et trente secondes versus cinq minutes initialement et à une minute versus une minute et trente secondes.



La valeur centrale du graphique est la médiane (il existe autant de valeurs supérieures qu'inférieures à cette valeur dans l'échantillon).
Les bords du rectangle sont les quartiles (Pour le bord inférieur, un quart des observations ont des valeurs plus petites et trois quart ont des valeurs plus grandes, le bord supérieur suit le même raisonnement).
Les extrémités des moustaches sont calculées en utilisant 1.5 fois l'espace interquartile (la distance entre le 1er et le 3ème quartile).

Figure 6 : Distribution des scores par cas en fonction de l'inclusion (boîtes à moustache).

Deuxièmement, dix questions ont été ajoutées à la suite des cinquante questions initiales pour chaque cas. Il s'agissait de dix questions auxquelles le participant avait déjà répondu entre la question 1 et 20. Ces questions ont été sélectionnées aléatoirement et ont été posées de nouveau à la fin du questionnaire pour évaluer le rappel différé.

La figure 6 représente la distribution des scores après les deux inclusions. Après modifications des cas, on observait une tendance à la diminution des scores médians pour les cas A et B, soit respectivement entre la première et la deuxième inclusion : 16.8 (15.8-18) versus 15.7 (14-17.2) pour le cas A ($p = 0.16$) et 16.8 (14.5-17.5) versus 14.9 (14-16.2) pour le cas B ($p = 0.14$). Pour le cas C, le score médian était augmenté entre la première et deuxième inclusion (16.8 (16.5-17.5) versus 17.7 (14.9-17.9) ; $p = 0.52$). Cependant on observait une distribution plus importante des scores lors de la deuxième inclusion.

DISCUSSION

1. Méthode d'évaluation

Dans cette étude, notre objectif était de développer et de valider un test clinique capable d'évaluer les performances cliniques des médecins aux urgences selon la durée des vacations. Nous avons choisi cette méthodologie car il n'existe pas de méthode de référence dans la littérature.

Une méthodologie envisagée était l'évaluation in vivo des médecins mais cela pose des problèmes de faisabilité. D'une part, il ne semble pas possible de définir un critère de jugement fiable et reproductible d'évaluation des performances cliniques indépendamment des connaissances. D'autre part, ce type d'étude nécessiterait une hétéro-évaluation par une tierce personne, ce qui ne serait pas faisable en termes de ressources humaines et financières.

La simulation haute-fidélité à partir de scénarios cliniques est probablement la méthode la plus proche de l'évaluation in vivo mais soulève également une problématique de faisabilité liée au matériel requis très coûteux et non mobilisable pour une étude multi-centrique. Dans la littérature, certaines études ont évalué le lien entre erreur médicale et durée des vacations.⁽¹⁷⁾ Cependant ce critère de jugement est critiquable car il ne reflète pas l'exercice médical dans sa globalité. D'autres travaux ont utilisés les capacités cognitives comme critère de jugement, mettant en évidence une altération des capacités cognitives lors de vacations prolongées de 24 heures en réanimation et aux urgences. (21,23,24) Si cette méthodologie est fiable, validée et reproductible, la principale limite évoquée est l'extrapolation de l'altération cognitive à l'altération clinique des cliniciens.

De ce fait nous avons développé un test d'évaluation des performances cliniques basé sur ces différentes méthodologies. Ce test clinique a été élaboré par un groupe d'experts comprenant

trois médecins et un psychologue. Il s'inspirait du modèle des scénarios utilisés en simulation et mettait en œuvre les capacités cognitives utilisées lors de l'exercice dans un SU : mémoire à court terme et différée, mémoire visuelle et gestion simultanée de plusieurs patients. Ce test clinique était composé de trois cas cliniques, assortis d'un questionnaire relatif à chaque cas, afin de pouvoir évaluer les médecins selon la durée des vacations : au repos, après une vacation de nuit et après une vacation de 24 heures consécutives.

2. Validation du test

Pour valider ce test, les cas cliniques ont été administrés à un échantillon de 20 participants, composé de médecins urgentistes et d'internes avec une expérience en médecine d'urgence, selon deux inclusions consécutives. Les caractéristiques des participants de la première et de la deuxième inclusion étaient comparables.

Lors de la première inclusion, nos résultats montrent qu'il existait une comparabilité entre les trois cas. En effet, nous n'avons pas mis en évidence de différence entre les scores des participants aux trois cas. De plus, le score médian pour les trois cas était de 16.8 en condition de repos. Or il était attendu par le groupe d'experts que ce score soit aux alentours de 15 en condition de repos afin de pouvoir détecter les variations relatives à l'effet de la durée des vacations. Concernant l'influence du statut, nous avons mis en évidence qu'il n'existait pas de différence significative entre les scores des seniors et des internes. Ces résultats sont concordants avec ceux de l'étude prospective publiée en 2017, qui ne montrait pas d'influence du statut sur les capacités cognitives en condition de repos hormis pour le raisonnement perceptif. (24)

Cependant les commentaires des participants de la première inclusion et l'analyse des résultats suggéraient la nécessité d'améliorer la sensibilité du test en augmentant la difficulté.

De ce fait le temps imparti pour la lecture des énoncés a été diminué et dix questions dites de rappel différé ont été ajoutées à chacun des questionnaires.

Lors de la deuxième inclusion, ces modifications ont eu l'effet attendu pour le cas A et le cas B avec une tendance à la diminution du score médian de ces cas par rapport à la première inclusion. Par contre, le score médian pour le cas C était supérieur à celui de la première inclusion même si l'on observait une augmentation de la distribution des scores entre les deux inclusions. Il semblerait donc nécessaire de modifier certaines questions du cas C afin d'augmenter sa sensibilité, en sélectionnant les questions dont le taux de bonnes réponses était de 100% chez l'ensemble des participants inclus.

3. Limites

Notre étude comportait certaines limites. Premièrement, la taille de l'effectif était limitée. En effet, notre objectif dans cette étude était de développer et de valider un test standardisé afin d'évaluer les performances cliniques des urgentistes selon la durée des vacations dans une future étude. Or les sujets inclus à la phase de validation ne pourront pas participer à ce futur projet d'étude, ce qui nous a obligé à limiter le nombre de participants. Cependant, dans la littérature beaucoup d'études menées aux urgences sur ce sujet portent sur des effectifs de petites tailles, comme celles de Rollinson et al. (n=13) et Machi et al. (n=13). (22,23)

Deuxièmement, l'inclusion des participants se faisait sur la base du volontariat après présentation du protocole, ce qui a pu entraîner un biais de recrutement. En effet, nous pouvons supposer que les participants étaient sensibilisés à la problématique de la durée des vacations aux urgences puisqu'ils ont accepté de participer à notre étude. Cependant les convictions des participants n'ont pas pu influencer leurs performances en condition de repos, ce qui ne remet pas en cause nos résultats.

Troisièmement, la séquence d'administration des cas n'était pas randomisée lors de la deuxième inclusion, ce qui a pu engendrer un biais de mesure. En effet, la séquence d'administration des cas était randomisée lors de la première inclusion car l'objectif était d'évaluer la comparabilité entre les cas. L'absence de randomisation lors de la deuxième inclusion a donc pu entraîner un effet d'apprentissage expliquant l'augmentation du score médian au cas C lors de la deuxième inclusion. Mais l'objectif de la deuxième inclusion était différent car il visait à comparer l'effet des modifications entre les deux inclusions, ce pourquoi nous n'avons pas jugé nécessaire de randomiser la séquence. Cependant les résultats des participants au cas C montrent que les modifications réalisées ont tout de même eu un effet compte tenu de l'augmentation de la distribution des scores, ce qui ne remet pas en cause nos résultats.

4. Implications

Les implications de cette étude s'intègrent dans une problématique relative aux conséquences pour les patients et les urgentistes de l'organisation du temps de travail dans les SU, notamment de la durée des vacations et du travail de nuit. C'est un débat qui soulève toujours la controverse.

D'une part, il existe toujours des partisans en faveur des vacations de 24 heures. Par exemple, un des arguments est que l'arrêt des vacations de 24 heures nécessiterait une présence plus importante dans le service, ce qui augmenterait le nombre et la durée de trajets. Les conséquences de cette augmentation du temps de trajet peuvent être significatives, notamment en zone rurale. (35) Cet exemple nous montre que l'organisation du temps de travail et sa planification est liée aux convenances et à la situation personnelle de chacun, comme la vie de couple, le nombre d'enfant et la distance domicile - lieu de travail. Cependant il ne faut pas sous-estimer les effets de la fatigue aigue mais surtout chronique sur la vie personnelle des

urgentistes. Il est montré que l'insatisfaction professionnelle, le syndrome d'épuisement professionnel et l'abandon prématuré de la spécialité sont une réalité chez les médecins urgentistes. (32,33,36)

Un autre argument concerne l'impact sur les patients de l'augmentation des relèves médicales secondaire à une limitation de la durée des vacations. Denson et al. ont montré que la mortalité intra-hospitalière était significativement augmentée en cas de prise en charge par plusieurs médecins lors de relèves dans des services de médecine interne. (37) Cependant ces résultats ne semblent pas extrapolables aux SU. Dans une étude française, le taux d'effets indésirables était diminué lorsque plusieurs médecins prenaient en charge le même patient. (38) Cela s'explique probablement par les spécificités du fonctionnement des SU, comme le nombre très variable de patients par médecin et les interruptions de tâches multiples, qui exposent plus les urgentistes aux erreurs médicales.

De notre point de vue, la durée des vacations de 24 heures est à remettre en cause dans les SU. Si les données de la littérature restent discordantes, plusieurs études suggèrent que les vacations de 24 heures pourraient altérer la sécurité et la qualité des soins chez les patients. Afin d'apporter de nouvelles preuves scientifiques, notre futur projet d'étude consistera à évaluer et comparer les performances cliniques des médecins urgentistes en condition de repos, après une vacation de nuit de 14 heures et après une vacation de 24 heures consécutives. La méthodologie reposera sur l'utilisation du test clinique développé dans ce travail afin de mesurer de manière fiable, valide et reproductible les performances cliniques des médecins urgentistes lors d'une étude prospective, multi-centrique, randomisée en cross-over.

Au-delà de la durée des vacations, d'autres pistes sont à considérer car le travail de nuit restera une obligation. En laboratoire, les siestes améliorent les performances cognitives, la vigilance ainsi que l'humeur et cela de façon plus efficace que la caféine. (39,40) Les

bienfaits des siestes sont déjà mises à profit dans l'aviation et semblent prometteuses pour les médecins des SU. (41,42) En effet, des siestes courtes sur le lieu de travail diminuent la fatigue aigue du personnel. Il reste à déterminer leur durée, leur lieu dédié ainsi que leur intégration dans les plannings, afin de les mettre à profit tout en limitant l'inertie du réveil. (35,41)

CONCLUSION

En France, l'activité des SU est en augmentation depuis 20 ans. Les SU sont un maillon essentiel de la PDS, impliquant pour les équipes médicales une organisation du travail spécifique de type posté. Malgré l'instruction de juillet 2015 qui limite le travail des urgentistes à 48 heures hebdomadaires, la loi autorise toujours les médecins à travailler 24 heures consécutives.

Or le travail posté incluant les vacations prolongées de 24 heures est responsable de fatigue aigue et chronique chez les médecins urgentistes. Cette fatigue a des répercussions somatiques, psychologiques et altère les capacités cognitives des médecins urgentistes, ce qui pourrait compromettre la qualité et la sécurité des soins des patients ainsi que le bien-être des médecins urgentistes.

Cette étude a permis le développement par un groupe d'experts d'un test d'évaluation standardisé, fiable et reproductible, des performances cliniques, qui a été validé sur un échantillon de médecins urgentistes.

Ainsi ce test d'évaluation permettra d'évaluer et de comparer les performances cliniques des médecins urgentistes selon la durée des vacations (en condition de repos, après une vacation de nuit de 14 heures et après une vacation de 24 heures consécutives) lors d'une étude prospective, multi-centrique, randomisée en cross-over.

REFERENCES

1. Panorama de la DREES, ministère des solidarités et de la santé, ministère du travail, ministère de l'action et des comptes publics. Les établissements de santé. 2019.
2. Fédérations des Observatoires Régionaux des Urgences. Panorama des ORU activité des structures d'urgence 2017. 2017.
3. Niska R, Bhuiya F, Xu J. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2007 emergency department summary. Natl Health Stat Report. 6 août 2010;(26):1-31.
4. Code de la Santé Publique. article L.6314-1 de la loi HPST du 21 juillet 2009. juill 21, 2009.
5. Observatoire Régional des Urgences PACA. Panorama de l'organisation des services d'urgence 2017. 2017.
6. SAMU-Urgences de France. Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence (Samu, Smur, Service des Urgences, UHCD). 2011 nov.
7. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. INSTRUCTION N° DGOS/RH4/2015/234. juill 10, 2015.
8. Nasca TJ, Day SH, Amis ES, ACGME Duty Hour Task Force. The new recommendations on duty hours from the ACGME Task Force. N Engl J Med. 8 juill 2010;363(2):e3.
9. Winget CM, DeRoshia CW, Markley CL, Holley DC. A review of human physiological and performance changes associated with desynchronization of biological rhythms. Aviat Space Environ Med. déc 1984;55(12):1085-96.
10. Boivin DB, Boudreau P. Impacts of shift work on sleep and circadian rhythms. Pathol Biol. oct 2014;62(5):292-301.
11. Kuhn G. Circadian rhythm, shift work, and emergency medicine. Ann Emerg Med. janv 2001;37(1):88-98.
12. Spiegel K, Leproult R, Van Cauter E. Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function. Lancet. 23 oct 1999;354(9188):1435-9.
13. Xie L, Kang H, Xu Q, Chen MJ, Liao Y, Thiagarajan M, et al. Sleep drives metabolite clearance from the adult brain. Science. 18 oct 2013;342(6156):373-7.
14. Hobson JA. Sleep is of the brain, by the brain and for the brain. Nature. 27 oct 2005;437(7063):1254-6.

15. Belenky G, Wesensten NJ, Thorne DR, Thomas ML, Sing HC, Redmond DP, et al. Patterns of performance degradation and restoration during sleep restriction and subsequent recovery: a sleep dose-response study. *J Sleep Res.* mars 2003;12(1):1-12.
16. Asch DA, Parker RM. The Libby Zion case. One step forward or two steps backward? *N Engl J Med.* 24 mars 1988;318(12):771-5.
17. Barger LK, Ayas NT, Cade BE, Cronin JW, Rosner B, Speizer FE, et al. Impact of extended-duration shifts on medical errors, adverse events, and attentional failures. *PLoS Med.* déc 2006;3(12):e487.
18. Parshuram CS, Amaral ACKB, Ferguson ND, Baker GR, Etchells EE, Flintoft V, et al. Patient safety, resident well-being and continuity of care with different resident duty schedules in the intensive care unit: a randomized trial. *CMAJ.* 17 mars 2015;187(5):321-9.
19. Sharpe R, Koval V, Ronco JJ, Qayumi K, Dodek P, Wong H, et al. The impact of prolonged continuous wakefulness on resident clinical performance in the intensive care unit: a patient simulator study. *Crit Care Med.* mars 2010;38(3):766-70.
20. Philibert I. Sleep loss and performance in residents and nonphysicians: a meta-analytic examination. *Sleep.* nov 2005;28(11):1392-402.
21. Maltese F, Adda M, Bablon A, Hraeich S, Guervilly C, Lehingue S, et al. Night shift decreases cognitive performance of ICU physicians. *Intensive Care Med.* mars 2016;42(3):393-400.
22. Rollinson DC, Rathlev NK, Moss M, Killiany R, Sassower KC, Auerbach S, et al. The effects of consecutive night shifts on neuropsychological performance of interns in the emergency department: a pilot study. *Ann Emerg Med.* mars 2003;41(3):400-6.
23. Machi MS, Staum M, Callaway CW, Moore C, Jeong K, Suyama J, et al. The relationship between shift work, sleep, and cognition in career emergency physicians. *Acad Emerg Med.* janv 2012;19(1):85-91.
24. Persico N, Maltese F, Ferrigno C, Bablon A, Marmillot C, Papazian L, et al. Influence of Shift Duration on Cognitive Performance of Emergency Physicians: A Prospective Cross-Sectional Study. *Ann Emerg Med.* 23 nov 2017;
25. Osterode W, Schranz S, Jordakieva G. Effects of night shift on the cognitive load of physicians and urinary steroid hormone profiles - a randomized crossover trial. *Chronobiol Int.* 2018;35(7):946-58.
26. Barger LK, Cade BE, Ayas NT, Cronin JW, Rosner B, Speizer FE, et al. Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns. *N Engl J Med.* 13 janv 2005;352(2):125-34.
27. Arnedt JT, Owens J, Crouch M, Stahl J, Carskadon MA. Neurobehavioral performance of residents after heavy night call vs after alcohol ingestion. *JAMA.* 7 sept 2005;294(9):1025-33.

28. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*. 17 juill 1997;388(6639):235.
29. Smith-Coggins R, Broderick KB, Marco CA. Night shifts in emergency medicine: the american board of emergency medicine longitudinal study of emergency physicians. *J Emerg Med*. sept 2014;47(3):372-8.
30. Parshuram CS, Dhanani S, Kirsh JA, Cox PN. Fellowship training, workload, fatigue and physical stress: a prospective observational study. *CMAJ*. 16 mars 2004;170(6):965-70.
31. Veasey S, Rosen R, Barzansky B, Rosen I, Owens J. Sleep loss and fatigue in residency training: a reappraisal. *JAMA*. 4 sept 2002;288(9):1116-24.
32. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 01 2019;246:132-47.
33. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Satele DV, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc*. sept 2019;94(9):1681-94.
34. Patterson PD, Runyon MS, Higgins JS, Weaver MD, Teasley EM, Kroemer AJ, et al. Shorter Versus Longer Shift Durations to Mitigate Fatigue and Fatigue-Related Risks in Emergency Medical Services Personnel and Related Shift Workers: A Systematic Review. *Prehosp Emerg Care*. 15 févr 2018;22(sup1):28-36.
35. Patterson PD, Higgins JS, Van Dongen HPA, Buysse DJ, Thackery RW, Kupas DF, et al. Evidence-Based Guidelines for Fatigue Risk Management in Emergency Medical Services. *Prehosp Emerg Care*. 15 2018;22(sup1):89-101.
36. Smith-Coggins R, Rosekind MR, Hurd S, Buccino KR. Relationship of day versus night sleep to physician performance and mood. *Ann Emerg Med*. nov 1994;24(5):928-34.
37. Denson JL, Jensen A, Saag HS, Wang B, Fang Y, Horwitz LI, et al. Association Between End-of-Rotation Resident Transition in Care and Mortality Among Hospitalized Patients. *JAMA*. 6 déc 2016;316(21):2204-13.
38. Freund Y, Goulet H, Leblanc J, Bokobza J, Ray P, Maignan M, et al. Effect of Systematic Physician Cross-checking on Reducing Adverse Events in the Emergency Department: The CHARMED Cluster Randomized Trial. *JAMA Intern Med*. 23 avr 2018;
39. Bonnet MH, Gomez S, Wirth O, Arand DL. The use of caffeine versus prophylactic naps in sustained performance. *Sleep*. févr 1995;18(2):97-104.
40. Mednick SC, Cai DJ, Kanady J, Drummond SPA. Comparing the benefits of caffeine, naps and placebo on verbal, motor and perceptual memory. *Behav Brain Res*. 3 nov 2008;193(1):79-86.
41. Martin-Gill C, Barger LK, Moore CG, Higgins JS, Teasley EM, Weiss PM, et al. Effects of Napping During Shift Work on Sleepiness and Performance in Emergency Medical Services Personnel and Similar Shift Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Prehosp Emerg Care*. 15 2018;22(sup1):47-57.

42. Guyette FX, Morley JL, Weaver MD, Patterson PD, Hostler D. The effect of shift length on fatigue and cognitive performance in air medical providers. *Prehosp Emerg Care*. mars 2013;17(1):23-8.

ANNEXES

1. Cas clinique A

CONSIGNES (p.1)

Vous allez devoir lire l'énoncé d'un cas clinique. Lisez le très attentivement car vous ne pourrez pas le consulter une seconde fois. L'énoncé sera disponible uniquement durant **3 minutes 30**.
IMPORTANT: vous ne pouvez pas prendre de notes pendant la lecture!

Après la lecture, vous devrez répondre à 60 questions relatives à ce cas clinique. Vous disposerez pour répondre de **15 secondes maximum par question**.

Si vous n'avez pas répondu à la question dans le temps imparti ou si vous ne connaissez pas la réponse, passez à la question suivante en cliquant sur « Suivant ».

Les questions avec plusieurs réponses possibles seront signalées.

RAPPEL (p.2)

Vous avez **3 minutes 30** pour lire le cas clinique

Vous ne pourrez **pas revenir en arrière**

Vous ne pouvez **pas prendre de notes**

Vous disposerez de **15 secondes maximum par question**. Si vous n'avez pas répondu à la question dans les 15 secondes, la question suivante apparaîtra.

Si vous êtes prêt(e), passez à la page suivante

(p.3) Les pompiers interviennent dans un magasin de bricolage pour malaise auprès de Mr Robin, 75 ans. D'après les témoins, il serait tombé au sol puis il aurait perdu connaissance en présentant des tremblements généralisés pendant environ 10 minutes. Le premier bilan rapporte une tension artérielle à 150/80 mmHg, fréquence cardiaque à 87 battements par minute, saturation pulsée en oxygène à 88% en air ambiant, glycémie capillaire à 1,1 g/L, température à 36.8°C, score de Glasgow à 12. Une crise convulsive est suspectée par les pompiers.

A l'arrivée aux urgences, les constantes sont les suivantes : tension artérielle à 150/90 mmHg, fréquence cardiaque à 98 battements par minute, saturation pulsée en oxygène à 97% sous oxygénothérapie à 6 L/min, glycémie capillaire à 0,92g/L et température à 37,9°C. A l'examen, le score de Glasgow est de 13 (Y=3 V=4 M= 6), les pupilles sont symétriques et réactives, il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur des membres mais une plaie avec saignement actif d'environ 4 cm du cuir chevelu en temporal droit. L'auscultation pulmonaire retrouve des crépitations en base droite. L'électrocardiogramme retrouve un rythme sinusal à 102 battements par minute sans autre anomalie.

La femme du patient, âgée de 65 ans, arrive paniquée car elle a peur qu'il présente une récurrence d'accident vasculaire cérébral. Elle vous apprend qu'il a également comme antécédents une hypertension artérielle, un diabète de type 2, une dyslipidémie et un tabagisme sévère. L'ordonnance du patient est la suivante : acide acétylsalicylique 75 mg par jour, Metformine 1000 mg le soir,

Valsartan 80 mg 1/jour, Atorvastatine 10 mg 1/jour, Esoméprazole 20 mg 1/jour. Elle vous dit qu'il n'a pas d'allergie connue mais que ses vaccins ne sont pas à jour. Elle vous explique également que son mari consomme quotidiennement de l'alcool, notamment du vin rouge. Le bilan biologique est le suivant : sodium = 143 mmol/L, potassium = 3,78 mmol/L, HC03- = 22,2 mmol/L, créatinine = 184,2 µmol/L, troponine < 0.015 µg/L, hémoglobine = 12,1 g/dL, leucocytes = 13 G/L, plaquettes = 460G/L. La gazométrie retrouve un pH à 7,34, pO2 = 98 mmHg, pCO2 = 30 mmHg, HC03- = 19,4 mmol/L, lactatémie = 4.6 mmol/l. Le scanner cérébral montre un hématome sous-dural de 8 cm de grand axe et 10 mm d'épaisseur à droite sans déviation de la ligne médiane. La radiographie thoracique montre une opacité alvéolaire en base droite.

A la réévaluation, le patient est Glasgow 15. Après avis neurochirurgical, une hospitalisation est décidée en l'absence d'indication chirurgicale. Vous suspendez donc le traitement par antiagrégant plaquettaire et introduisez du Lévétiracétam 500 mg 2/jour en attendant le scanner de contrôle à 72h. Un électroencéphalogramme est prévu le lendemain matin. La plaie du scalp est suturée avec quatre points par du fil 3.0. L'infirmière prélève des hémocultures car le patient est fébrile à 39,8°. Vous débutez une antibiothérapie par amoxicilline-clavulanate 1 gr 2/jour car vous suspectez une pneumopathie d'inhalation.

1. Le patient était en hypoglycémie en pré-hospitalier ?
oui / non
2. Le patient a perdu connaissance pendant son malaise ?
oui / non
3. Le patient a été mis sous oxygène en pré-hospitalier ?
oui / non
4. A l'admission le débit d'oxygène était de :
3 / 6 / 9 / 12 / 15 L/min
5. Le patient a été traité par benzodiazépine en pré-hospitalier ?
oui / non
6. A la prise en charge des pompiers, la tension artérielle systolique était de :
120 / 130 / 140 / 150 / 160 mmHg
7. A l'arrivée aux urgences, le score de Glasgow du patient était de:
15 (Y4 V5 M6)
14 (Y4 V4 M6)
14 (Y3 V5 M6)
13 (Y3 V4 M6)
13 (Y4 V3 M6)

8. Aux urgences, la glycémie était de :
0,68 g/l / 1,1 g/l / 0,92 g/l / 0,88 g/l
9. A l'électrocardiogramme, le rythme est sinusal à 102 bpm ?
oui / non
10. Le patient présente un déficit sensitivo-moteur a gauche ?
oui / non
11. Le patient a un antécédent d'accident vasculaire cérébral ?
oui / non
12. Le patient a un antécédent de coronaropathie ?
oui / non
13. Le patient a un antécédent de crise convulsive ?
oui / non
14. Le patient est traité par :

insuline retard

metformine 500 mg/j

metformine 1000 mg/j

insuline retard et rapide
15. Le patient a un traitement anticoagulant ?
oui / non
16. Un accident vasculaire cérébral est suspecté par les pompiers?
oui / non
17. Le patient est tabagique actif ?
oui / non
18. Le patient a fait un malaise dans la rue ?
oui / non
19. Quels sont les traitements du patient ?
→acide acétylsalicylique 160 mg/ jour, metformine 500 mg
le soir, valsartan 160 mg 1/jour, atorvastatine 10 mg 1/jour,
esomeprazole 20 mg 1/jour
→acide acétylsalicylique 75 mg/ jour, metformine 1000 mg
le soir, valsartan 80 mg 1/jour, pravastatine 10 mg 1/jour,
esomeprazole 20 mg 1/jour
→acide acétylsalicylique 75 mg/ jour, metformine 1000 mg
le soir, valsartan 80 mg 1/jour, atorvastatine 10 mg 1/jour,
lansoprazole 20 mg 1/jour
→acide acétylsalicylique 75 mg/ jour, metformine 1000 mg
le soir, valsartan 80 mg 1/jour, atorvastatine 10 mg 1/jour,
esomeprazole 20 mg 1/jour
→clopidogrel 75 mg/ jour, metformine 1000 mg le soir,
valsartan 80 mg 1/jour, atorvastatine 10 mg 1/jour,
esomeprazole 20 mg 1/jour

20. Le patient prend la metformine le midi ?

oui / non

21. La radiographie du thorax montre un foyer en base gauche ?

oui / non

22. La valeur de la natrémie est comprise entre

135 – 140 mmol/L

137 – 142 mmol/L

140 - 142 mmol/L

143 - 146 mmol/L

23. La valeur de la troponine était de :

non dosée

< 0.015 µg/l

< 0.06 µg/l

0.15 µg/l

< 0.0015 µg/l

24. La valeur de la paCO₂ était de 35 mmHg ?

oui / non

25. La lactatémie était égale à 6,4 mmol/L ?

oui / non

L'interne du scanner vous appelle pour vous communiquer la présence d'une hémorragie méningée corticale frontale droite chez Mme Foucault, une autre de vos patientes, admise pour céphalées et confusion. Elle présentait à l'admission une hémiparésie gauche, un score de Glasgow à 14 (y4 v4 m6). L'interne de radiologie veut connaître la valeur de la créatininémie de cette patiente pour réaliser une séquence avec injection d'iode. Vous l'informez qu'elle est allergique à l'iode avec un antécédent d'anaphylaxie grade II. Vous appelez les neurochirurgiens, qui ne sont pas joignables à cet instant.

26. Le pH de monsieur Robin sur la gazométrie était de :

7,12 / 7,34 / 7,44 / 7,27 / 7,43

27. A la prise en charge par les pompiers, la glycémie capillaire de monsieur Robin était égale à 0,92 g/l ?

oui / non

28. En chutant monsieur Robin s'est fait :

une plaie de la lèvre inférieure

une plaie de la main droite

une plaie du cuir chevelu en temporal droit

une plaie du cuir chevelu en occipital droit

une plaie frontale gauche

29. La taille de la plaie du scalp de monsieur Robin est de 3 cm ?

oui / non

30. La plaie a été suturée par 3 points de sutures ?
oui / non
31. Le vaccin anti-tétanique de ce patient est à jour ?
oui / non
32. La valeur de la créatinine de madame Foucault est de ?
184,2 $\mu\text{mol/l}$ / 174,2 $\mu\text{mol/l}$ / 194,2 $\mu\text{mol/l}$ / 94,2 $\mu\text{mol/l}$ / non connue
33. Monsieur Robin est allergique à l'iode ?
oui / non
34. Le score de Glasgow de madame Foucault est inférieur au score de Glasgow de monsieur Robin à la prise en charge par les pompiers ?
oui / non
35. Le scanner cérébral de monsieur robin montre :
un hématome extra-dural droit
un hématome sous-dural droit
un hématome extra-dural gauche
un hématome sous-dural gauche
une hémorragie méningée
36. Madame Foucault a un antécédent de réaction allergique à l'iode. Il s'agissait d'un grade :
1 / 2 / 3 / 4
37. Après réévaluation depuis l'arrivée aux urgences, le score de Glasgow de monsieur robin a augmenté de :
1 / 2 / 3 / 4 / 5 points
38. Vous avez eu un avis de l'équipe de neurochirurgie pour madame Foucault ?
oui / non
39. L'équipe de neurochirurgie préconise un scanner de contrôle dans 48 h pour monsieur robin ?
oui / non
40. Madame Foucault présentait à l'admission :
une hémiparésie droite
une monoparésie de la jambe gauche
une hémiparésie gauche
une plaie du scalp temporale droite
absence de déficit sensitif-moteur
41. Vous informez la famille de madame Foucault qu'elle présente au scanner :
un hématome extra-dural gauche
une hémorragie méningée frontale droite
une hémorragie méningée temporale droite
une hémorragie méningée frontale gauche
un hématome sous-dural frontal droit

42. Des hémocultures ont été réalisées chez monsieur Robin, car sa température était de :
38,6°C / 38,9°C / 39,5°C / 39,8°C / 39,2°C
43. Chez Monsieur Robin, vous avez débuté une antibiothérapie par ceftriaxone 1g/j en suspectant une pneumopathie d'inhalation ?
oui / non
44. Le rythme d'administration de l'antibiothérapie était de :
1 / 2 / 3 fois par jour
45. Madame Foucault est allergique à la pénicilline ?
oui / non / non connu
46. Vous avez demandé un électroencéphalogramme pour monsieur Robin pour le lendemain ?
oui / non
47. Vous avez prescrit à monsieur Robin du levetiracetam 250mg 2/jour ?
oui / non
48. Quelle est la boisson favorite de monsieur robin ?
vin rosé
pastis
vin blanc
vin rouge

49. La valeur de la kaliémie de monsieur Robin était de :
3.87 / 3.78 / 3.97 / 4.02 mmol/L
50. Quel est l'âge de la femme de monsieur Robin ?
55 / 65 / 75 / 85 ans
51. M. robin a été mis sous oxygène en pré-hospitalier ?
oui / non
52. A l'admission le débit d'oxygène de M. Robin était de :
3 / 6 / 9 / 12 / 15 l/min
53. A l'arrivée aux urgences, le score de Glasgow de M. Robin était de
15 (Y4 V5 M6)
14 (Y4 V4 M6)
14 (Y3 V5 M6)
13 (Y3 V4 M6)
13 (Y4 V3 M6)
54. M. Robin est traité par :
insuline retard
metformine 500 mg/j
metformine 1000 mg/j
insuline retard et rapide
55. M. Robin est tabagique actif ?
oui / non

56. M. Robin prend la metformine le midi ?

oui / non

57. La radiographie du thorax de M. Robin montre un foyer en
base gauche ?

oui / non

58. La valeur de la natrémie de M. Robin est comprise entre :

135 – 140 mmol/L

137 – 142 mmol/L

140 - 142 mmol/L

143 - 146 mmol/L

59. La valeur de la paCO_2 de M. Robin était de 35 mmHg ?

oui / non

60. La lactatémie de M. Robin était égale à 6,4 mmol/L ?

oui / non

LE QUESTIONNAIRE EST TERMINE.

MERCI DE COMPLETER LES QUELQUES QUESTIONS
SUIVANTES VOUS CONCERNANT :

- Quel est votre sexe ? homme / femme

- Quel est votre âge ? ... ans

- Quelle est votre situation matrimoniale ? célibataire / en couple
(concubinage, pacs, mariage)

- Combien d'enfant avez vous ? ...

- Êtes-vous fumeur ? oui / non

- Avez-vous réalisé ce test : en arrivant le matin / après une garde
de nuit / après une garde de 24 heures ?

- Avez-vous travaillé la journée d'hier ? oui / non

- Avez-vous travaillé la journée d'avant-hier ? oui / non

- Quelle est la date de votre dernière vacation de nuit ? ...

- Quel est votre statut ? interne / sénior

- Depuis combien d'années exercez-vous aux urgences ?

0-5 / 6-10 / 11-15 / >15 ans

- En quelle année d'internat êtes-vous ? 1^{ère} / 2^{ème} / 3^{ème} / 4^{ème}

- Combien de garde faites-vous en moyenne pas mois ? ...

- Vous sentez-vous fatigué ce matin ? 0 (pas du tout) – 10 (extrêmement fatigué)
- Avez-vous suffisamment dormi ? 0 (pas assez dormi) – 10 (très bien dormi)
- Comment est votre humeur ce jour ? 0 (très mauvaise) – 10 (très bonne)

2. Cas clinique B

CONSIGNES (p.1)

Vous allez devoir lire l'énoncé d'un cas clinique. Lisez le très attentivement car vous ne pourrez pas le consulter une seconde fois.

L'énoncé sera disponible uniquement durant **3 minutes 30**.

Important: vous ne pouvez pas prendre de notes pendant la lecture!

Après la lecture, vous devrez répondre à 60 questions relatives à ce cas clinique. Vous disposerez pour répondre de **15 secondes maximum par question**.

Si vous n'avez pas répondu à la question dans le temps imparti ou si vous ne connaissez pas la réponse, passez à la question suivante en cliquant sur « Suivant ».

Les questions avec plusieurs réponses possibles seront signalées.

RAPPEL (p.2)

Vous avez **3 minutes 30** pour lire le cas clinique

Vous ne pourrez **pas revenir en arrière**

Vous ne pouvez **pas prendre de notes**

Vous disposerez de **15 secondes maximum par question**. Si vous n'avez pas répondu à la question dans les 15 secondes, la question suivante apparaîtra.

Si vous êtes prêt(e), passez à la page suivante

(p. 3) Le régulateur du SAMU vous contacte à 20h34 à propos de Mr ODILON, un patient âgé de 57 ans, qui a été pris en charge au supermarché pour détresse respiratoire. La femme du patient a appelé le 15 à 19H50 devant la présence de difficultés respiratoires et sueurs d'apparition brutale chez son mari.

A l'arrivée du SMUR, le premier bilan rapporte un patient avec des troubles de la conscience (Glasgow 11 avec Y2 V4 M5), une fréquence respiratoire à 29 cycles/min, une saturation à 74% (air ambiant), une tension artérielle à 178/86 mmHg et une tachycardie irrégulière à 140 battements/min. L'examen clinique retrouve un tirage sus-claviculaire et des sibilants bilatéraux prédominants à droite. La température était à 36.7°C. La prise en charge initiale a consisté en une oxygénothérapie à 12 L/min, la pose d'une voie veineuse périphérique au membre supérieur gauche et l'administration de 80 mg de méthylprednisolone. Une ventilation non invasive (VNI) a été débutée à 20h30 dans l'ambulance, en mode spontané avec aide inspiratoire (FiO2 40% AI=13 PEP=6).

Le patient a pour antécédent une BPCO post tabagique avec deux séjours en réanimation (2014 et 2017), une hypertension artérielle, un diabète de type 2, une coronaropathie stentée sur l'IVA et la marginale, un psoriasis intermittent, un tabagisme actif à 40 PA, une cholécystectomie, une appendicectomie, une chirurgie ligamentaire du genou, ainsi qu'une allergie à la ceftriaxone (œdème de quincke). Son ordonnance est la suivante : metformine 500 mg X3/j, gliclazide 30, salmétérol inhalé 50 mcg X2/j, acide acétylsalicylique 75 mg le matin, furosémide 20 mg le matin, fluindione ¾ cp le soir, paracetamol si besoin.

A l'arrivée aux urgences (21H), les constantes sous VNI sont les suivantes: fréquence cardiaque à 125 battements/min, tension artérielle à 155/90 mmHg, fréquence respiratoire à 27 cycles/min, saturation à 94%, Glasgow 13 (Y3 V4 M6), température 37.4°C. La gazométrie à l'admission montre :

pH 7.33, PCO₂ 70 mmHg, PO₂ 68 mmHg, HCO₃⁻ 38 mmol/L, SaO₂ 95%, lactates 2.5 mmol/l. Le bilan biologique montre : sodium 130 mmol/L, potassium 5.8 mmol/L, glycémie 16 mmol/l, CRP 40 mg/l, bilirubine 25 mcml/l, TGO 50 UI/l, TGP 40 UI/l, troponine 0.1 mcg/l, hémoglobine 160 g/l, leucocytes 14 G/L. La radiographie pulmonaire montre une distension thoracique bilatérale, un rapport cardio-thoracique à 0.45 ainsi qu'une opacité alvéolo-interstitielle en base droite. Son épouse se présente peu de temps après et vous rapporte une majoration de la dyspnée et de la toux grasse associée à une constipation depuis quelques jours, avec des frissons ce qui l'inquiète beaucoup.

Une heure après l'admission, les constantes sous VNI aux mêmes réglages sont les suivantes : fréquence cardiaque à 110 battements/min, tension artérielle à 125/70 mmHg, fréquence respiratoire à 25 cycles/min, saturation à 94%, Glasgow à 14 (Y4 V4 M6). Une échographie cardiaque est réalisée. Elle montre FEVG 65%, E/E' à 10, PAPS à 45 mmHg. La gazométrie de contrôle montre quant à elle: pH 7.38, PCO₂ 58 mmHg, PO₂ 74 mmHg, HCO₃ 38 mmol/L, K⁺ 4.4 mmol l, lactate 1.8 mmol/l.

1. Le patient a reçu des corticoïdes en pré-hospitalier?

oui / non

2. Le patient a reçu des diurétiques en pré-hospitalier?

oui / non

3. Le patient a reçu un aérosol de bronchodilatateurs en pré-hospitalier?

oui / non

4. Parmi ces antécédents, lesquels concernent le patient?

(une ou plusieurs réponses possibles)

HTA

colectomie

coronaropathie stentée (coronaire droite)

diabète non insulino-dépendant/ eczéma

5. Quel était le score de Glasgow du patient lors de la prise en charge en pré-hospitalier?

10 / 11 / 12 / 13 / 14

6. Quelle combinaison de sous-scores de Glasgow présentait-il?

Y3V4M5 / Y2V4M5 / Y4V4M5 / Y3V4M4 / Y5V3M4

7. Quel délai s'est écoulé entre l'appel du 15 par la femme du patient et le moment où le régulateur vous a contacté?

0-15 / 16-30 / 31-45 / 46-60 minutes

8. Le patient a été pris en charge par les pompiers ?

oui / non

9. Le patient a été pris en charge à domicile ?

oui / non

10. A la prise en charge du SMUR, l'examen du patient retrouve:

FR à 39, spO2 à 74% sous O2 6 litres, un tirage sus-claviculaire, des sibilants

FR à 29, spO2 à 74% en air ambiant, un tirage sus-claviculaire, des sibilants

FR à 29, spO2 à 84% en air ambiant, un tirage sus-claviculaire, des crépitants

11. Le patient a un traitement de fond par antidiabétique oral ?

oui / non

12. Le patient a un traitement de fond par bêtabloquant ?

oui / non

13. Le patient a un traitement de fond par diurétique ?

oui / non

14. La gazométrie à l'admission aux urgences montrait :

pH 7.23 ; PCO2 70

pH 7.33 ; PaO2 70

pH 7.33 ; PCO2 56

pH 7.23 ; PCO2 56

pH 7.33 ; PCO2 70

15. Entre la prise en charge pré-hospitalière et l'admission aux urgences, le score de Glasgow a diminué de 2 points ?

oui / non

16. Entre la prise en charge pré-hospitalière et l'admission aux urgences, la tachycardie s'est aggravée ?

oui / non

17. En arrivant à l'hôpital, le patient a déjà eu 1 heure de VNI?

oui / non

18. Quelles anomalies biologiques avez-vous notées sur le bilan ? (une ou plusieurs réponses possibles)

hyponatrémie

hypoglycémie

hypokaliémie

anémie

BNP élevé

19. A l'admission aux urgences, le patient présente: (une ou plusieurs réponses possibles)

tension artérielle = 155/90 mmHg

température = 38.4°C

Glasgow = 14

hypocapnie

20. A l'admission aux urgences, le rapport paO2/fiO2 du patient était de ?

< 100 / entre 100 et 200 / entre 200 et 300

21. Le patient est allergique a l'amoxicilline ?

oui / non

22. La radiographie pulmonaire montrait un pneumothorax ?

oui / non

23. La radiographie pulmonaire montrait :

une pneumopathie en base droite

une pneumopathie a l'apex droit

une pneumopathie en base gauche

un syndrome alvéolo-interstitiel bilatéral

24. La radiographie pulmonaire montrait un index cardio-thoracique a 0,54?

oui / non

25. Le patient a une voie veineuse périphérique au membre supérieur droit?

oui / non

26. La natrémie était a 130 mmol/l ?

oui / non

27. La glycémie était normale ?

oui / non

28. Le patient se plaignait de diarrhée depuis plusieurs jours ?

oui / non

29. Le patient est sous insuline au long cours et vous devez lui prescrire son injection habituelle aux urgences ?

oui / non

30. Vous devez penser a compenser l'hypokaliémie notée sur le bilan d'admission ?

oui / non

A ce moment vous recevez Madame ZINEB, 78 ans pour détresse respiratoire. Elle présentait à l'admission une saturation à 60% en air ambiant et a été placée sous masque à haute concentration à 15 l/min. La SpO2 est remontée à 98%. Le score de Glasgow est à 12.

Son compte-rendu récent d'échographie cardiaque montre : dilatation importante de l'OG chez une patiente en fibrillation atriale, FEVG 35%, PAPS 65 mmHg.

Vous prescrivez 80 mg de furosémide. Sa gazométrie retrouve un pH à 7.27, PCO2 58 mmHg, PO2 92 mmHg, HCO3- 25 mmol/l, lactates 3 mmol/l.

31. La FEVG de monsieur Odilon est de ?

35% / 45% / 55% / 65%

32. Une heure après l'admission aux urgences, quel est le score de Glasgow de monsieur Odilon?

11 / 12 / 13 / 14 / 15

33. La FEVG récente de madame Zineb est de ?

35% / 45% / 55% / 65%

34. Le score de Glasgow de madame Zineb à l'admission est supérieur au dernier score de Glasgow de monsieur Odilon ?

oui / non

35. Est-ce que monsieur Odilon est traité par corticoïdes au long cours ?

oui / non

36. Quelle dose de corticoïdes a été administrée a monsieur Odilon en pré-hospitalier ?

< 60 mg / entre 60 et 100 mg / > 100 mg

37. Est-ce que monsieur Odilon avait de la fièvre en pré-hospitalier ?

oui / non

38. Est-ce que la troponine de madame Zineb est élevée ?

oui / non / non dosée

39. Le rapport E/E' de monsieur Odilon est égal a 10 ?

oui / non

40. Quelle est la valeur de PAPS de monsieur Odilon ?

35 / 45 / 55 / 60

41. Est-ce que le pH de monsieur Odilon s'est normalisé sous VNI à l'admission aux urgences ?

oui / non

42. Avez-vous prescrit des diurétiques a madame Zineb ?

oui / non

43. Est ce que monsieur Odilon a eu un ECG ?

oui, il montre une fibrillation atriale

non, il n'a pas eu d'ECG

44. Le laboratoire appelle concernant le bilan de coagulation de madame Zineb. On vous demande si la patiente est sous AVK ?

oui / non

45. Est ce que la kaliémie de monsieur Odilon s'est normalisée sur la gazométrie de contrôle ?

oui / non / je n'ai pas l'information

46. Est ce que monsieur Odilon est allergique a la lévofloxacine ?

oui / non

47. Monsieur Odilon est plus vieux que madame Zineb ?

oui / non

48. Le débit d'oxygénothérapie de madame Zineb est de ?

6 / 9 / 10 / 12 / 15 L/min

49. Le dernier séjour en réanimation de monsieur Odilon était en 2016 ?

oui / non

50. Est ce que monsieur Odilon est toujours fumeur ?

oui / non

51. Quel était le score de Glasgow de M. Odilon lors de la prise en charge en pré-hospitalier?

10 / 11 / 12 / 13 / 14

52. Quelle combinaison de sous-scores de Glasgow présentait M. Odilon en pré-hospitalier?

Y3V4M5 / Y2V4M5 / Y4V4M5 / Y3V4M4 / Y5V3M4

53. Quel délai s'est écoulé entre l'appel du 15 par la femme de M. Odilon et le moment où le régulateur vous a contacté?

0-15 / 16-30 / 31-45 / 46-60 minutes

54. M. Odilon a été pris en charge par les pompiers ?

oui / non

55. M. Odilon a un traitement de fond par diurétique ?

oui / non

56. La gazométrie à l'admission aux urgences de M. Odilon montrait:

pH 7.23 ; pCO₂ 70

pH 7.33 ; pO₂ 70

pH 7.33 ; pCO₂ 56

pH 7.23 ; pCO₂ 56

pH 7.33 ; pCO₂ 70

57. En arrivant à l'hôpital, M. Odilon a déjà eu 1 heure de VNI?

oui / non

58. La radiographie pulmonaire de M. Odilon montrait un index cardio-thoracique à 0,54 ?

oui / non

59. M. Odilon a une voie veineuse périphérique au membre supérieur droit?

oui / non

60. La natrémie de M. Odilon était à 130 mmol/l ?

oui / non

LE QUESTIONNAIRE EST TERMINE.

MERCI DE COMPLETER LES QUELQUES QUESTIONS SUIVANTES
VOUS CONCERNANT.

- Quel est votre sexe ? homme / femme

- Quel est votre âge ? ... ans

- Quelle est votre situation matrimoniale ? célibataire / en couple
(concubinage, pacs, mariage)

- Combien d'enfant avez vous ? ...

- Êtes-vous fumeur ? oui / non

- Avez-vous réalisé ce test : en arrivant le matin / après une garde de nuit / après une garde de 24 heures ?

- Avez-vous travaillé la journée d'hier ? oui / non

- Avez-vous travaillé la journée d'avant-hier ? oui / non

- Quelle est la date de votre dernière vacation de nuit ? ...

- Quel est votre statut ? interne / sénior

- Depuis combien d'années exercez-vous aux urgences ?

0-5 / 6-10 / 11-15 / >15 ans

- En quelle année d'internat êtes-vous ? 1^{ère} / 2^{ème} / 3^{ème} / 4^{ème}

- Combien de garde faites-vous en moyenne par mois ? ...

- Vous sentez-vous fatigué ce matin ? 0 (pas du tout) – 10 (extrêmement fatigué)

- Avez-vous suffisamment dormi ? 0 (pas assez dormi) – 10 (très bien dormi)

- Comment est votre humeur ce jour ? 0 (très mauvaise) – 10 (très bonne)

3. Cas clinique C

CONSIGNES (p.1)

Vous allez devoir lire l'énoncé d'un cas clinique. Lisez le très attentivement car vous ne pourrez pas le consulter une seconde fois.

L'énoncé sera disponible uniquement durant **3 minutes 30**.

IMPORTANT: vous ne pouvez pas prendre de notes pendant la lecture!

Après la lecture, vous devrez répondre à 60 questions relatives à ce cas clinique. Vous disposerez pour répondre de **15 secondes maximum par question**.

Si vous n'avez pas répondu à la question dans le temps imparti ou si vous ne connaissez pas la réponse, passez à la question suivante en cliquant sur « Suivant ».

Les questions avec plusieurs réponses possibles seront signalées.

RAPPEL (p.2)

Vous avez **3 minutes 30** pour lire le cas clinique

Vous ne pourrez **pas revenir en arrière**

Vous ne pouvez **pas prendre de notes**

Vous disposerez de **15 secondes maximum par question**. Si vous n'avez pas répondu à la question dans les 15 secondes, la question suivante apparaîtra.

Si vous êtes prêt(e), passez à la page suivante

(p.3) Madame FERNANDEZ, résidente en EHPAD, vous est adressée à 9 heures aux urgences pour chute et altération de l'état général. Un courrier explique que cette patiente, âgée de 88 ans, a été institutionnalisée récemment suite au décès de son époux, mais qu'elle est habituellement autonome pour les actes de la vie quotidienne. Depuis 48 heures, elle présente une confusion et un essoufflement. De plus, elle aurait chuté à 6 heures ce matin, sans possibilité de se relever toute seule. Ses antécédents sont un diabète non insulino-dépendant sans traitement médicamenteux, une dyslipidémie, une arythmie cardiaque et une pose de bioprothèse mitrale datant de 5 ans. Ses traitements, nettement limités par son médecin traitant sont: coumadine et bromazépam à la demande. Elle n'a aucune allergie connue.

A l'admission aux urgences, la tension artérielle est de 110/55 mmHg, la fréquence cardiaque de 120 battements par minute, la saturation pulsée en oxygène de 88% en air ambiant et la température de 38,4°C. Une oxygénothérapie aux lunettes à 6 L/min est instaurée, mais elle est agitée et veut « rentrer auprès de son mari qui doit s'inquiéter d'être seul à la maison ».

A l'examen, la patiente est confuse, sans déficit sensitivo-moteur des membres. Elle présente un volumineux hématome péri-orbitaire gauche sans plaie. Les bruits du cœur sont irréguliers, assourdis et il existe un souffle systolique à 2/6 à la partie basse du bord gauche du sternum. Elle n'a pas de marbrures, ni d'œdème des membres inférieurs mais une dermite ocre. L'examen pulmonaire retrouve des crépitations aux bases, prédominants à gauche, une tachypnée à 33

cycles/min, un balancement thoraco-abdominal et un léger tirage sus-claviculaire. L'abdomen est souple, tympanique, sensible en sus-pubien, sans organomégalie. On note la présence d'une cicatrice de laparotomie.

Vous demandez à l'infirmière de faire un bilan sanguin, des hémocultures, une gazométrie artérielle et une bandelette urinaire ainsi que des antigénuries légionelle et pneumocoque. Vous prescrivez une radiographie du thorax et appelez le cardiologue pour obtenir une échographie cardiaque dans l'après-midi. Vous prévoyez également un scanner cérébral sans injection dans la matinée.

L'électrocardiogramme montre une fibrillation atriale rapide. Les résultats de la gazométrie sous oxygénothérapie à 6 L/min sont : pH = 7,34 ; pCO₂ = 30 mmHg ; pO₂ = 55 mmHg ; HCO₃⁻ = 21 mmol/L ; SpO₂ = 94% et lactates = 2,3 mmol/L. La bandelette urinaire est négative. Les résultats du bilan sanguin sont les suivants : hémoglobine = 9,2 g/dL ; plaquettes = 273 G/L ; leucocytes = 16 G/L ; INR = 3,8 ; urée = 9 mmol/L ; créatinine = 98 µmol/L ; sodium = 133 mmol/L ; potassium = 4,9 mmol/L ; ASAT = 103 UI/L (<32) , ALAT = 42 UI/L (<32) ; CRP = 197 mg/L.

La radiographie du thorax retrouve un syndrome alvéolaire en base gauche associé à un effacement de la coupole diaphragmatique et du bord gauche du cœur.

1. La patiente est apyrétique à son arrivée aux urgences ?
oui/ non
2. Quel(s) est(sont) les signes de détresse respiratoire présente(s) par Mme Fernandez ? (une ou plusieurs réponses possibles)
tirage sus-sternal
tirage sus-claviculaire
polypnée à 30 cycles/min
tirage inter-costal
balancement thoraco-abdominal
3. Une oxygénothérapie a été débutée en pré-hospitalier ?
oui / non
4. Le score de Glasgow est égal à 15 ?
oui / non
5. La patiente a un traitement antiagrégant plaquettaire ?
oui / non
6. Laquelle de ces molécules est dans le traitement de Mme Fernandez ?
Alprazolam / lorazepam / oxazepam / bromazepam / diazepam

7. Concernant les antécédents de Mme Fernandez, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) vraie(s) ? (une ou plusieurs réponses possibles)

dyslipidémie

bioprothèse aortique

arythmie cardiaque

diabète non insulino-dépendant

cardiopathie ischémique

8. La patiente a déjà été opérée ?

oui / non

9. A l'admission, la tension artérielle de la patiente est :

100/80 mmHg

98/50 mmHg

120/55 mmHg

110/55 mmHg

87/43 mmHg

10. Sur la gazométrie, la valeur du pH est :

7.25 / acide / alcalin / 7.44

11. Sur la gazométrie, la paO_2 est égale à:

80 / 67 / 55 / 65 / 43 mmHg

12. Sur la gazométrie, la valeur des bicarbonates est:

21 mmol/L / > à la $paCO_2$ / 16 mmol/l / 30 mmol/l

13. Mme Fernandez est en fibrillation atriale lente ?

oui/ non

14. Mme Fernandez a chuté il y a plus de deux heures ?

oui / non

15. Mme Fernandez est allergique à l'iode ?

oui / non

16. La radiographie du thorax montre: (une ou plusieurs réponses possibles)

un syndrome interstitiel en base droite

un syndrome alvéolaire en base gauche

un épanchement pleural en base droite

un syndrome alvéolaire en base droite

un nodule en base gauche

17. Est-ce que Mme Fernandez a des œdèmes des membres inférieurs ?

oui / non

18. Sur l'électrocardiogramme de Mme Fernandez, le rythme cardiaque est sinusal ?

oui/ non

19. La fréquence cardiaque de la patiente est entre:

119 et 124 / 121 et 125 / 125 et 129 / 115 et 119 bpm

20. Mme Fernandez a un souffle cardiaque à l'auscultation ?

oui / non

21. La bioprothèse mitrale a été implantée il y a 10 ans ?

oui / non

22. La température de la patiente est de :

39,2°C / 37,1°C / 38,8°C / 38,4°C

23. La bandelette urinaire est positive ?

oui / non

24. Quelle était la valeur des CPK de la patiente :

120 / 60 / 325 / non dosées

25. La patiente a eu des hémocultures ?

oui / non

26. Concernant le ionogramme sanguin, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) vraie(s) ? (une ou plusieurs réponses possibles)

hyponatrémie à 133 mmol/L

natrémie = 135 mmol/L et kaliémie = 3,9 mmol/L

hypokaliémie et hypernatrémie

hyponatrémie et kaliémie = 4,9 mmol/L

27. La patiente a une hyperlymphocytose ?

oui / non

28. La patiente présente un syndrome inflammatoire biologique ?

oui / non

29. La lactatémie de Mme Fernandez est égale a :

1,8 / 0,89 / 2,3 / 1,2 / 3,2 mmol/L

Le laboratoire appelle car une des hémocultures retrouve au direct des cocci à gram positif en chainettes. Vous débutez une antibiothérapie par une céphalosporine de troisième génération. La patiente revient du scanner, sa température est de 39,8°C. Vous lui administrez un gramme de paracétamol par voie parentérale.

A ce moment, le radiologue vous contacte, le scanner cérébral de Mme Fernandez est normal. Mais il vous apprend que le scanner de M. Ginoux un autre de vos patients admis pour traumatisme crânien sous antiagrégant plaquettaire, montre un hématome sous-dural fronto-temporal droit et une hémorragie intra-parenchymateuse frontale droite.

30. Mme Fernandez vit à domicile ?

oui / non

31. M. Ginoux a un surdosage en AVK ?

oui / non

32. L'INR de Mme Fernandez est :

< a 2,5 / entre 2,5 et 3,5 / > a 3,5 / > a 4,5

33. Mme Fernandez présente une condensation alvéolaire du lobe inferieure droit ?
oui / non
34. Des antigènuries ont été dosées chez Mme Fernandez ?
oui / non
35. Les hémocultures de Mme Fernandez montrent des cocci gram positif en amas ?
oui / non
36. La valeur de CRP de Mme Fernandez est de :
88 / 197 / 103 / 273 / 53 mg/L
37. Des antibiotiques ont été débutés chez Mme Fernandez ?
oui / non
38. L'antibiotique administré à Mme Fernandez était de l'amoxicilline-acide clavulanique ?
oui / non
39. La plaie périorbitaire gauche de Mme Fernandez a été suturée ?
oui / non
40. Le scanner cérébral de Mme Fernandez montre une hémorragie intra-parenchymateuse frontale droite ?
oui / non

41. Mme Fernandez a eu une échocardiographie dans la matinée ?
oui / non
42. M. Ginoux a un traitement anticoagulant ?
oui / non
43. Le scanner de M. Ginoux est sans anomalie ?
oui / non
44. Après le scanner, la température de Mme Fernandez est de :
38,4°C / 38,9°C / 39,8°C / 39,4°C
45. Mme Fernandez est diabétique ?
oui / non
46. Mme Fernandez a reçu un antipyrétique par voie orale ?
oui / non
47. L'époux de Mme Fernandez vit en EHPAD ?
oui / non
48. Quel est le débit d'oxygénothérapie administré à Mme Fernandez à l'admission aux urgences ?
3 / 6 / 9 / 12 / 15 L/min
49. Quelle est la proposition vraie concernant l'âge de Mme Fernandez ?
75 - 80 / 81 - 85 / 86 - 89 / plus de 90 ans

- 50.** Le scanner cérébral de M. Ginoux montre : (une ou plusieurs réponses possibles)
hématome extra-dural fronto-temporal droit
hémorragie intra-parenchymateuse fronto-temporale droite
hématome sous-dural fronto-temporal gauche
hématome sous-dural fronto-temporal droit
- 51.** Une oxygénothérapie a été débutée pour Mme. Fernandez en pré-hospitalier ?
oui / non
- 52.** Le score de Glasgow de Mme. Fernandez en pré-hospitalier est égal a 15 ?
oui / non
- 53.** Mme. Fernandez a déjà été opérée ?
oui / non
- 54.** Sur la gazométrie de Mme. Fernandez, la valeur du pH est :
7.25 / acide / alcalin / 7.44
- 55.** Sur la gazométrie de Mme. Fernandez, la paO2 est égale à:
80 / 67 / 55 / 65 / 43 mmHg
- 56.** Sur la gazométrie de Mme. Fernandez, la valeur des bicarbonates est:
21 mmol/L / > a la pacO2 / 16 mmol/L / 30 mmol/L

- 57.** Mme Fernandez est en fibrillation atriale lente ?
oui / non
- 58.** Est-ce que Mme Fernandez a des œdèmes des membres inférieurs ?
oui / non
- 59.** Mme. Fernandez a eu des hémocultures ?
oui / non
- 60.** La lactatémie de Mme Fernandez est égale a :
1,8 / 0,89 / 2,3 / 1,2 / 3,2 mmol/L

LE QUESTIONNAIRE EST TERMINE.

MERCI DE COMPLETER LES QUELQUES QUESTIONS
SUIVANTES VOUS CONCERNANT :

- Quel est votre sexe ? homme / femme
- Quel est votre âge ? ... ans
- Quelle est votre situation matrimoniale ? célibataire / en couple
(concubinage, pacs, mariage)
- Combien d'enfant avez vous ? ...
- Êtes-vous fumeur ? oui / non
- Avez-vous réalisé ce test : en arrivant le matin / après une garde
de nuit / après une garde de 24 heures ?
- Avez-vous travaillé la journée d'hier ? oui / non
- Avez-vous travaillé la journée d'avant-hier ? oui / non
- Quelle est la date de votre dernière vacation de nuit ? ...
- Quel est votre statut ? interne / sénior
- Depuis combien d'années exercez-vous aux urgences ?
0-5 / 6-10 / 11-15 / >15 ans
- En quelle année d'internat êtes-vous ? 1^{ère} / 2^{ème} / 3^{ème} / 4^{ème}
- Combien de garde faites-vous en moyenne pas mois ? ...

- Vous sentez-vous fatigué ce matin ? 0 (pas du tout) – 10
(extrêmement fatigué)

- Avez-vous suffisamment dormi ? 0 (pas assez dormi) – 10 (très
bien dormi)

- Comment est votre humeur ce jour ? 0 (très mauvaise) – 10 (très
bonne)

ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations et des Statistiques

FEDORU : Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences

PDS : Permanence Des Soins

SU : Service d'Urgence

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

