



La pathologie vertigineuse en soins primaires : parcours de soins et prise en charge

Romane Dessi

► To cite this version:

Romane Dessi. La pathologie vertigineuse en soins primaires : parcours de soins et prise en charge. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03662500

HAL Id: dumas-03662500

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03662500>

Submitted on 9 May 2022

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.

**La pathologie vertigineuse en soins primaires :
parcours de soins et prise en charge**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 3 Mai 2022

Par Madame Romane DESSI

Née le 22 août 1994 à Marseille 08eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Monsieur le Docteur DEVEZE Arnaud

Madame le Docteur MARCHAND France

Monsieur COMBALBERT Philippe

Président

Directeur

Assesseur

Assesseur

**La pathologie vertigineuse en soins primaires :
parcours de soins et prise en charge**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 3 Mai 2022

Par Madame Romane DESSI

Née le 22 août 1994 à Marseille 08eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Monsieur le Docteur DEVEZE Arnaud

Madame le Docteur MARCHAND France

Monsieur COMBALBERT Philippe

Président

Directeur

Assesseur

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

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

PROFESSEURS HONORAIRES

DELPERO Jean-Robert

DESSEIN Alain

DELARQUE Alain

MALMEJAC Claude

MARANINCHI Dominique

MARTIN Claude

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MATTEI Jean François	UNAL Daniel
	MERCIER Claude	VAGUE Philippe
	MICHOTÉY Georges	VAGUE/JUHAN Irène
	MIRANDA François	VANUXEM Paul
	MONFORT Gérard	VERVLOET Daniel
	MONGES André	VIALETTES Bernard
	MONGIN Maurice	WEILLER Pierre-Jean
	MUNDLER Olivier	
	NAZARIAN Serge	
	NICOLI René	
	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	
	RAOULT Didier	
	RICHAUD Christian	
	RIDINGS Bernard	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	
	ROUX Michel	
	RUFO Marcel	
	SAHEL José	
	SALAMON Georges	
	SALDUCCI Jacques	
	SAMBUC Roland	
	SAN MARCO Jean-Louis	
	SANKALE Marc	
	SARACCO Jacques	
	SARLES Jacques	
	SARLES - PHILIP Nicole	
	SASTRE Bernard	
	SCHIANO Alain	
	SCOTTO Jean-Claude	
	SEBAHOUN Gérard	
	SEITZ Jean-François	
	SERMENT Gérard	
	SOULAYROL René	
	TAMALET Jacques	
	TARANGER-CHARPIN Colette	
	THIRION Xavier	
	THOMASSIN Jean-Marc	

EMERITAT

2008

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

2009

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

2010

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

2011

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

2012

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

2013

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

2014

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

2015

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

EMERITAT

2016

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

2017

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

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
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

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 DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHIARONI Jacques
ALBANESE Jacques Surnombre	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGEON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe
	GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUYS Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOIR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHERI Raphaëlle	<i>TRIGLIA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

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

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI--TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

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

ANATOMIE 4201

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

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

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

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (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)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
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)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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

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

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

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

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

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

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

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

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

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-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)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

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

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
 FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
VIEHWEGGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

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

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

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)

GAUDRY Marine (MCU PH)
SOLER Raphael (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

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

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

**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

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

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) (06ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

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

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)

STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

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

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)

SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

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

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

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) *Surnombre*

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

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

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE**

BLIN Olivier (PU-PH)

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)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLES Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PCYCHOLOGIE SOCIALE**

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

**THERAPEUTIQUE ; MEDECINE D'URGENCE;
ADDICTOLOGIE 4804**

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

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

REMERCIEMENTS

A mon jury,

A Monsieur le Professeur Gaëtan Gentile,

Merci de me faire l'honneur de présider ma soutenance de thèse. Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez accordée tout au long de mon mandat à la tête du MG SAIHM, ainsi que pour votre soutien tout au long de mon internat et notamment lors de cette dernière année. C'est réellement un immense honneur d'avoir comme président de jury l'un des rares Professeurs Universitaires de Médecine Générale existant en France mais surtout un homme respectueux et à l'écoute de ces internes tel que vous.

Au Docteur Arnaud Deveze,

Merci d'avoir immédiatement accepté de diriger mon travail de thèse. Merci d'avoir cru en ce sujet, bien loin des études que tu réalises habituellement. Merci pour ta bienveillance et ton dynamisme à toute épreuve pour lequel je t'admire profondément.

Au Docteur France Marchand,

Merci d'avoir accepté de siéger parmi ce jury. Je te remercie pour tout ce que tu m'as apporté depuis le jour où j'ai passé la porte de ton cabinet, sur le plan professionnel mais aussi sur le plan personnel. Sur le plan professionnel, j'ai appris sur la médecine générale bien plus en 4 mois à tes côtés qu'en 3 ans d'internat. Sur le plan personnel, c'est une véritable amitié qui s'est créée au fil du temps. Ton dynamisme, ta joie de vivre, ta douceur et ta bienveillance sont une source d'inspiration. A côté de cela, tu sais tout ce que tu m'as apporté et à quel point je t'en suis reconnaissante.

A Monsieur Philippe Combalbert,

Merci d'avoir accepté de participer à mon travail de thèse et de siéger parmi ce jury. Ton implication tout au long de ce travail a été sans faille et d'une grande aide. Tu as su mettre en place et développer un réseau de soins efficace et solide autour de ta spécialité qui est si peu représentée. J'ai pu découvrir un homme droit, avec des valeurs auxquelles je suis moi-même attachée. J'espère pouvoir continuer à développer ce réseau de prise en charge avec toi dans les années à venir.

A mes chefs et compagnons d'internat,

Au Professeur Bénédicte Gaborit, je te remercie pour tout ce que tu m'as inculqué durant mes 5 mois dans le service. Ta rigueur, ton perfectionnisme, ton désir d'aller au bout de chaque chose et ta bienveillance sont des qualités pour lesquelles je t'admire profondément.

Au Docteur Elisabeth Chereau, je suis réellement admirative du travail que tu accomplis chaque jour et de ta disponibilité pour tous tes patients. La grande diversité des pathologies vus en consultation avec toi m'a permis de me former efficacement dans le domaine de la gynécologie. Je te remercie sincèrement pour ta bienveillance.

Au Docteur Elisabeth Petolat, je ne pourrai jamais oublier cette première garde... ahahah. Merci pour tout ce que tu m'as apporté dans ma formation. Merci également et surtout pour ton soutien.

Au Docteur Nicolas Falaise, tu m'as permis de découvrir les joies de la pédiatrie et m'a transmis ton amour du petit enfant. Désormais je n' imagine plus ma pratique sans enfant dans mon cabinet. Merci pour ta bienveillance et tout ce que tu m'as appris durant ces 3 mois.

Au Docteur Olivia Ronsin, merci pour tout ton enseignement lors de mon passage dans le service. Merci également pour ton soutien, ta bienveillance et ton aide tout au long de cette année 2021, je t'en serai éternellement reconnaissante.

Au Docteur Sandrine Boullu, je te remercie pour ton enseignement de l'endocrinologie, pour m'avoir transmis ton savoir, pour ta douceur, ta gentillesse et ta bienveillance.

A toute l'équipe des urgences Aubagne, Etienne, Juliette, Agathe, Marie, merci d'avoir fait de ces 6 mois d'urgences un stage que je n'oublierai jamais.

A Alexia M, heureuse d'avoir pu garder contact avec toi, même si je n'ai été que ta petite D4 (qui, tu dois l'avouer, a bien géré la salle 😊). Ta rigueur dans le travail, ta gentillesse à toute épreuve et ta bienveillance sont un véritable exemple pour moi.

A Antoine T et Ahmed EA, mes très chers présidents, merci (ou pas) pour tous ces mois de casse-tête :p.

A Camille M, ma toute première co-interne 😊

A Justine A, une co-interne que tout le monde rêverait d'avoir. Travailler à tes côtés a été un véritable plaisir, tu es et tu seras une excellente urgentiste. Je te remercie également énormément pour ton soutien et ta gentillesse.

A Lauris D, la meilleure des assistantes sociales de Marseille !

A Lisa B, si on nous avait dit que je réaliserai les premiers vaccins de ton fils et que tu assisterais à ma thèse... Merci pour tout le soutien que tu m'as apporté, cela m'a énormément touché.

A Typhanie T, la plus merveilleuse des IDE du SIC Nord. Merci pour ta bonne humeur à tout épreuve, ta gentillesse, ta rigueur et ta bienveillance, tu resteras l'un de mes véritables coups de cœur de ce semestre !

A Valéri G, notre maman ARS à tous, merci pour ta gentillesse, ta bienveillance et ton écoute. Je te remercie également pour tout ce que tu as fait pour moi cette année, ta visite au cours de ces longs mois m'a énormément touchée, ton soutien également. PS : Le Dodge se porte bien ? 😊

A ma famille,

A mes parents et à mon frère, tellement de choses à vous dire que je ne sais par où commencer et quels mots employer. Je vous dirai donc tout simplement merci pour tout l'amour et le soutien que vous m'apportez depuis toutes ces années. Je vous aime.

A mes grands-mères, merci pour tout ce que vous m'avez donné depuis ma naissance, pour tous ces bons moments de famille que nous avons vécus ensemble. Je vous aime.

A mes grands-pères regrettés, j'aurai tellement aimé que vous soyez à mes côtés aujourd'hui. Papi Dédé j'aurai aimé apprendre à te connaître. Papi des poissons, de là-haut, je pense que tu es fier de la personne que je suis devenue, tu as été, tu es et tu seras toujours mon modèle. Je vous aime.

A mes tantes, oncles, cousins et cousines, je ne peux pas citer et écrire un petit mot à chacun (la vérité, une page d'impression en plus ça coûte cher !). Blague à part, notre famille est loin d'être parfaite, et en vrai si elle l'était on s'ennuierait pas mal ! Mais elle est unie par des liens solides et incassables. J'ai grandi au sein d'une famille aimante et bienveillante, si j'en suis là aujourd'hui c'est également grâce à vous tous. Je vous aime !

A ma belle-famille, merci de m'avoir accueilli dans votre famille et d'être présent ce soir.

A Régis, tellement de choses à dire... Tu as vécu chacune de ces années d'étude, tu as été d'un soutien sans faille et je ne serai pas là où j'en suis aujourd'hui sans toi. Je mesure la chance inouïe d'avoir un mari tel que toi. Merci pour tout le soutien, ton aide, nos rires, nos joies, nos moments de bonheur et l'amour que tu m'apportes chaque jour. Je t'aime.

A ma seconde famille,

A Alexandra G, mon amie de toujours, ma sœur, tu sais à quel point tu es importante pour moi. Merci pour ta présence et ton soutien à tout épreuve. Et **Loïck**, je ne t'oublie pas, je compte sur toi pour prendre bien soin d'elle 😊.

A Danielle, la famille Dei et Sylvie R, 1994 → 2019 → 2022 → ... Vous étiez présents lors de tous les événements importants de ma vie, nous n'avons pas le même sang mais vous êtes de ma famille. Merci d'être là ce soir et depuis toujours.

A Jordan, plus qu'un ami, un frère. Tu sais à quel point je t'aime et à quel point tu es essentiel à ma vie. Je te remercie pour ta présence, ta bienveillance, ta gentillesse et ton soutien à tout épreuve. Sans oublier **Louis** qui t'accompagne désormais, merci pour tous ces bons moments passés ensemble et tous ceux à venir !

A ma Juliette, tu sais à quel point tu es importante pour moi. Merci pour tout, nos rires, nos pleurs, nos joies. Nous avons déjà vécu tant de choses et il nous en reste tellement à vivre, hâte de découvrir ce que sera notre vie désormais.

A PaoLau, mes tontons de cœur que j'aime tant ! Vous êtes et serez toujours mes tontons PaoLau ! Je vous aime mais également je vous admire pour tout ce que vous faites pour tous ces enfants dans le monde. Graines de Joie ne pouvait rêver mieux à sa direction. Hâte de pouvoir partir en mission avec vous, voir ma petite Jennifer.

A mes amis,

A Alexy G, le S

A Astrid S, qui « m'attire comme un aimant ». Merci pour tout.

A mes cacas de l'espace, parce que quel que soit la distance vous avez toujours été là, parce que vous me perdez dans vos longues discussions, parce que vous êtes des personnes en or. Alors vive Docteur Bulbaire de Phacochère, Lingual de Cheval ou Cupidon de la mort, Pectoral de Chacal et Elévatoire Ani de Fourmi qui devient ce soir Docteur Elévatoire Ani de Fourmi S'il vous plait !

A Cassandra, et nos problèmes de riches #femmedeménage. Merci pour tout ton soutien.

A Caroline et Vincent R, les premiers parents de notre petite bande ! Merci pour tout votre soutien et tous ces bons moments passés ensemble !

A Charlotte N, un petit bout de femme incroyable.

A Clara V, la plus douce de toutes les assistantes.

A la famille Iglesias, une famille incroyable et au grand cœur.

A Jennifer C, que dire à part MERCI pour tout ce que tu m'as apporté autant sur le plan personnel que professionnel. Tu es un véritable exemple pour moi.

A Gabriel C, mon tuteur !

Aux Kartman, pas plus vite qu'à fond 😊.

A Léanna, parce que finalement on ne s'en sort pas si mal quand on sait comment ça a commencé ahahah. Je t'aime fort petit cœur ! Sans oublier ton petit **Benji**, prend bien soin d'elle.

A Leslie et Lola, mes petites ardéchoises que j'aime tant.

A Magali, parce qu'on est Batman et Robin et que rien ne peut nous résister. Merci d'être toujours là.

A Marie, une rencontre incroyable dans un lieu improbable... Tu sais à quel point tu comptes pour moi. Je ne saurai jamais te remercier à la hauteur de tout ce que tu m'as apporté et que tu m'apportes toujours. C'est une belle et longue amitié qui a débuté il y a peu et tu es bien la preuve vivante qu'on peut trouver de très belles choses dans les moments les plus sombres.

A Méline, ma petite Méline, une femme au grand cœur, forte et courageuse ! On en aura vécu des choses ensemble et nous continuerons à en vivre dans le domaine un peu plus festif 😊 !

A toutes les autres personnes importantes,

A Corinne et Jean-Yves, parce qu'on en a passé de belles vacances ensemble !

A Flora, parce que ta présence ce soir était très importante pour moi, nous avons préparé et passé le bac ensemble, j'ai assisté à ta thèse, tu as assisté à la mienne, la boucle est bouclée et c'est une bien belle boucle ☺.

A la famille Julia, la plus barrée des familles carnouxiennes !

A la famille Mansour, une adorable famille avec le cœur sur la main. Docteur Romane arrive bientôt !

A Roger, hâte de commencer cette aventure avec toi. Et à ***Nathalie,*** j'espère que vous pourrez prendre plus de vacances maintenant !

A la Team Tesla, vous êtes une belle bande de fadas !

A toutes mes institutrices et tous mes professeurs, notamment ***Patricia B,*** ma première institutrice, ***Philippe C,*** un professeur de physique et principal qui m'a soutenu et accompagné dans des moments difficiles, ***Xavier C,*** un professeur de sport passionné et attentif au bien-être de ces élèves.

Et enfin....

A tous les papillons et à ceux qui leur ont permis de prendre leur envol,

SOMMAIRE

I – Introduction.	3
II – Matériel et méthodes.	5
1 – Schéma d'étude.	5
2 – Objectifs.	5
3 – Population.	5
4 – Méthodes.	6
<i>A – Analyses statistiques.</i>	6
III – Résultats.	8
1 – Le parcours de soins.	8
<i>A – Parcours de soins de l'épisode actuel, par centre.</i>	9
<i>B – Parcours de soins des épisodes vertigineux antérieurs, par centre.</i>	15
<i>C – Comparaison du parcours de soins de l'épisode vertigineux actuel des deux sous-groupes avec ou sans antécédent.</i>	18
2 – La prise en charge en soins primaires.	19
<i>A – Analyse descriptive en fonction de la spécialité.</i>	20
<i>B – Parcours de soins en fonction de l'expérience professionnelle chez les médecins généralistes.</i>	22
IV – Discussion.	25
1 – Forces, biais et limites de l'étude.	25
<i>A – Les biais et limites de l'étude.</i>	25
<i>B – Les forces de l'étude.</i>	26
2 – Parcours de soins et prise en charge en soins primaires.	27
<i>A – Orientation.</i>	27
<i>B – Examen clinique et manœuvres.</i>	29
<i>C – Examens complémentaires.</i>	30
<i>D – Diagnostic.</i>	31

<i>E – Traitement.</i>	32
<i>F – Les connaissances théoriques, difficultés et obstacles.</i>	33
V – Conclusion.	33
VI – Bibliographie.	34
VII – Annexes.	36
Annexe 1 : Rappels anatomiques et physiopathologiques.	36
Annexe 2 : Algorithme de prise en charge au SAU.	40
Annexe 3 : Questionnaire patient – CST et CKV.	41
Annexe 4 : Questionnaire patient – SAU.	46
Annexe 5 : Questionnaire professionnel de santé.	48
VIII – Abréviations.	51

I – Introduction.

Les vertiges font partie des 10 motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale. La prévalence de la symptomatologie vertige en « vie entière » est estimée à plus de 30% et 10.7 consultations pour 1000 personnes-année ont pour motif un « syndrome vertigineux » (1,2). Parmi les séniors de plus de 65 ans, 30% subissent une chute dans l'année qui suit un épisode de vertige, ce qui fait des troubles de l'équilibre un enjeu de santé publique essentiel (3).

Réputée comme une symptomatologie complexe de prime abord, la démarche diagnostique obéit pourtant à un arbre décisionnel éminemment clinique, suivi d'éventuels examens complémentaires adaptés. Le choix du bilan minimum nécessaire dépend de l'identification correcte de l'étiologie présumée et de l'élimination des principaux diagnostics différentiels, dont certains peuvent menacer le pronostic vital, contrecarrant la réputation de « banal » souvent attribuée à une sensation vertigineuse (4).

Malgré la fréquence de cette pathologie nous disposons de peu d'études sur sa prise en charge en soins primaires (2,5). C'est pourtant le médecin généraliste (MG) qui décide du parcours emprunté par le patient : initier lui-même l'exploration, traiter ou référer au spécialiste. Or, malgré l'absence de diagnostic, seulement 22% des patients sont orientés vers une consultation spécialisée (5).

Plusieurs études rétrospectives dans des centres de soins tertiaires spécialisés retrouvent des insuffisances de prise en charge, parmi lesquelles un sous-diagnostic, des erreurs diagnostiques ainsi qu'un traitement et une prise en charge irrationnels en soins primaires (5). Ces déviations au parcours de soins avec un diagnostic incorrect entraînent au minimum une augmentation de l'absentéisme au travail, une surutilisation des services de soins, une chronicisation et une dégradation de la qualité de vie (6,7).

De nombreux MG témoignent de leur incertitude concernant la prise en charge des vertiges, de la difficulté à orienter correctement leur patient, à établir un diagnostic correct due au manque de connaissance, d'expérience sur la pratique des tests diagnostiques spécifiques, de la difficulté d'accès aux spécialistes (4).

En somme, le parcours de soins d'un patient atteint de vertiges peut être tumultueux et assez long avec des délais moyens pouvant aller jusqu'à 28 semaines entre les premiers symptômes et la consultation chez le spécialiste adapté (7).

Cette longue période est ponctuée de nombreuses visites chez le MG (environ 60% des vertigineux consultent au moins à 2 reprises avant d'être orientés vers un spécialiste), des séjours en Service d'Accueil des Urgences (SAU) et des orientations vers la mauvaise spécialité (7). S'ajoutent à cela des traitements inefficaces et des examens complémentaires inutiles entraînant au total une perte de temps et d'argent (8).

Au vu de la littérature disponible, la prise en charge des vertiges en cabinet de ville semble suboptimale. Sachant qu'environ 45% des patients atteints de vertiges sont vus et pris en charge en premier lieu par un médecin de premier recours (60 à 80% en Angleterre), il paraît essentiel de formaliser le parcours de soins de ces patients spécifiques (5).

Cette thèse a pour but de réaliser un état des lieux de la prise en charge de la pathologie vertigineuse en soins primaires, par le biais d'une étude clinique observationnelle sur des parcours de soins.

Nous détaillerons la méthodologie, les résultats de cette analyse en les discutant au regard de la littérature actuelle.

Les rappels anatomiques et physiopathologiques ainsi que l'algorithme de prise en charge des vertiges en SAU seront détaillés en annexe.

II – Matériel et méthodes.

1 – Schéma d'étude.

Il s'agit d'une étude observationnelle et descriptive, rétrospective, multicentrique réalisée de février 2020 à décembre 2020.

2 – Objectifs.

L'objectif principal de cette étude est d'analyser le parcours de soins d'un patient atteint de vertiges.

L'objectif secondaire est d'identifier les obstacles à une prise en charge adaptée.

3 – Population.

Nous avons analysé trois flux de patients, âgés de plus de 18 ans, présentant une symptomatologie vertigineuse et adressés dans un des trois centres suivants :

- Un Service d'Accueil des Urgences (SAU), celui du centre hospitalier Edmond Garcin situé à Aubagne.
- Un centre de soins tertiaire (CST) de référence, le centre d'exploration vestibulaire VITEM de l'hôpital privé Clairval situé à Marseille.
- Un centre de kinésithérapie vestibulaire (CKV), celui de Monsieur Combalbert, situé à Marseille dans le 6^e arrondissement.

Les patients mineurs, non francophones, avec un diagnostic étiologique posé (maladie de Ménière, neurinome de l'acoustique...) et/ou témoignant leur refus de participation ont été exclus de l'étude.

En parallèle, nous avons également interrogé les professionnels de santé de soins primaires intervenus dans la prise en charge récente des patients afin d'identifier les difficultés rencontrées.

4 – Méthodes.

Nous avons soumis l'ensemble des patients inclus à un questionnaire anonymisé relatif à leur parcours de soins.

Ces questionnaires, reproduits en annexe 3 et 4, reprennent des informations démographiques (sexe, âge, profession, présence d'un médecin traitant), des informations médicales relatives à leur parcours de soins antérieur et actuel (antécédent de vertiges et parcours de soins depuis le premier épisode, parcours de soins de l'épisode actuel), des précisions sur le diagnostic final.

Le questionnaire a été administré de manière différente en fonction du lieu d'inclusion :

- Au SAU, le médecin de garde était chargé de remplir, a posteriori à partir du dossier patient, les informations récoltées.
- Au centre d'exploration vestibulaire de l'hôpital Clairval ou au centre de réhabilitation vestibulaire, les patients ont pu remplir leur questionnaire en salle d'attente avant leur rendez-vous.

En parallèle et a posteriori, les professionnels de santé, intervenus dans la prise en charge récente des patients (MG, spécialistes ou professionnels paramédicaux), ont été contactés par téléphone afin de leur présenter l'étude et leur demander de répondre de manière volontaire à un questionnaire anonymisé relatif à la prise en charge de la pathologie vertigineuse en cabinet de ville. Ce questionnaire, reproduit en annexe 5, leur a été envoyé par mail sous forme d'un formulaire google.

Les données recueillies comprennent des informations démographiques (sexe, âge, profession et durée) et médicales (connaissances théoriques relatives à la prise en charge de la pathologie vertigineuse, orientation systématique, prescription d'examens complémentaires, de traitements, obstacle à la prise en charge, formation).

A – Analyses statistiques.

Les analyses statistiques ont été réalisées par la société IQVIA avec le logiciel R (version 3.5.3). Une analyse descriptive a été réalisée sur l'ensemble des deux sous-groupes de population de l'étude (patients et professionnels de santé). Toutes les

variables des questionnaires étaient de nature qualitative, elles ont été décrites en fonction du nombre et du pourcentage de patients/professionnels de santé par catégorie. Des analyses complémentaires ont été effectuées afin de répondre à l'objectif principal et secondaire de l'étude.

Concernant l'analyse du questionnaire patient, cette description a porté :

- Sur les données socio-démographiques, les informations médicales antérieures à l'épisode vertigineux actuel et au cours de l'épisode vertigineux actuel, par centre d'inclusion.
- Sur les données socio-démographiques et les informations médicales au cours de l'épisode vertigineux actuel, par antécédent vertigineux.

Afin d'identifier les liens entre les variables, des tests statistiques de Fisher exacte ou du Khi-deux (en fonction des effectifs) ont été réalisés. Le seuil de significativité (p) est fixé à 0,05.

Concernant l'analyse du questionnaire professionnel de santé, cette description a porté sur les données socio-démographiques et les informations médicales selon :

- La spécialité.
- La durée de profession chez les MG.

Les catégories ORL (spécialiste en oto-rhino-laryngologie) / kinésithérapeute (Kiné) / urgentiste (Urg) / autres spécialités ont été regroupées afin d'avoir un effectif raisonnable au sein des catégories.

Cette analyse est seulement descriptive, certains tests statistiques n'ont pu être effectués au vu de l'effectif trop faible.

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique du groupe Ramsay Santé, n° IRB 00010835 et déclaré à la CNIL, référence CNIL 2216573v0. Tous les patients ont été informés de sa réalisation et leur consentement oral recueilli.

Le financement de l'étude statistique a été obtenu par le Comité de Recherche Clinique du groupe Ramsay Santé (Direction de la Recherche et de l'Enseignement (DRE) Groupe Ramsay Santé).

Les auteurs de l'étude n'ont aucun conflit d'intérêt avec des industriels relatifs à la prise en charge des patients vertigineux.

III – Résultats.

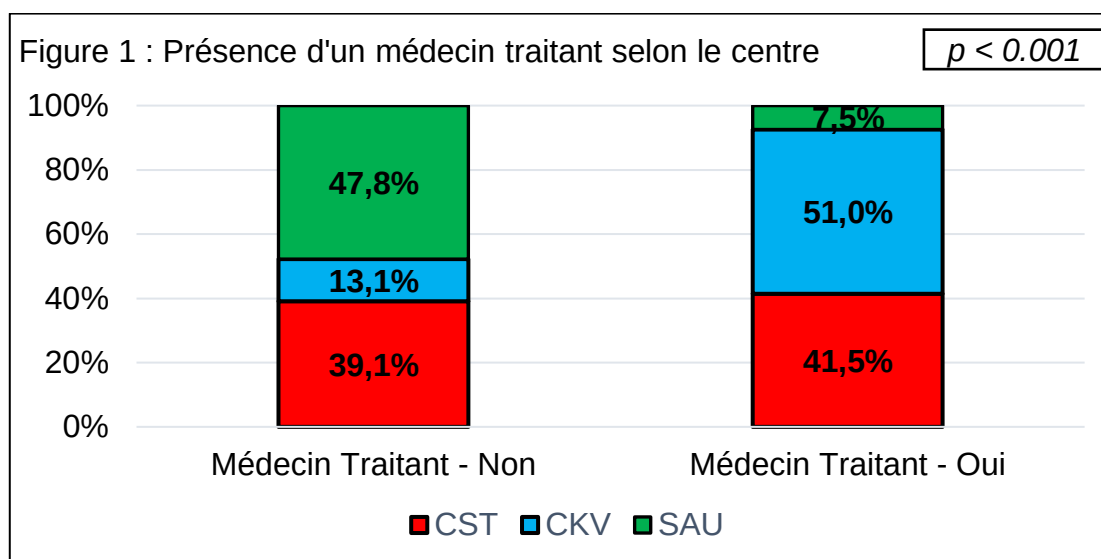
1 – Le parcours de soins.

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques par centre						
		CST	CKV	SAU	Total	p-
		(n = 75)	(n = 85)	(n = 23)	(n = 183)	value*
Sexe, n (%)	Femme	46 (61,3)	55 (65,5)	14 (60,9)	115 (63,2)	
	Homme	29 (38,7)	29 (34,5)	9 (39,1)	67 (36,8)	
	VM**	0	1	0	1	
Age, n (%)	< 30 ans	6 (8,0)	2 (2,4)	3 (13,0)	11 (6,0)	
	30 – 50 ans	20 (26,7)	21 (25,0)	8 (34,8)	49 (26,9)	
	> 50 ans	49 (65,3)	61 (72,6)	12 (52,2)	122 (67,0)	
	VM**	0	1	0	1	
Activité, n (%)	Etudiant	2 (2,7)	1 (1,2)	1 (4,3)	4 (2,2)	
	En activité	36 (48,0)	45 (53,6)	15 (65,2)	96 (52,7)	
	Sans emploi	6 (8,0)	7 (8,3)	3 (13,0)	16 (8,8)	
	Retraité	31 (41,3)	31 (36,9)	4 (17,4)	66 (36,3)	
	VM**	0	1	0	1	
Antécédents de vertiges, n (%)	Non	22 (29,3)	42 (49,4)	12 (52,2)	76 (41,5)	
	Oui	53 (70,7)	43 (50,6)	11 (47,8)	107 (58,5)	
Médecin	Non	9 (12,0)	3 (3,6)	11 (47,8)	23 (12,6)	< 0,001
Traitant, n (%)	Oui	66 (88,0)	81 (96,4)	12 (52,2)	159 (87,4)	
	VM**	0	1	0	1	
*p-value calculée avec le test de Fisher						
**Valeurs manquantes (ôtées à l'effectif total du centre pour calcul du pourcentage)						

De février 2020 à décembre 2020, 182 patients ont été inclus. Leurs caractéristiques démographiques sont détaillées dans le Tableau 1.

Ces premières données nous permettent de mettre en lumière trois tendances. Tout d'abord, la population incluse serait principalement composée de femmes et de patients âgés de plus de 50 ans, et ce dans chaque centre. Ensuite, dans la population de patients inclus dans le CST (Centre de Soins Tertiaires), il existerait une prépondérance de patients avec des antécédents de vertiges (70.7% contre 29.3%), à la différence des autres centres d'inclusion où le rapport serait équilibré.

Nous constatons que, de façon significative, les patients ne possédant pas de médecin traitant se rendent plus aux urgences (47.8% contre 7.5%, $p < 0.001$) (Figure 1).



A – Parcours de soins de l'épisode actuel, par centre.

Orientation (Tableau 2)

Les patients se rendent significativement plus au SAU (Service d'Accueil des Urgences) de manière spontanée que dans les autres centres d'inclusion.

Les patients inclus dans le CKV (Centre de Kinésithérapie Vestibulaire) ont tendance à être majoritairement orientés par un ORL (56.5%).

L'orientation dans le CST apparaît quant à elle beaucoup plus homogène avec des patients orientés par un ORL ou un MG dans 20% et 30.7% des cas respectivement.

Notons que dans 30.7% des cas, les patients ont spontanément consulté, mais parmi ces derniers 73.9% présentaient des antécédents de vertiges.

SAU exclu, le premier professionnel consulté est majoritairement le MG, avec une orientation rapide (< 15 j) vers un spécialiste. En effet, 71.6% des patients sont orientés après 1 seule consultation chez le MG. Précisons également que parmi les patients inclus dans le CST, 13.5% ont bénéficié de plus de 2 consultations chez un MG avant d'être orientés dans le centre de référence.

Les patients inclus au SAU ont pour la grande majorité seulement consulté aux urgences, à la différence des patients inclus dans les deux autres centres qui ont consulté 2 voire 3 professions différentes.

Les 3 professions les plus consultées sont les ORL, les kinésithérapeutes (Kiné) et les MG (respectivement 72.7%, 62.8% et 55.7%). On note peu de consultations chez le neurologue (Neuro) (6.6%).

S'agissant des **consultations multiples**, 9.3% ont consulté 4 professions différentes ou plus avant d'être référés. Dans ce sous-groupe, les patients n'ayant pas de médecin traitant multiplient les intervenants de manière significative (8.2% vs 17.4%, $p = 0.013$).

70.4% des patients ont été pris en charge dans un délai inférieur à 15 jours, seulement 4.5% ont attendu plus de 6 mois entre la première consultation et la prise en charge dans le centre d'inclusion. C'est notamment dans le CST où nous constatons une tendance à un allongement du délai de prise en charge, sans différence significative.

Tableau 2 : Informations médicales de l'épisode actuel par centre (1)						
		CST (n = 75)	CKV (n = 85)	SAU (n = 23)	Total (n = 183)	p- value*
Professionnel orientant, n (%)	Patient	23 (30,7)	10 (11,8)	16 (69,6)	49 (26,8)	< 0.001
	MG	23 (30,7)	21 (24,7)	2 (8,7)	46 (25,1)	
	Urg	2 (2,7)	0 (0,0)	4 (17,4)	6 (3,3)	
	ORL	15 (20,0)	48 (56,5)	0 (0,0)	63 (34,4)	
	Neuro	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	
	Autre	11 (14,7)	6 (7,1)	1 (4,3)	18 (9,8)	
	MG	23 (30,7)	21 (24,7)	2 (8,7)	46 (25,1)	
	ORL	15 (20,0)	48 (56,5)	0 (0,0)	63 (34,4)	
	Patient	23 (30,7)	10 (11,8)	16 (69,6)	49 (26,8)	
	Urg/Neuro /Autre**	14 (18,7)	6 (7,1)	5 (21,7)	25 (13,7)	
Professionnel consulté initialement, n (%)	MG	37 (49,3)	49 (57,6)	2 (8,7)	88 (48,1)	
	Urg	6 (8,0)	9 (10,6)	21 (91,3)	36 (19,7)	
	ORL	27 (36,0)	23 (27,1)	0 (0,0)	50 (27,3)	
	Neuro	2 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,1)	
	Kiné	2 (2,7)	2 (2,4)	0 (0,0)	4 (2,2)	
	Autre	1 (1,3)	2 (2,4)	0 (0,0)	3 (1,6)	
Profession médicale et paramédicale consulté, n (%)	1	13 (17,3)	1 (1,2)	20 (87,0)	34 (18,6)	
	2	31 (41,3)	48 (56,5)	2 (8,7)	81 (44,3)	
	3	24 (32,0)	27 (31,8)	0 (0,0)	51 (27,9)	
	>=4	7 (9,3)	9 (10,6)	1 (4,3)	17 (9,3)	
Délai consultation initiale – consultation centre d'inclusion, n (%)	< 15j	45 (62,5)	60 (71,4)	21 (91,3)	126(70,4)	
	15j - 1m	12 (16,7)	8 (9,5)	1 (4,3)	21 (11,7)	
	1m-6m	9 (12,5)	15 (17,9)	0 (0,0)	24 (13,4)	
	> 6m	6 (8,3)	1 (1,2)	1 (4,3)	8 (4,5)	
	VM**	3	1	0	4	
*p-value calculée avec le test de Fisher						
**Les catégories Urgentiste, Neurologue et Autre ont été regroupées afin d'avoir un effectif raisonnable au sein des catégories						
***Valeurs manquantes (ôtées à l'effectif total du centre pour calcul du pourcentage)						

Examen clinique, paraclinique et traitement (tableau 3)

Près de la totalité des patients inclus au SAU n'avaient pas bénéficié de manœuvres diagnostiques et/ou libératoires à la différence des patients inclus au CKV où 66.3% avaient pu bénéficier d'une de ces manœuvres.

Ces manœuvres ont été réalisées par des ORL et des Kiné dans 52.8% et 46.1% des cas respectivement, par des MG dans 4.5%.

Tableau 3 : Informations médicales de l'épisode actuel par centre (2).					
		CST (n = 75)	CKV (n = 85)	SAU (n = 23)	Total (n = 183)
Manœuvre diagnostique ou libératoire, n (%)	Non	42 (56,0)	28 (33,7)	22 (95,7)	92 (50,8)
	Oui	33 (44,0)	55 (66,3)	1 (4,3)	89 (49,2)
	VM*	0	2	0	2
Examens complémentaires (Imagerie, Biologie, > 5 autres), n (%)	0	31 (42,5)	57 (67,9)	13 (56,5)	101 (56,1)
	1 et 5	42 (57,5)	27 (32,1)	10 (43,5)	79 (43,9)
	> 5	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	VM*	2	1	0	3
Traitements médicamenteux, n (%)	0	29 (39,2)	39 (46,4)	13 (56,5)	81 (44,8)
	1	28 (37,8)	31 (36,9)	6 (26,1)	65 (35,9)
	2	12 (16,2)	11 (13,1)	4 (17,4)	27 (14,9)
	> 2	5 (6,8)	3 (3,6)	0 (0,0)	8 (4,4)
	VM*	1	1	0	2
Traitements non médicamenteux (ostéopathie, kinésithérapie...), n(%)	0	32 (43,2)	6 (7,2)	23 (100,0)	61 (33,9)
	1	39 (52,7)	75 (90,4)	0 (0,0)	114 (63,3)
	2	3 (4,1)	2 (2,4)	0 (0,0)	5 (2,8)
	> 2	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	VM*	1	2	0	3
*Valeurs manquantes (ôtées à l'effectif total du centre pour calcul du pourcentage)					

Aucun patient n'avait bénéficié de plus de 5 examens complémentaires différents.

La grande majorité des patients n'avaient reçu aucun traitement médicamenteux ou un seul (44.8% et 35.9% respectivement), seulement 4.4% avaient bénéficié de plus de 2 traitements médicamenteux différents dont 62.5% ont été inclus au CST.

63.3% des patients avaient bénéficié d'une thérapeutique non médicamenteuse et dans 95.8% des cas, il s'agissait d'une rééducation vestibulaire.

Aucun patient inclus au SAU n'avait bénéficié de traitement non médicamenteux et seulement la moitié de ceux inclus au CST en avaient bénéficié.

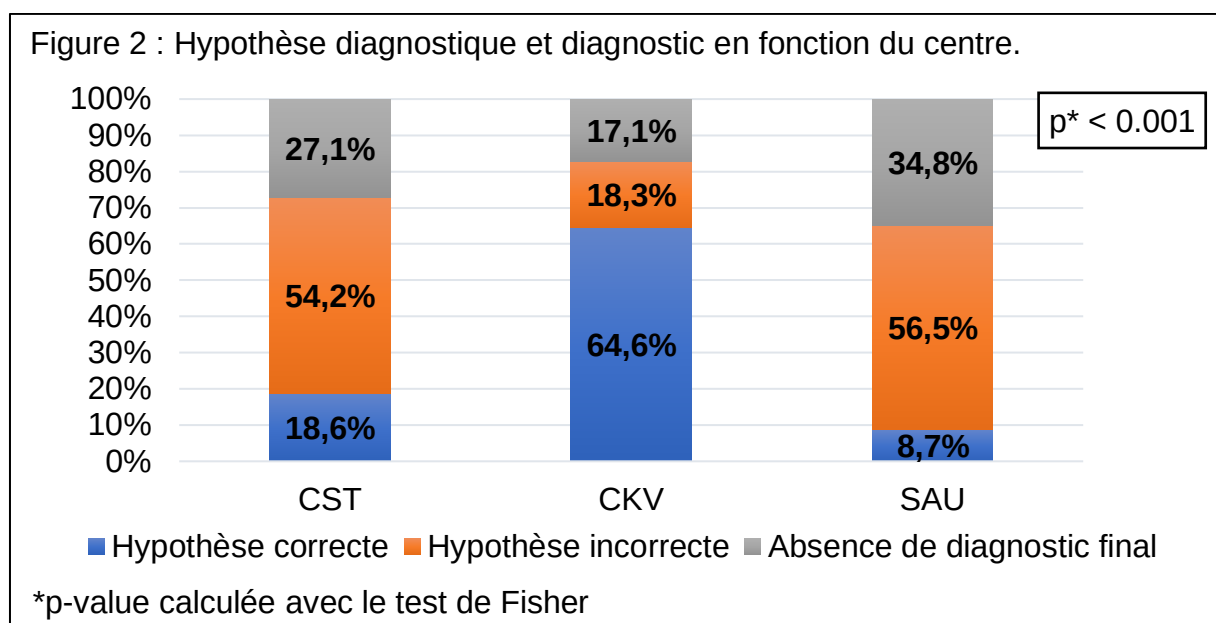
Diagnostic

Le diagnostic évoqué par le médecin orientant est significativement plus souvent correct chez les patients adressés dans le CKV (le Vertige Paroxystique Positionnel Bénin (VPPB) le plus souvent).

De manière significative, les patients inclus au CST et au SAU ont été plus souvent adressés avec une hypothèse diagnostique incorrecte (Figure 2).

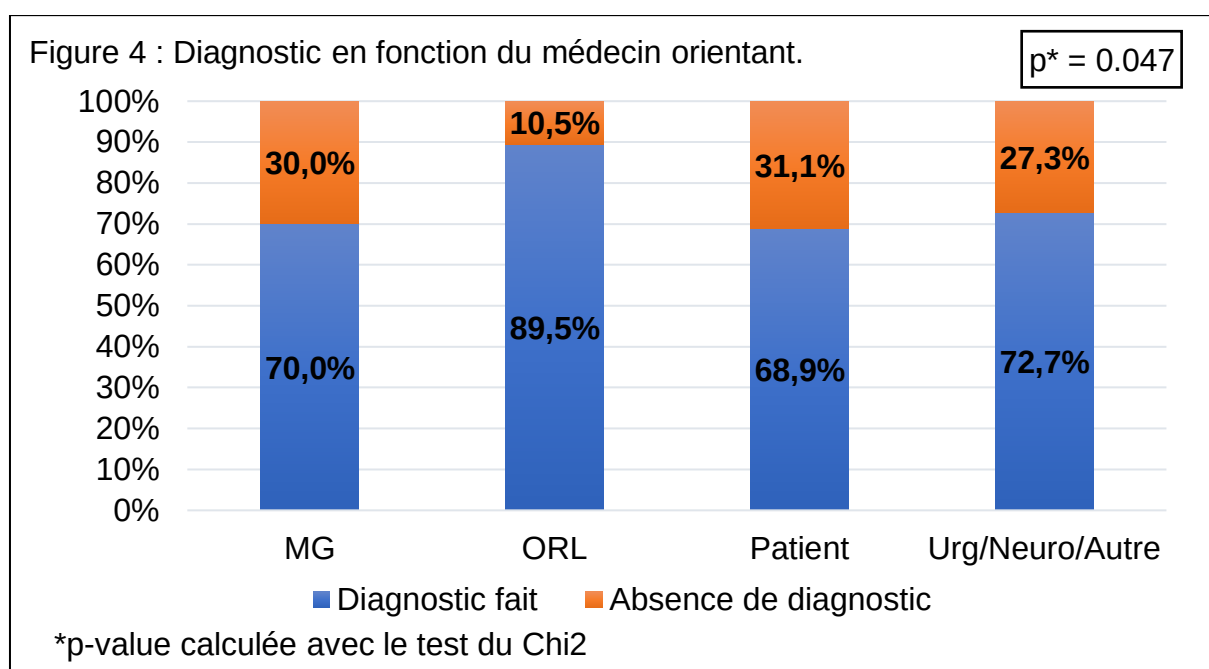
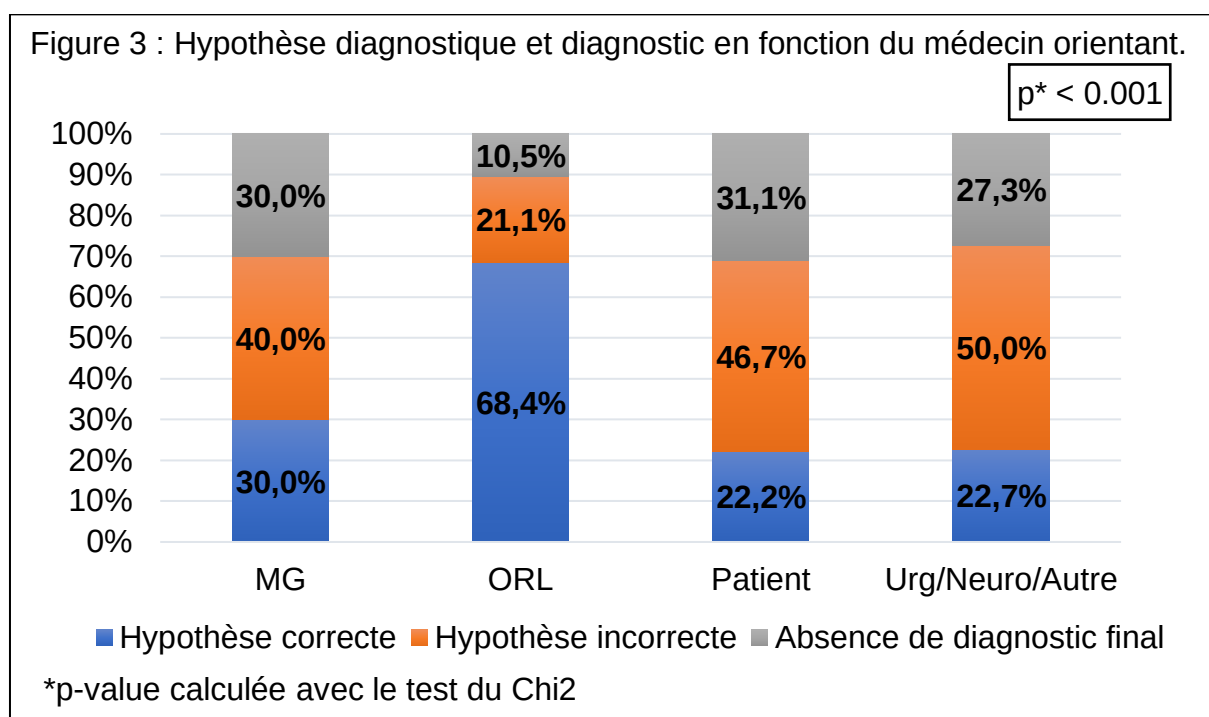
L'hypothèse diagnostique est définie comme correcte lorsqu'elle est similaire au diagnostic étiologique final posé.

Au total, 23.2% des patients n'ont pas eu de diagnostic posé.



Les patients adressés par des ORL sont référés avec diagnostic correct dans 68.4%, en comparaison des patients adressés par un MG ou les patients consultant de leur propre chef (30% et 22.2% respectivement) ($p < 0.001$) (Figure 3).

Un diagnostic est posé chez 89.5% des patients adressés par un ORL, différence significative avec les patients adressés par les autres professions et les patients venant de leur propre chef (Figure 4).



43% des patients ont été adressés avec une suspicion de VPPB et 31% pour « vertiges/instabilité/trouble de l'équilibre » sans précision. Parmi ces derniers, un diagnostic a été posé dans 74% des cas (dont 32.4 % de VPPB).

Les 3 étiologies les plus fréquentes ont été le VPPB (41.5%), le déficit vestibulaire (31.3%) et la maladie de Ménière (3%). L'étiologie psychiatrique n'a jamais été évoquée.

B – Parcours de soins des épisodes vertigineux antérieurs, par centre.

Il s'agit du sous-groupe de patients avec antécédent de vertiges. Dans ce chapitre, l'analyse sera seulement descriptive (absence de test statistique réalisé faute d'effectif suffisant).

Pour commencer, 44.3% des patients souffrent de vertiges depuis plus de 2 ans.

Orientation (Tableau 6)

Le MG a été le premier praticien consulté chez les patients inclus au CST et au CKV dans 73.6% et 51.2% des cas respectivement. Dans l'effectif des patients inclus au SAU, l'ORL fut le premier dans 54.5% des cas.

Seulement 16.1% des patients ayant consulté leur MG lors du premier épisode ont été orientés vers une spécialité après 3 consultations ou plus, 83.9% l'ont été rapidement (inférieur ou égale à 2 consultations).

Globalement, 43.7% des patients ont consulté 2 professions médicales et/ou paramédicales différentes et 9.7% au moins 4 dont 22.2% des patients inclus au SAU.

Tableau 6 : Informations médicales des épisodes antérieurs par centre (1).					
		CST (n = 53)	CKV (n = 43)	SAU (n = 11)	Total (n = 107)
Délai premier épisode – épisode actuel, n (%)	< 6 mois	19 (35,8)	13 (31,0)	2 (18,2)	34 (32,1)
	6 mois - 1 an	8 (15,1)	6 (14,3)	3 (27,3)	17 (16,0)
	1 - 2 ans	2 (3,8)	5 (11,9)	1 (9,1)	8 (7,5)
	> 2 ans	24 (45,3)	18 (42,9)	5 (45,5)	47 (44,3)
	VM*	0	1	0	1
Professionnel de santé consulté initialement, n (%)	MG	39 (73,6)	22 (51,2)	1 (9,1)	62 (57,9)
	Urg	2 (3,8)	4 (9,3)	2 (18,2)	8 (7,5)
	ORL	8 (15,1)	12 (27,9)	6 (54,5)	26 (24,3)
	Neuro	1 (1,9)	1 (2,3)	0 (0,0)	2 (1,9)
	Kine	1 (1,9)	1 (2,3)	0 (0,0)	2 (1,9)
	Autre	2 (3,8)	3 (7,0)	2 (18,2)	7 (6,5)
Nombre de profession médicale et paramédicale différente consultée, n (%)	1	9 (17,3)	9 (21,4)	2 (22,2)	20 (19,4)
	2	22 (42,3)	20 (47,6)	3 (33,3)	45 (43,7)
	3	15 (28,8)	11 (26,2)	2 (22,2)	28 (27,2)
	>=4	6 (11,5)	2 (4,8)	2 (22,2)	10 (9,7)
	VM*	1	1	2	4
*Valeurs manquantes (ôtées à l'effectif du sous-groupe « antécédents » du centre pour calcul du pourcentage)					

Les MG et les ORL apparaissent être les professions les plus consultées, dans 69.9% pour les deux, contre 43.7% pour les Kiné et 14.6% pour les urgentistes. De nouveau peu de consultations chez le neurologue (9.7%).

A noter que 77.8% des patients inclus au SAU n'ont pas consulté de Kiné lors d'épisode antérieur, en revanche plus de la moitié d'entre eux ont déjà consulté au SAU (contre 11.5% et 7.1% chez les patients inclus au CST et au CKV).

Examen clinique, paraclinique et traitement (tableau 7)

D'une manière générale, dans chaque centre, plus de la moitié des patients avaient déjà subi une manœuvre diagnostique et/ou libératoire. Ces manœuvres ont principalement été réalisées par des ORL (63.2%) ou des Kiné (33.8%), presque jamais par des MG (2.9%).

Seulement 4.7% des patients avaient subi plus de 5 examens complémentaires : 80% de ces patients ont été inclus au CST, aucun au SAU.

Tableau 7 : Informations médicales des épisodes antérieurs par centre (2).					
		CST (n = 53)	CKV (n = 43)	SAU (n = 11)	Total (n = 107)
Manœuvre diagnostique ou libératoire, n (%)	Non	19 (35,8)	15 (34,9)	5 (45,5)	39 (36,4)
	Oui	34 (64,2)	28 (65,1)	6 (54,5)	68 (63,6)
Examens complémentaires, n (%)	0	21 (39,6)	24 (55,8)	5 (45,5)	50 (46,7)
	1 et 5	28 (52,8)	18 (41,9)	6 (54,5)	52 (48,6)
	> 5	4 (7,5)	1 (2,3)	0 (0,0)	5 (4,7)
Traitements médicamenteux, n (%)	0	24 (45,3)	21 (48,8)	6 (54,5)	51 (47,7)
	1	17 (32,1)	14 (32,6)	3 (27,3)	34 (31,8)
	2	6 (11,3)	5 (11,6)	0 (0,0)	11 (10,3)
	> 2	6 (11,3)	3 (7,0)	2 (18,2)	11 (10,3)
Traitements non médicamenteux, n (%)	0	23 (43,4)	19 (44,2)	8 (72,7)	50 (46,7)
	1	19 (35,8)	22 (51,2)	2 (18,2)	43 (40,2)
	2	6 (11,3)	1 (2,3)	0 (0,0)	7 (6,5)
	> 2	5 (9,4)	1 (2,3)	1 (9,1)	7 (6,5)
*Valeurs manquantes (ôtées à l'effectif du sous-groupe « antécédents » du centre pour calcul du pourcentage)					

Nous constatons également que la grande majorité n'avait reçu aucune ou une unique thérapeutique médicamenteuse (47.7% et 31.8% respectivement), 10.3% en ont néanmoins reçu au moins 3.

Même tendance concernant les thérapeutiques non médicamenteuses avec notamment très peu de rééducation effectuée dans le sous-groupe des patients inclus au SAU. Les patients inclus au CST semblent avoir globalement bénéficié de plus de ces thérapeutiques.

C – Comparaison du parcours de soins de l'épisode vertigineux actuel des deux sous-groupes avec ou sans antécédent.

Bien qu'on puisse constater une tendance à une prépondérance de femmes dans le sous-groupe avec antécédents de vertiges (67.3%), il n'existe pas de différence significative dans notre effectif (tableau 8).

Notons également qu'une proportion plus importante de patients dans le sous-groupe **sans antécédents de vertiges** ont bénéficié de 2 traitements ou plus (28% VS 13.2%, $p = 0.102$).

Les patients sans antécédents de vertiges ont significativement plus consulté le kinésithérapeute et les urgences que les patients avec antécédents (73.7% VS 55.1%, $p = 0.013$ et 30.3% VS 17.8% $p = 0.052$).

Concernant les autres variables étudiées, nous constatons une absence de différence significative.

Tableau 8 : Caractéristiques démographiques en fonction de l'antécédent vertigineux.

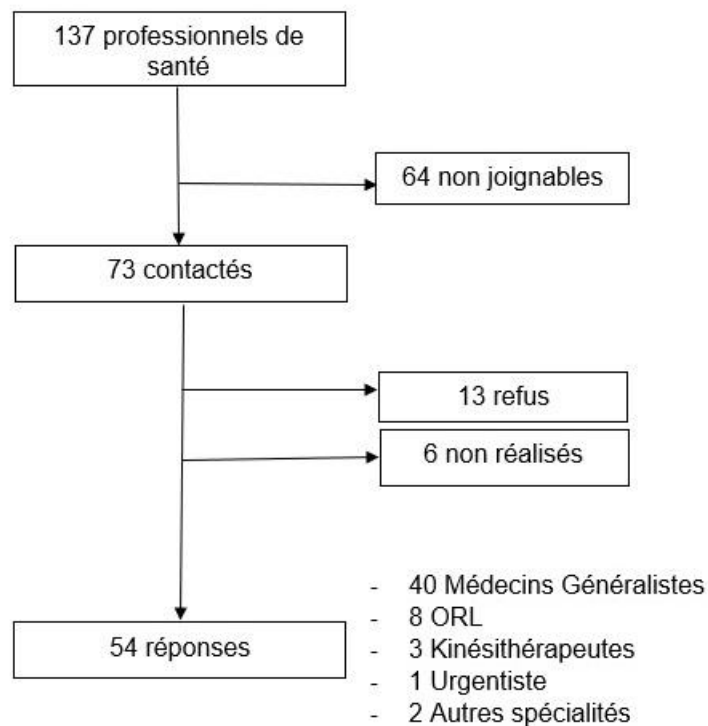
		Antécédent vertigineux			
		Non (n = 76)	Oui (n = 107)	Total (n = 183)	p-value*
Sexe, n (%)	Femme	43 (57,3)	72 (67,3)	115 (63,2)	0,212
	Homme	32 (42,7)	35 (32,7)	67 (36,8)	
	VM**	1	0	1	
Age, n (%)	<30 ans	4 (5,3)	7 (6,5)	11 (6,0)	0,815
	30-50 ans	22 (29,3)	27 (25,2)	49 (26,9)	
	>50 ans	49 (65,3)	73 (68,2)	122 (67,0)	
	VM**	1	0	1	
Activité, n (%)	Etudiant	1 (1,3)	3 (2,8)	4 (2,2)	0,809
	En activité	40 (53,3)	56 (52,3)	96 (52,7)	
	Sans emploi	8 (10,7)	8 (7,5)	16 (8,8)	
	Retraité	26 (34,7)	40 (37,4)	66 (36,3)	
	VM**	1	0	1	
Médecin Traitant, n (%)	Non	12 (16,0)	11 (10,3)	23 (12,6)	0,266
	Oui	63 (84,0)	96 (89,7)	159 (87,4)	
	VM**	1	0	1	
*p-value calculée avec le test du Chi2 ou de Fisher en fonction des effectifs					
**Valeurs manquantes (ôtées à l'effectif du sous-groupe pour calcul du pourcentage)					

2 – La prise en charge en soins primaires.

Au total, 54 professionnels de santé ont répondu au questionnaire qui leur était destiné (Figure 5).

Le taux de réponse est de 39.4%, néanmoins le taux de réponse positive effective est de 74% si nous ôtons les professionnels de santé qui n'ont pu être contactés.

Figure 5 : Diagramme des professionnels de santé contactés



A – Analyse descriptive en fonction de la spécialité.

Les informations démographiques sont détaillées dans le tableau 9.

Examen clinique

La majorité des professionnels de santé pratique de façon systématique l'évaluation des paires crâniennes (70.0% des MG et 71.4% des autres professionnels de santé).

72.5% des MG ne connaissent pas le Head Impulse Test (HIT) contre 21.4% des autres spécialités. Pour autant, lorsque celui-ci est connu du MG, il n'est pratiqué de manière systématique que dans 18% des cas.

Les manœuvres diagnostiques et libératoires sont peu connues des MG : respectivement 15% et 12.5% de réponses erronées, 27.5% ne connaissent pas les premières et 42.5% les secondes. A l'inverse, aucune erreur n'a été réalisée par les autres professions et plus des $\frac{3}{4}$ connaissaient les 2 types de manœuvres.

Tableau 9 : Informations démographiques des professionnels de santé en fonction de leur spécialité.

		MG (n = 40)	Autres spécialités** (n = 14)	Total (n = 54)
Sexe, n (%)	Femme	13 (32,5)	6 (42,9)	19 (35,2)
	Homme	27 (67,5)	8 (57,1)	35 (64,8)
Age, n (%)	< 35 ans	8 (20,0)	4 (28,6)	12 (22,2)
	35 à 50 ans	10 (25,0)	5 (35,7)	15 (27,8)
	> 50 ans	22 (55,0)	5 (35,7)	27 (50,0)
Durée de profession, n (%)	< 5 ans	9 (22,5)	3 (21,4)	12 (22,2)
	5 à 15 ans	5 (12,5)	4 (28,6)	9 (16,7)
	15 à 25 ans	7 (17,5)	3 (21,4)	10 (18,5)
	> 25 ans	19 (47,5)	4 (28,6)	23 (42,6)
Profession, n (%)	MG	40 (100,0)	0 (0,0)	40 (74,1)
	ORL	0 (0,0)	8 (57,1)	8 (14,8)
	KINE	0 (0,0)	3 (21,4)	3 (5,6)
	URG	0 (0,0)	1 (7,1)	1 (1,9)
	AUTRE	0 (0,0)	2 (14,3)	2 (3,7)
Orientation vers, n (%)	Clairval	5 (12,5)	4 (28,6)	9 (16,7)
	Kiné	5 (12,5)	6 (42,9)	11 (20,4)
	Urgence	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Non orientant	30 (75,0)	4 (28,6)	34 (63,0)
*p-value calculée avec le test du Chi2 ou de Fisher en fonction des effectifs				
** ORL, Kiné, Urg, autre				

Examen paraclinique et traitement

La prescription systématique d'examens complémentaires est peu fréquente (20%) et moins fréquente chez les MG que chez les autres spécialités (16.2% vs 30.8%).

A l'inverse, 50% des MG prescrivent un traitement de manière systématique contre 15.4% des autres spécialités.

Orientation

Premièrement, seulement 25% des MG répondants ont été le médecin orientant vers le centre d'inclusion.

Nous constatons que les MG adressent légèrement plus leur patient de manière systématique chez l'ORL (42.5% vs 35.7%). Néanmoins, de façon majoritaire les professionnels de santé n'adressent pas systématiquement leur patient chez un spécialiste (59.3%).

Concernant le recours au kinésithérapeute vestibulaire, 20% des professionnels de santé y ont recours systématiquement, avec des proportions similaires dans le groupe des MG et celui des autres spécialités.

Obstacles et difficultés de prise en charge

Les MG rencontrent plus d'obstacles à la prise en charge des vertiges que leur confrère spécialiste (64.1% vs 50% des autres spécialités).

Parmi le sous-groupe « autres spécialités », 83.3% des spécialistes non-ORL signalent rencontrer des difficultés à la prise en charge de cette pathologie. 25% des ORL le signalent également.

La majorité des MG considère que leur formation initiale ne permet pas de prendre en charge efficacement un patient atteint de vertiges au cabinet (60% contre 35.7% des autres professionnels) et 80% seraient prêts à participer à un programme de DPC (Développement Professionnel Continu) (contre 64.3% chez les autres professions).

B – Parcours de soins en fonction de l'expérience professionnelle chez les médecins généralistes.

Examen clinique (tableau 10)

La fréquence des consultations pour vertiges est estimée par 90% des MG à moins de 15 par mois.

Parmi les MG exerçant depuis moins de 25 ans, l'évaluation des paires crâniennes est faite majoritairement de manière systématique.

Concernant la pratique du HIT (Head Impulse Test), ce test n'est majoritairement pas connu.

S'agissant des manœuvres diagnostiques et libératoires, aucune erreur n'a été faite par les praticiens exerçant depuis moins de 5 ans. Nous constatons que globalement le taux d'erreur et de méconnaissance augmente avec l'ancienneté du MG.

Tableau 10 : Informations démographiques et médicales en fonction de la durée de la profession, parmi les MG.		Durée de la profession			
		< 5 ans (n = 9)	5 à 25 ans (n = 12)	> 25 ans (n = 19)	Total (n = 40)
Sexe, n (%)	Femme	4 (44,4)	8 (66,7)	1 (5,3)	13 (32,5)
	Homme	5 (55,6)	4 (33,3)	18 (94,7)	27 (67,5)
Orientation vers, n (%)	Clairval	0 (0,0)	1 (8,3)	4 (21,1)	5 (12,5)
	Kiné	0 (0,0)	2 (16,7)	3 (15,8)	5 (12,5)
	Urgence	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Non orientant	9 (100,0)	9 (75,0)	12 (63,2)	30 (75,0)
Evaluation systématique paires crâniennes, n (%)	Non	1 (11,1)	2 (16,7)	9 (47,4)	12 (30,0)
	Oui	8 (88,9)	10 (83,3)	10 (52,6)	28 (70,0)
HIT systématique, n (%)	Oui	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (10,5)	2 (5,0)
	Non	4 (44,4)	1 (8,3)	4 (21,1)	9 (22,5)
	Inconnu	5 (55,6)	11 (91,7)	13 (68,4)	29 (72,5)
Connaissance tests diagnostiques vertiges positionnels, n (%)	Oui	8 (88,9)	6 (50,0)	9 (47,4)	23 (57,5)
	Non	1 (11,1)	4 (33,3)	6 (31,6)	11 (27,5)
	Erreur	0 (0,0)	2 (16,7)	4 (21,1)	6 (15,0)
Connaissance manœuvres libératoires vertiges positionnels, n (%)	Oui	6 (66,7)	5 (41,7)	7 (36,8)	18 (45,0)
	Non	3 (33,3)	4 (33,3)	10 (52,6)	17 (42,5)
	Erreur	0 (0,0)	3 (25,0)	2 (10,5)	5 (12,5)

Examen paraclinique et traitement (tableau 11)

La fréquence de prescription systématique d'examens complémentaires et de traitements médicamenteux augmente avec l'expérience.

Tableau 11 : Informations médicales en fonction de la durée de la profession, parmi les MG.					
		Durée de la profession			
		< 5 ans (n = 9)	5 à 25 ans (n = 12)	> 25 ans (n = 19)	Total (n = 40)
Prescription systématique d'examens complémentaires, n (%)	Oui	0 (0,0)	1 (9,1)	5 (27,8)	6 (16,2)
	Non	8 (100,0)	10 (90,9)	13 (72,2)	31 (83,8)
	VM*	1	1	1	3
Prescription systématique de traitement médicamenteux, n (%)	Oui	2 (25,0)	7 (63,6)	10 (55,6)	19 (51,4)
	Non	6 (75,0)	4 (36,4)	8 (44,4)	18 (48,6)
	VM*	1	1	1	3
Adressage systématique à un spécialiste, n (%)	ORL	5 (55,6)	3 (25,0)	9 (47,4)	17 (42,5)
	Neuro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Autre	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Non	4 (44,4)	9 (75,0)	10 (52,6)	23 (57,5)
Adressage systématique à un kinésithérapeute spécialisé, n (%)	Oui	1 (11,1)	3 (25,0)	4 (21,1)	8 (20,0)
	Non	8 (88,9)	9 (75,0)	15 (78,9)	32 (80,0)
Difficultés ou obstacles lors de la prise en charge de cette pathologie, n (%)	Oui	8 (88,9)	8 (66,7)	9 (50,0)	25 (64,1)
	Non	1 (11,1)	4 (33,3)	9 (50,0)	14 (35,9)
	VM*	0	0	1	1
*Valeurs manquantes (ôtées à l'effectif du sous-groupe pour calcul du pourcentage)					

Orientation (tableau 11)

Parmi les MG ayant orienté leur patient, 70% avaient plus de 25 ans de profession, 30% de 5 à 25 ans et aucun MG orientant ne pratiquait depuis moins de 5 ans.

Globalement les MG n'orientent pas de manière systématique vers un spécialiste ou vers un kinésithérapeute. Si une orientation systématique est effectuée, ce sera vers l'ORL que le patient sera dirigé dans 100% des cas.

Obstacles et difficultés de prise en charge (tableau 11)

La perception d'obstacles et de difficultés diminue avec l'expérience. Globalement, 64,1% des MG rencontrent des difficultés.

Le pourcentage de praticiens considérant leur formation initiale comme insuffisante diminue avec l'expérience mais l'absence de formation initiale satisfaisante reste l'avis globalement partagé (60%).

La totalité des MG exerçant depuis moins de 5 ans souhaitent participer à un programme de DPC, ce taux de participation diminue au fil des années d'exercice.

IV – Discussion.

1 – Forces, biais et limites de l'étude.

A – Les biais et limites de l'étude.

Cette étude comporte trois biais principaux :

- Un biais de sélection dû aux non-réponses des professionnels de santé contactés (non joignables, refus ou absence de réponse).
- Un biais de confusion dû à la création d'un véritable réseau de soins par le kinésithérapeute, Monsieur Combalbert, simplifiant l'orientation directe du patient vers son cabinet de kinésithérapie vestibulaire.
- Un biais de mesure et de mémorisation dus au caractère rétrospectif de l'étude.

La limite majeure fut la pandémie Covid 19 qui débuta en France à la même période et durera tout au long de cette étude. La fermeture initiale des cabinets de

kinésithérapie, l'annulation des soins programmés non urgents dans les établissements de santé et la baisse drastique du recours global aux soins pour tous les motifs autres que les symptômes respiratoires ont impacté la taille de l'effectif, fortement celui inclus dans le SAU et dans une moindre mesure dans le CKV et le CST.

Cette pandémie a également eu un impact sur l'effectif des professionnels de santé inclus, ces derniers étaient évidemment moins enclins à répondre aux questionnaires (burn-out et détresse psychologique, manque de temps, réquisition en établissement de santé...).

Une autre limite importante est le fait que nous n'abordons ni le ressenti des patients, ni l'impact de la symptomatologie vertigineuse sur leur qualité de vie. Peu d'études examinent ce domaine, une revue systématique de la littérature effectuée en 2015 relève seulement 7 études l'étudiant dont 5 longitudinalement (5). Le score moyen du Dizziness Handicap Inventory (DHI) (auto-questionnaire évaluant l'impact fonctionnel des vertiges), utilisé dans 5 de ces études, est supérieur à 26, correspondant à une déficience modérée à sévère ! Ce résultat est concordant avec ceux d'une autre revue de la littérature réalisée en 2011 qui relève un impact important dans de multiples domaines : professionnel (absentéisme, perte d'emploi, baisse de la productivité), psychique (perte de confiance, baisse de l'estime de soi, sentiment de vulnérabilité, troubles psychologiques transitoires plus ou moins importants selon la présentation du vertige), social (isolement, restriction des loisirs), (9–11)...

B – Les forces de l'étude.

Cette étude compte parmi les rares études multicentriques sur le sujet. Son taux de réponse effective des professionnels de santé contactés s'élève à 74%, bien supérieur au 36.4% d'une étude réalisée sur l'utilisation des manœuvres et de la rééducation vestibulaire chez les MG hollandais en 2017 (10).

C'est également la seule étude étudiant dans le même temps le parcours de soins des patients et la prise en charge des médecins les ayant orientés.

2 – Parcours de soins et prise en charge en soins primaires.

Nous avons pu constater que parmi les patients inclus au CST (Centre VITEM du CH Clairval), une majorité possédait des antécédents de vertiges contrairement aux autres centres. Cela semble adapté, un centre tertiaire considéré comme un centre expert reçoit des patients dont le diagnostic étiologique apparaît plus difficile à poser et nécessitant donc des examens complémentaires plus poussés. Il n'aurait pas non plus été surprenant de constater une moindre différence compte tenu d'une plus forte propension d'adressage en première intention dans un centre renommé pour la prise en charge des vertiges.

Les patients sans antécédent de vertiges ont significativement plus consulté au SAU mais également dans le CKV (73.7% VS 55.1%, $p = 0.013$ et 30.3% VS 17.8% $p = 0.052$). Cette dernière constatation est très probablement liée au biais de confusion cité plus haut. Grâce à l'important réseau de médecins de premier recours sensibilisés par Monsieur Combalbert les patients de ces derniers peuvent bénéficier d'une évaluation vestibulaire rapide avant recours aux médecins spécialisés.

Néanmoins, nous ne constatons pas de différence significative dans les parcours de soins récents entre les sous-groupes de patients avec et sans antécédents de vertiges. Cela pourrait être expliqué par la difficulté à poser un diagnostic étiologique due à la richesse de la sémilogie et les multiples diagnostics possibles mais également par la réalisation de bilan diagnostic incomplet entraînant des tentatives de traitements infructueux, une chronicisation et une répétition des consultations et examens (5).

A – Orientation.

Une récente revue systématique de la littérature réalisée en 2015 (sur l'utilisation du système de santé, le pronostic et les résultats de la prise en charge de la pathologie vestibulaire en soins primaires) constate qu'il existe en Angleterre un très long délai de prise en charge. Ce délai, entre l'orientation et la prise en charge d'un VPPB, peut s'étendre en moyenne de 22 à 27 semaines ! Bien supérieur à ce que nous retrouvons

dans notre étude où ce délai est inférieur à 15 jours pour 70.4% des patients (5). Résultat à pondérer avec le fait qu'un taux d'orientation élevé et rapide ne reflète pas toujours des décisions optimales. Néanmoins l'orientation rapide contrebalance l'un des inconvénients majeurs de l'orientation qui est de loin le délai d'attente potentiellement long avant le jour de consultation, délai durant lequel de nombreux cas de maladie périphérique disparaissent ou fluctuent, affectant ainsi l'interprétation des résultats (5). C'est ce que nous montre une étude prospective réalisée en 2008 étudiant la proportion de l'étiologie otologique parmi des patients orientés dans une clinique spécialisée. Sur 91 patients, 31 n'avaient plus de symptôme lors de leur rendez-vous dans le CST et avaient juste besoin de réassurance (12).

Nous retrouvons plusieurs résultats discordants avec la littérature scientifique. Dans une étude de cohorte rétrospective réalisée en 2014, sur l'utilisation des services de santé en soins primaires, sur 2374 patients, 62% avaient bénéficié de plus de 2 consultations chez un médecin de premier recours avant orientation dans un CST, seulement 13.5% dans notre étude (7). Également, seulement 25% des patients inclus dans notre étude ont été orientés par un MG, très loin des 87% retrouvés dans l'étude prospective sus-citée (12). Enfin, dans une étude de sondage réalisée en 2017 chez des MG aux Pays-Bas, plus de 90% des patients atteints de vertiges sont traités par ces derniers sans recours aux spécialistes (10). Ces différences peuvent être expliquées par les différences entre le système de santé de chaque pays (remboursement notamment), la formation, la surcharge de travail des médecins de premiers recours en France empêchant la réalisation d'investigation approfondie (5).

Nos résultats suggèrent qu'il n'y aurait pas d'orientation systématique chez le spécialiste de manière majoritaire (59.3%, test non significatif). Les données recueillies dans les commentaires libres révèlent que l'orientation s'appuie pour la grande majorité des professionnels de santé sur la sémiologie ou la présence d'un doute sur une pathologie organique sous-jacente. Nous pourrions imaginer que la complexité du diagnostic et du traitement, l'exclusion d'une maladie potentiellement mortelle (bien que l'IRM n'identifie pas la cause sous-jacente dans la majorité des cas) et la surcharge de travail seraient également des raisons à l'orientation (5).

Concernant le kinésithérapeute vestibulaire, il apparaît qu'un avis ORL est souvent demandé afin de confirmer l'indication de la rééducation (« après avis ORL »). De nombreux praticiens attendent également une récurrence avant de prescrire une rééducation (« si récurrence VPPB », « chronicité »). Ne pourrions-nous pas également utiliser le kinésithérapeute spécialisé comme un acteur d'un « examen complémentaire » ? En effet, ces derniers ont la possibilité de réaliser dans leur cabinet un éventail d'examens permettant de rapidement différencier une cause périphérique et centrale. C'est ce que Monsieur Combalbert a réussi à mettre en place au sein de son réseau, sa connaissance de la pathologie et la possibilité de réalisation d'examens complémentaires poussés lui permettent de réaliser une évaluation rapide d'un patient adressé par son MG et de faire le lien si nécessaire avec les spécialistes en ORL de son réseau.

Ce type de prise en charge atypique se heurte à la disponibilité des kinésithérapeutes vestibulaires spécialisés, car la diffusion de la spécialité « kinésithérapie vestibulaire » au sein de la communauté de physiothérapeutes est très inégalitaire sur le territoire, et à l'acceptation de la communauté ORL qui doit pouvoir intervenir dans le parcours médical.

B – Examen clinique et manœuvres.

Dans notre étude, le pourcentage de réalisation des manœuvres libératoires et/ou diagnostiques par les MG est très faible (4,5%), bien plus faible que celui retrouvé dans une étude sus citée sur la réalisation des manœuvres et de la réhabilitation vestibulaire chez les MG hollandais où la moitié d'entre eux les réalisent. La principale raison de leur non-réalisation est cependant similaire : l'absence de savoir-faire. Pourtant il apparaît que lorsqu'ils les pratiquent, leur taux de réussite est identique au centre spécialisé (10)! Cette étude rapporte également que les MG universitaires utilisent plus ces manœuvres que les non universitaires ce qui peut être tout simplement expliqué par une meilleure formation médicale continue.

Au-delà des manœuvres spécifiques qui concernent la seule catégorie des VPPB, l'élimination de l'urgence neuro-vasculaire doit rester la priorité initiale de la prise en

charge. Or, il existe un examen physique simple à réaliser au lit du malade, dont la spécificité et la sensibilité sont supérieures à l'IRM dans les premières 24h, pour distinguer les vertiges de causes périphérique et centrale : le Head Impulse Test (HIT) (13,14). Malgré cette supériorité, on constate un faible taux d'utilisation du HIT aux urgences, et un taux encore inférieur en soins primaires (15). Dans notre étude, environ $\frac{2}{3}$ des MG ne connaissaient pas le HIT contre $\frac{1}{5}$ des autres spécialités. Pour autant lorsque ce test était connu, il n'était pratiqué de manière systématique que dans $\frac{1}{5}$ des cas ! Là encore se pose la question de la formation initiale et continue des professionnels de santé.

C – Examens complémentaires.

Concernant la prescription systématique des examens complémentaires, la grande majorité des professionnels de santé s'accordent sur le fait de ne pas en réaliser de manière systématique. Chez les MG, cette prescription systématique augmente avec les années d'ancienneté. Cette tendance peut s'expliquer par le manque de connaissance ou la tendance à vouloir éliminer une maladie grave si dans leur expérience le diagnostic d'une maladie mortelle n'aurait pas été fait dans les temps.

Chez les quelques praticiens réalisant systématiquement un examen complémentaire, c'est l'imagerie médicale qui est le plus souvent citée dans leur commentaire (« IRM¹ », « TDM² cérébral », « AngioTDM TSAo³ »). Dans l'étude de cohorte rétrospective déjà mentionnée, une IRM est réalisée dans 76.2% des cas et en moyenne un patient bénéficie de plus de 3 examens complémentaires, plus que ce que nous retrouvons dans notre étude où plus de la moitié des patients n'ont pas eu d'examen complémentaire (7).

La présence de signes neurologiques est le symptôme d'alarme poussant le professionnel à réaliser une imagerie cérébrale. Dans le cas de l'absence de signe neurologique, c'est le retentissement des symptômes et la sémiologie qui orienteront

¹ Imagerie par Résonance Magnétique

² Tomodensitométrie (scanner)

³ Angiotomodensitométrie des troncs supra-aortique (scanner des vaisseaux du cou)

la réalisation de différents examens. Nous pourrions penser que si le HIT était plus pratiqué par notre population, la prescription d'IRM serait modifiée.

D – Diagnostic.

L'hypothèse diagnostique des patients adressés au CKV (majoritairement le VPPB) a le plus souvent été correcte. Cela paraît adapté compte tenu de l'indication principale de la rééducation, le VPPB, dont le diagnostic est le plus souvent aisé.

Parmi les patients orientés pour vertiges indéterminés, un diagnostic a pu être posé dans plus de 70% des cas, résultat similaire à une étude rétrospective réalisée en 2012 étudiant la différence entre le motif d'orientation et le diagnostic final posé chez des patients orientés dans un CST. Cette étude retrouvait qu'un diagnostic pouvait être fait chez plus de 80% des patients référés pour « vertiges non spécifiques » (16).

En accord également, une étude réalisée sur le VPPB en 2008 où sur 42 patients référés par un médecin de premier recours chez le spécialiste, un seul patient seulement avait une suspicion avérée de VPPB. Les 41 autres patients étaient référés pour « vertiges ne répondant pas au traitement » (8).

Les 3 étiologies les plus fréquentes dans notre étude ont été le VPPB, le déficit vestibulaire et la maladie de Ménière. Très majoritairement des causes otologiques, s'accordant avec les résultats d'une étude prospective déjà citée mais dont l'étiologie otologique la plus fréquente fut la maladie de Ménière, le VPPB en seconde position puis les pathologies labyrinthiques. Ces derniers résultats pouvant s'expliquer par le caractère monocentrique de l'étude (CST uniquement) (12).

Contrairement à l'étude de cohorte rétrospective réalisée en 2014 sur 2374 patients, l'étiologie psychiatrique n'a jamais été évoquée dans notre étude (7).

Il existe très généralement un sous diagnostic de toutes les causes de vertiges (16).

Il faut souligner que le diagnostic étiologique du vertige reste difficile même pour un spécialiste car les critères restent vagues avec des changements répétitifs. Par exemple, dans une étude regroupant ORL et expert en neuro-otologie, un diagnostic a été posé dans 69% et 65% des cas respectivement (5).

E – Traitement.

Différentes études relèvent un pourcentage élevé de patients recevant des thérapies médicamenteuses. Dans l'étude de cohorte rétrospective d'Eva Grill, un traitement médicamenteux était donné dans 61% des cas et un patient bénéficiait en moyenne de plus d'un traitement médicamenteux (7). Également, en Angleterre, c'est 90% des patients qui bénéficiaient d'un traitement médicamenteux (11) ! De façon majoritaire, sont prescrits des supprimeurs vestibulaires, indiqués parfois dans les phases aiguës mais qui sont à limiter compte tenu de l'inhibition de la compensation vestibulaire. En effet, les molécules les plus utilisées dans le monde pour le traitement des vertiges aigus sont les benzodiazépines (Diazépam - Valium®) et autres neurotropes. Il est important de noter que l'acétylleucine (Tanganil®), traitement symptomatique de référence du vertige aigu n'est utilisé qu'en France. Cette molécule, découverte presque par hasard en 1957, et dont on ignore les actions exactes (mais qui n'est pas psychoplogique), n'a aucune AMM extra-territoriale, malgré son efficacité indiscutable. Par conséquent, si l'on se base sur les vestibuloplogiques psychotropes, ce sont des traitements inappropriés dans le VPPB (9,17). Cette dernière affirmation peut expliquer nos résultats discordants en matière de prescription de thérapie médicamenteuse, en effet dans notre étude la majorité des patients n'avaient pas reçu de médicament, le VPPB étant le diagnostic le plus souvent posé, cela semble cohérent.

Les données de la littérature nous rapportent que malgré une efficacité reconnue, la rééducation vestibulaire est sous utilisée, alors qu'elle fait partie, avec les manœuvres libératoires, des meilleures et des moins onéreuses options dans le traitement des vertiges (5,9–11). Dans notre étude, plus de la moitié des patients bénéficiaient d'une thérapeutique non médicamenteuse, une rééducation vestibulaire dans la quasi-totalité des cas, cette différence avec les données de la littérature peut s'expliquer par

le biais de recrutement dû au cabinet de kinésithérapie, centre d'inclusion de notre étude.

F – Les connaissances théoriques, difficultés et obstacles.

De ce questionnaire ressort une meilleure connaissance théorique chez les plus jeunes médecins mais en même temps une plus grande difficulté à prendre en charge cette pathologie dans cette même population.

De nombreux MG décrivent les vertiges comme « déroutants et décourageants » entraînant parfois une lassitude du soignant et une relation médecin-patient de mauvaise qualité dû à un sentiment d'incompréhension du patient (9). Ce phénomène est aggravé par le fait que les plaintes de patients atteints de vertiges chroniques sont souvent moins considérées par les soignants qu'en aigu (5).

La chronicité de la pathologie, la richesse de la sémiologie, les multiples diagnostics possibles, le risque de chute, le retentissement fonctionnel, l'important délai des rendez-vous, la difficulté d'orientation rapide due au faible nombre de spécialistes et de kinésithérapeutes spécialisés, tout cela montre l'importance d'une formation continue pragmatique et l'importance de créer un bon réseau de soins regroupant les différents acteurs agissant dans la prise en charge de cette pathologie.

En effet, l'analyse des commentaires des interrogés montre que les professionnels considérant ne pas rencontrer de difficulté possèdent un réseau de professionnels leur permettant d'intervenir et d'orienter rapidement leur patient.

V – Conclusion.

La prise en charge des vertiges est mal codifiée. Cette symptomatologie protéiforme peut se résumer à 2 catégories de patients : le vertige aigu inaugural pour lequel les

examens de base de l'élimination des urgences neuro-vasculaires sont insuffisants, et pour lequel le patient est orienté insuffisamment vers un kinésithérapeute ou un ORL ; et les instabilités chroniques et vertiges récurrents qui posent des difficultés de prise en charge multidisciplinaire. Des algorithmes de prise en charge en soins primaires doivent être développés et utilisés. Ils devront tenir compte des restrictions de temps et de ressources des médecins de premier recours et donner des lignes directives simples sur la conduite à tenir en matière d'orientation et de traitement afin que les patients à risque de pathologie grave puissent bénéficier rapidement d'une consultation spécialisée.

Une coopération étroite avec les spécialistes devrait faire partie de la routine, notamment avec un kinésithérapeute vestibulaire.

Des études complémentaires sont nécessaires pour étudier l'effet de la modification des pratiques actuelles et tester des interventions d'éducation et de formation continue des médecins de premiers recours.

VI – Bibliographie.

1. Wichert J-H. Vertigo—The practitioner's view. *European Journal of Integrative Medicine*. 1 déc 2009;1(4):179.
2. Hanley K, O'Dowd T, Considine N. A systematic review of vertigo in primary care. *Br J Gen Pract*. août 2001;51(469):666-71.
3. Thélot B, Lasbeur L, Pédrone G. La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(16-17):328-35.
4. Stephan A-J, Kovacs E, Phillips A, Schelling J, Ulrich SM, Grill E. Barriers and facilitators for the management of vertigo: a qualitative study with primary care providers. *Implement Sci*. 8 févr 2018;13(1):25-25.

5. Grill E, Penger M, Kentala E. Health care utilization, prognosis and outcomes of vestibular disease in primary care settings: systematic review. *J Neurol.* avr 2016;263 Suppl 1:S36-44.
6. Mueller M, Schuster E, Strobl R, Grill E. Identification of aspects of functioning, disability and health relevant to patients experiencing vertigo: a qualitative study using the international classification of functioning, disability and health. *Health Qual Life Outcomes.* 27 juin 2012;10:75.
7. Grill E, Strupp M, Müller M, Jahn K. Health services utilization of patients with vertigo in primary care: a retrospective cohort study. *J Neurol.* août 2014;261(8):1492-8.
8. Pérez P, Manrique C, Álvarez MJ, Aldama P, Álvarez JC, Luisa Fernández M, et al. Evaluation of Benign Paroxysmal Positional Vertigo in Primary Health-Care and First Level Specialist Care. *Acta Otorrinolaringologica (English Edition).* 1 janv 2008;59(6):277-82.
9. Holmes S, Padgham ND. A review of the burden of vertigo. *J Clin Nurs.* oct 2011;20(19-20):2690-701.
10. van Vugt VA, Diaz Nerio PM, van der Wouden JC, van der Horst HE, Maarsingh OR. Use of canalith repositioning manoeuvres and vestibular rehabilitation: a GP survey. *Scand J Prim Health Care.* mars 2017;35(1):19-26.
11. Nazareth I, Landau S, Yardley L, Luxon L. Patterns of presentations of dizziness in primary care—a cross-sectional cluster analysis study. *Journal of Psychosomatic Research.* 1 avr 2006;60(4):395-401.
12. Arya AK, Nunez DA. What proportion of patients referred to an otolaryngology vertigo clinic have an otological cause for their symptoms? *The Journal of Laryngology & Otology.* févr 2008;122(2):145-9.
13. Kim H-A, Lee H. Recent advances in central acute vestibular syndrome of a vascular cause. *Journal of the Neurological Sciences.* 15 oct 2012;321(1):17-22.

14. Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, Hsieh Y-H, Newman-Toker DE. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. *Stroke*. nov 2009;40(11):3504-10.
15. McDowell T, Moore F. The Under-Utilization of the Head Impulse Test in the Emergency Department. *Can J Neurol Sci*. mai 2016;43(3):398-401.
16. Geser R, Straumann D. Referral and final diagnoses of patients assessed in an academic vertigo center. *Front Neurol*. 28 nov 2012;3:169-169.
17. von Brevern M, Radtke A, Lezius F, Feldmann M, Ziese T, Lempert T, et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. juill 2007;78(7):710-5.
18. Collège Français d'ORL et de chirurgie cervico-faciale. ORL. In: 4^e éd. Elsevier Masson; 2017. p. 93-112.
19. Collège des enseignants de neurologie. Neurologie. In: 5^e éd. Elsevier Masson; 2019. p. 190-205.

VII – Annexes.

Annexe 1 : Rappels anatomiques et physiopathologiques.

(18,19)

Le maintien de la posture et de l'équilibre en déplacement est permis par la coordination de 3 systèmes :

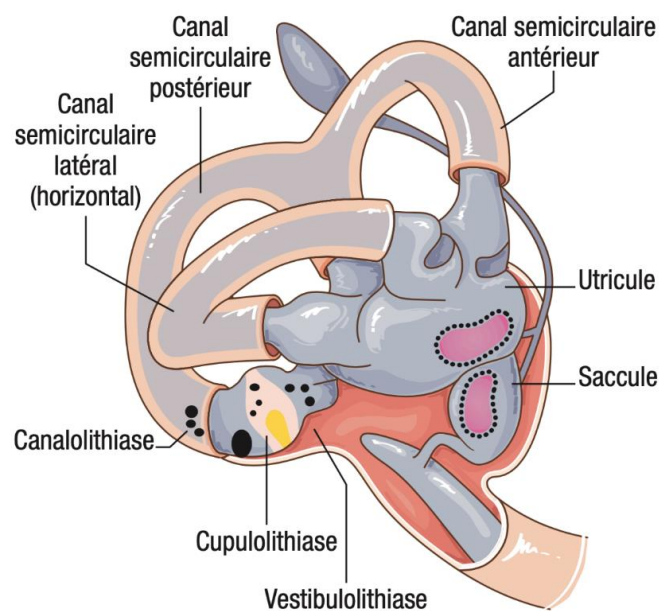
1. Un système sensoriel.

Ce système fournit des informations sur l'environnement via différents capteurs complémentaires :

- Les capteurs (ou système) visuels.
- Les capteurs (ou système) proprioceptifs.

- Les capteurs (ou système) vestibulaires périphériques, lesquels sont sensibles à la position et aux déplacements de la tête dans les 3 dimensions de l'espace (Figure 6).
 - Les 3 canaux semi-circulaires : leurs crêtes ampullaires détectent les mouvements de rotation de la tête (et du corps).
 - Les organes otolithiques détectent les mouvements linéaires, verticaux pour le saccule et horizontaux pour l'utricule.

Figure 6 : Labyrinthe postérieur



(Source : CEN, 2019, item Vertige, illustration de Carole Fumat)

2. Un système d'intégration centrale (Figure 7).

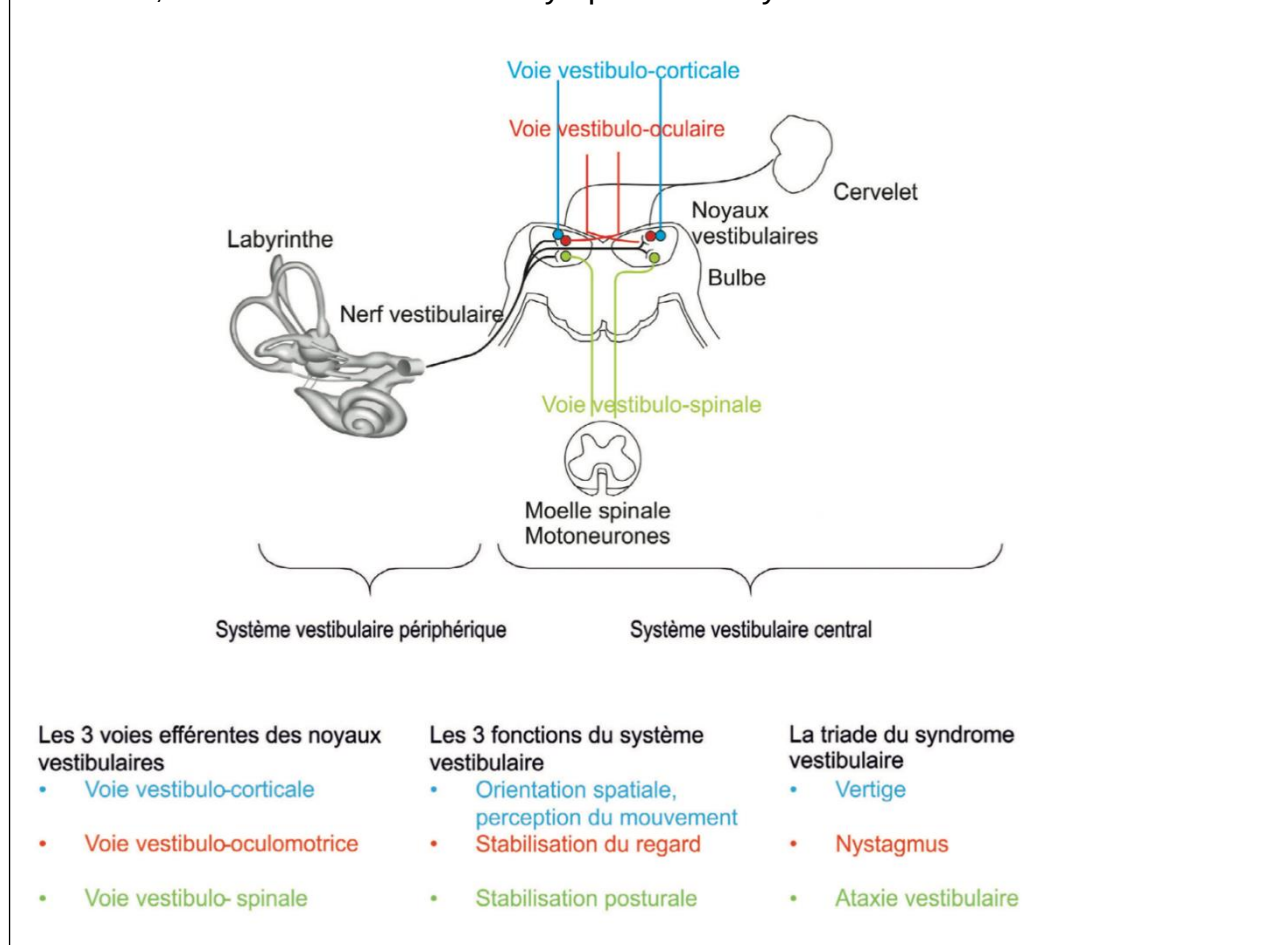
Les informations issues du système sensoriel sont véhiculées via les nerfs et intégrées dans les noyaux vestibulaires au niveau du tronc cérébral, lesquels sont étroitement connectés avec le cervelet et les noyaux végétatifs du tronc cérébral.

Les réseaux neuronaux issus de ces noyaux vestibulaires participent à trois fonctions principales :

- La perception de nos déplacements et l'orientation spatiale grâce aux voies vestibulo-corticales.

- La stabilisation du regard pendant nos déplacements grâce au réflexe vestibulo-oculaire (RVO).
 - Le contrôle postural statique et dynamique grâce au réflexe vestibulo-spinal (RVS).
3. Et enfin un système effecteur moteur ostéo-musculo-ligamentaire (Figure 7).
Celui-ci met ensuite en œuvre la réponse motrice par l'intermédiaire de deux voies mentionnées ci-dessus :
- La voie du RVO commandant les muscles oculo-moteurs.
 - La voie du RVS commandant les muscles de la posture.

Figure 7 : Représentation schématique des voies vestibulaires périphériques et centrales, de leurs fonctions et des symptômes du syndrome vestibulaire.



(Source : CEN, 2019, item Vertige)

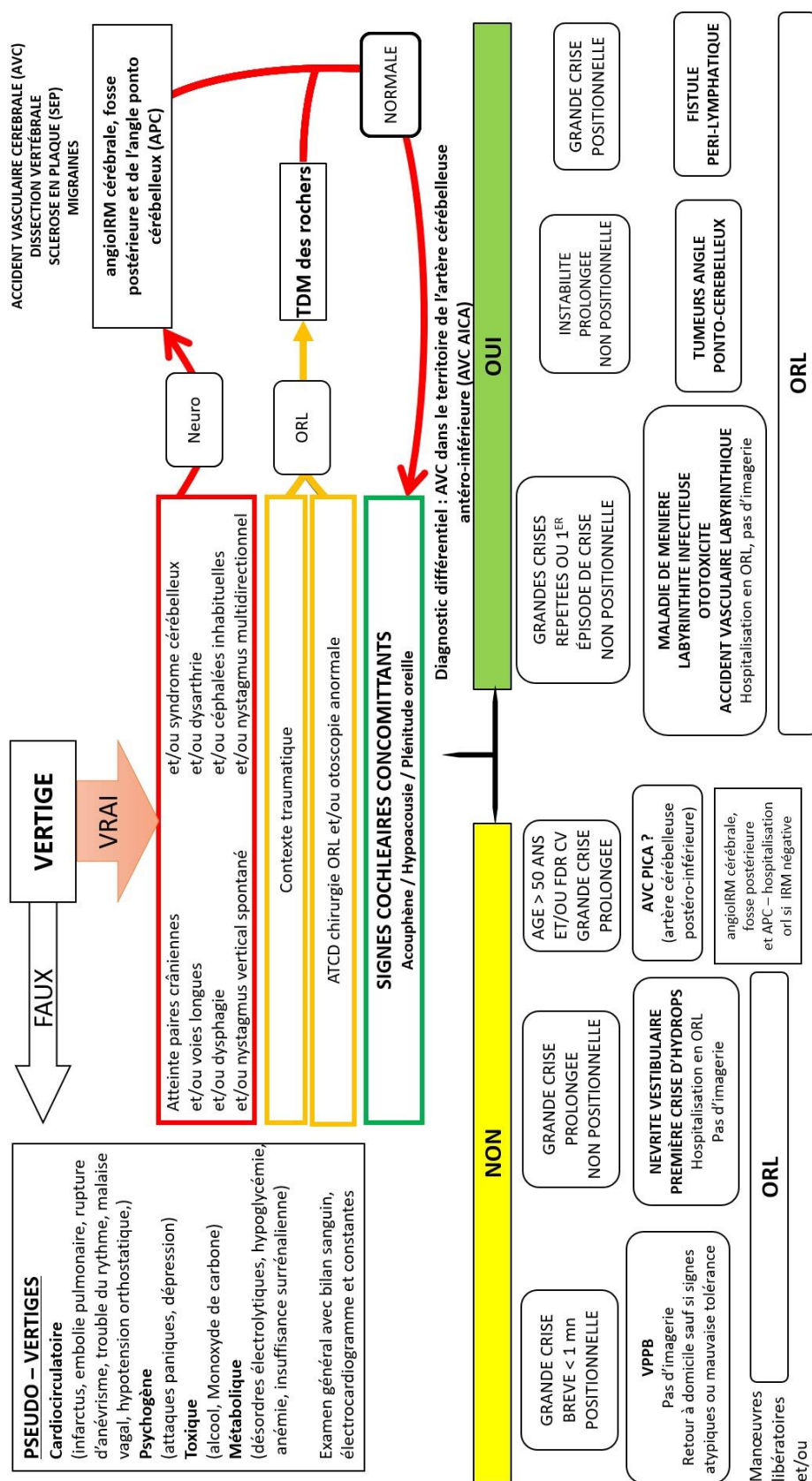
L'ensemble de ces systèmes permettent le maintien de l'équilibration statique (linéaire) et dynamique (rotatoire). Le vertige résulte d'informations discordantes provenant de ces différents systèmes. Cette discordance d'informations est à l'origine des quatre grands symptômes définissant le syndrome vestibulaire aigu :

- Le syndrome perceptif : une asymétrie du fonctionnement vestibulaire induit, par la connexion entre noyaux vestibulaires et le système nerveux central supérieur, une sensation erronée de déplacement.
- Le syndrome neurovégétatif (nausées, vomissements, pâleur, sueurs) est entraîné par un conflit au niveau des connexions entre les noyaux vestibulaires et le système neurovégétatif.
- Les centres nerveux donnant, par la suite, des ordres aberrants au système effecteur moteur, entraînant ainsi des réponses motrices inadaptées :
 - Le syndrome oculomoteur : le nystagmus via la voie du RVO ;
 - Le syndrome postural : les déplacements inadaptés comme les déviations posturales segmentaires et axiales via la voie du RVS.

Le système d'équilibration possède trois caractéristiques importantes, il est :

- **Multifactoriel** : les différentes informations périphériques arrivent aux centres nerveux en parallèle. Cette redondance explique que l'équilibre peut être maintenu même si certaines informations sont absentes ou erronées.
- **Hiérarchisé** : le poids des différentes entrées sensorielles est variable d'un individu à l'autre et d'un moment à l'autre. Le poids de chacune peut être estimé par des tests et modifié par la kinésithérapie et les exercices.
- **Compensateur** : en cas d'atteinte labyrinthique, il développe de nouvelles stratégies sensorimotrices permettant de restaurer la fonction d'équilibration. Cette compensation vestibulaire explique la normalisation progressive de l'examen d'un patient avec un déficit vestibulaire persistant et stable.

Annexe 2 : Algorithme de prise en charge au SAU.



Algorithme réalisé par le Dr ELZIERE et Dr DEVEZE

Annexe 3 : Questionnaire patient – CST et CKV.

Partie 1

A remplir par le patient

1/ INFORMATIONS DEMOGRAPHIQUES.

- a- Vous êtes : ☐ un homme ☐ une femme
- b- Vous avez : ☐ < 30 ans ☐ 30 à 50 ans ☐ > 50 ans
- c- Votre activité : ☐ Etudiant ☐ En activité ☐ Sans emploi
☐ Retraité ☐ Autre :
- d- Votre Médecin Généraliste (Nom + Lieu de profession) :

2/ INFORMATIONS MEDICALES.

SECTION A / En dehors de l'épisode vertigineux actuel :

- a - Avez-vous déjà eu des vertiges : ☐ Oui ☐ Non

Si "NON", passez directement à la section B/.

b – Combien de temps s'est écoulé entre votre premier épisode de vertiges et l'épisode actuel ?

- ☐ < 6 mois ☐ entre 6 mois et 1an ☐ entre 1 et 2 ans ☐ > 2 ans

c - **Lors de votre tout 1^{er} épisode**, quel professionnel de santé avez-vous consulté en premier ?

☐ Médecin Généraliste (MG)

Dans ce cas, nombre de consultation avant orientation vers un

spécialiste : ☐ 2 ou moins ☐ Entre 3 et 5 ☐ Plus de 5

☐ Urgentiste

☐ ORL

☐ Neurologue

☐ Kinésithérapeute (Kiné)

☐ Autre :

Durant la période allant de votre 1^{er} épisode de vertiges à aujourd'hui :

d- Vous a-t-on déjà réalisé une manœuvre diagnostique ou libératoire ?

☐ NON

☐ OUI : quel(s) professionnel(s) de santé (MG, ORL, Kiné...) ?

.....

e - Nombre de profession médicale et paramédicale différente consultée :

☐ Une seule, Laquelle :

☐ > 1, Lesquelles :

f- Nombre d'examens complémentaires (Radiographie, Bilan biologique,

Scanner, IRM, autres) : ☐ 0 ☐ Entre 1 et 5 ☐ > 5

g- Nombre de traitements médicamenteux : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ > 2

h- Nombre de traitements non médicamenteux (rééducation vestibulaire, ostéopathie, exercices à domicile, acupuncture...) :

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ > 2

SECTION B/ Episode vertigineux actuel :

a - Qui vous a orienté vers notre établissement ?

☐ Moi-même, quelle(s) raison(s) vous ont poussé à consulter directement ?

☐ Médecin Généraliste

☐ Urgentiste

☐ ORL

☐ Neurologue

☐ Autre :

Coordonnée (Nom + Lieu de profession) :

b - Quel professionnel de santé avez-vous consulté initialement lors de cet épisode :

☐ Médecin Généraliste, dans ce cas, nombre de consultation avant orientation dans notre centre : ☐ 1 ☐ 2 ☐ > 2

☐ Urgentiste

☐ ORL

☐ Neurologue

☐ Kinésithérapeute

☐ Autre :

c - Nombre de profession médicale et paramédicale différente consulté lors de cet épisode : ☐ Une seule, Laquelle :
☐ > 1, Lesquelles :

d-Vous a-t-on réalisé une manœuvre diagnostique ou libératoire (lors de cet épisode) ? ☐ NON
☐ OUI : quel(s) professionnel(s) de santé (MG, ORL, Kiné...) ?
.....

e- Combien de temps s'est écoulé entre votre 1^{er} consultation (pour l'épisode actuel) et la prise de rendez-vous dans notre centre :

☐ < 15 jours ☐ Entre 15 jours et 1 mois
☐ Entre 1 mois et 6 mois ☐ Plus de 6 mois

g- Lors de cet épisode, avez-vous bénéficié d'examens complémentaires (Radiographie, Bilan biologique, Scanner, IRM, autres) ?

☐ 0 ☐ Entre 1 et 5 ☐ > 5

h- Lors de cet épisode, vous a-t-on prescrit des traitements médicamenteux ?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ > 2

Si oui, était-ce par voie orale ou par voie veineuse ?

i- Lors de cet épisode, vous a-t-on prescrit des traitements non médicamenteux (ostéopathie, kinésithérapie, acupuncture...) :

☐ OUI, Lesquels :
☐ NON

Partie 2

A remplir par le médecin ou le kinésithérapeute

Patient adressé pour (suspicion diagnostique) :

Diagnostic final :

- ☐ Diagnostic étiologique posé (préciser) :
- ☐ Diagnostic étiologique non posé mais origine : ☐ Périphérique ☐ Central
- ☐ Absence de diagnostic

Annexe 4 : Questionnaire patient – SAU.

1/ INFORMATIONS DEMOGRAPHIQUES

- a- Sexe : ☐ un homme ☐ une femme
- b- Age : ☐ < 30 ans ☐ 30- 50 ans ☐ > 50 ans
- c- Activité : ☐ Etudiant ☐ En activité ☐ Sans emploi ☐ Retraité
 ☐ Autre :.....
- d- Médecin Traitant (Nom + Lieu de profession) :

2/ INFORMATIONS MEDICALES

SECTION A / Histoire de la maladie vertigineuse

- a – Antécédent de vertiges : ☐ Oui ☐ Non

Si “NON”, passez directement à la section B/.

- b – Date du premier vertige : ☐ < 6 mois ☐ 6 mois à 1an ☐ 1 à 2 ans ☐ > 2 ans
- c - Professionnel de santé consulté initialement (lors du tout 1^{er} épisode) ?.....
- d- Manœuvre diagnostique ou libératoire déjà réalisé ? Si Oui, quel professionnel de santé ?
- e - Nombre de profession médicale et paramédicale différente consultée, la(les)quelle(s) ?
- f- Examens complémentaires réalisés : ☐ 0 ☐ Entre 1 et 5 ☐ > 5
- g- Nombre de traitements médicamenteux introduits pour la symptomatologie vertigineuse (actuels + anciens) : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ > 2
- h- Nombre de traitements non médicamenteux introduits pour la symptomatologie vertigineuse (actuels + anciens) : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ > 2

SECTION B/ Episode vertigineux actuel :

(Cette section concerne seulement l'épisode de vertige ACTUEL)

a – Orienté par (Profession, Nom, Lieu de profession) ?

b- Orienté pour (Suspicion diagnostique) ?

c - Professionnel de santé consulté initialement lors de cet épisode ?

d - Nombre de profession médicale/paramédicale consulté lors de cet épisode ?

La(les)quelle(s) ?.....

e- Quand a commencé la symptomatologie vertigineuse (pour cet épisode) ?

f- Manœuvre diagnostique ou libératoire réalisées (lors de cet épisode) ? Si Oui, quel professionnel de santé ?.....

g- Examens complémentaires déjà réalisés (pour cet épisode de vertige) :

☐ 0 ☐ Entre 1 et 5 ☐ > 5

h- Traitements médicamenteux déjà administrés (pour cet épisode de vertige) :

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ > 2

Si oui : ☐ voie orale ☐ voie veineuse

i- Traitements non médicamenteux (ostéopathie, kinésithérapie, acupuncture) déjà réalisés (pour cet épisode de vertige) :

☐ OUI, Lesquels:

☐ NON

Diagnostic final :

☐ Diagnostic étiologique posé (préciser) :

☐ Diagnostic étiologique non posé mais origine : ☐ Périphérique ☐ Central

☐ Absence de diagnostic

Annexe 5 : Questionnaire professionnel de santé.

1/ INFORMATIONS DEMOGRAPHIQUES

- a- Vous êtes : ☐ un homme ☐ une femme
- b- Vous avez : ☐ < 35 ans ☐ 35 à 50 ans ☐ > 50 ans
- c- Durée de profession : ☐ < 5 ans ☐ 5 à 15 ans ☐ 15 à 25 ans ☐ > 25 ans
- d- Profession : ☐ ORL ☐ Kinésithérapeute ☐ Urgentiste
☐ Médecin Généraliste ☐ Autre :.....

2/ INFORMATIONS MEDICALES

- a - A combien estimez-vous la fréquence des consultations pour motif principal "vertige" ? ☐ < 15 par mois ☐ 15 à 30 par mois ☐ > 30 par mois

Devant un patient vertigineux :

- b- Quels éléments minimum de l'interrogatoire recueillez-vous systématiquement ?
.....

- c- Quels éléments minimum de l'examen clinique recueillez-vous systématiquement ?
.....

- d - Pratiquez-vous systématiquement l'évaluation des paires crâniennes ?

☐ OUI ☐ NON

- e - Pratiquez-vous systématiquement le test "HIT" ?

☐ OUI ☐ NON ☐ NON car je n'ai pas connaissance de ce test

- f - Connaissez-vous les tests diagnostiques des vertiges positionnels ? Si Oui lesquels ? ☐ NON ☐ OUI :

g - Connaissez-vous les manœuvres libératoires des vertiges positionnels ? Si Oui lesquelles ? ☐ NON ☐ OUI :

h- Prescrivez-vous systématiquement des examens complémentaires ?

☐ OUI, lesquels :

☐ NON, quel(s) symptôme(s) vous amèneraient à en prescrire ? et lesquels ?

.....

i- Prescrivez-vous systématiquement un traitement médicamenteux ?

☐ NON

☐ OUI

3/ PARCOURS DE SOIN

a – Adressez-vous systématiquement un patient vertigineux à un confrère spécialiste ?

☐ NON

☐ OUI

Si OUI, quel référent est sollicité en première intention

☐ ORL

☐ Neurologue

☐ autre (précisez) :

Si NON, quel(s) critère(s) de décision utilisez-vous pour solliciter un référent spécialiste ?.....

b- Adressez-vous systématiquement un patient vertigineux à un kinésithérapeute spécialisé ?

☐ NON

☐ OUI

Si NON, quels sont les critères qui vous ferez adresser ce patient vertigineux ?

.....

c- Quels sont les critères qui vous ferez adresser ce patient vertigineux dans un service d'urgence ?.....

d- Rencontrez-vous des difficultés/obstacles lors de la prise en charge de cette pathologie ?.....

4/ FORMATION

a- Considérez-vous avoir eu une formation initiale vous permettant de prendre en charge efficacement un patient atteint de vertiges ?

☐ NON ☐ OUI

b- Participeriez-vous à un DPC sur la prise en charge des vertiges ?

☐ NON ☐ OUI

5/ COMMENTAIRE PERSONNEL :

.....

VIII – Abréviations.

CKV : Centre de Kinésithérapie Vestibulaire

CST : Centre de Soins Tertiaires

DHI : Dizziness Handicap Inventory

DPC : Développement Professionnel Continu

HIT : Head Impulse Test

IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique

Kiné : Kinésithérapeute

MG : Médecin Généraliste

Neuro : Neurologue

ORL : Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie

RVO : Réflexe Vestibulo-Oculaire

RVS : Réflexe Vestibulo-Spinal

SAU : Service d'Accueil des Urgences

TDM : Tomodensitométrie

Urg : Urgentiste

VPPB : Vertige Positionnel Paroxystique Bénin

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.

RÉSUMÉ

Introduction : Les vertiges font partie des motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale. Plusieurs études retrouvent une prise en charge irrationnelle. De nombreux médecins généralistes témoignent de leur incertitude dans la prise en charge et l'établissement d'un diagnostic ainsi que de la difficulté d'orientation. Cette étude a pour but de réaliser un état des lieux de la prise en charge de la pathologie vertigineuse en soins primaires.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle et descriptive, rétrospective, multicentrique. L'objectif principal est d'analyser le parcours de soins d'un patient atteint de vertiges. L'objectif secondaire est d'identifier les obstacles à une prise en charge adaptée. Les patients inclus ont été soumis à un questionnaire anonymisé relatif à leur parcours de soins. Les professionnels de santé, intervenus dans leur prise en charge récente, ont été contactés afin qu'ils répondent à un questionnaire anonymisé relatif à la prise en charge des vertiges en cabinet de ville.

Résultats : *Concernant le parcours de soins*, les patients ne possédant pas de médecin traitant multiplient les intervenants de manière significative ($p = 0.013$) et se rendent plus aux urgences ($p < 0.001$). Les manœuvres diagnostiques et libératoires ont été réalisées par des médecins généralistes dans 4.5% des cas. Il n'y a pas de différence significative entre les parcours de soins des patients avec et sans antécédent. *Concernant la prise en charge en soins primaires*, le taux d'erreur et de méconnaissance (72,5% pour le Head Impulse Test) des manœuvres augmente avec l'ancienneté du médecin généraliste. A l'inverse, la perception d'obstacles et de difficultés dans la prise en charge diminue avec l'expérience.

Conclusion : La prise en charge des vertiges est mal codifiée. Des algorithmes de prise en charge en soins primaires doivent être développés et utilisés. Des études complémentaires sont nécessaires pour étudier l'effet de la modification des pratiques.

MOTS-CLÉS

Vertige ; Soins primaires ; Parcours de soins ; Obstacle ; Head Impulse Test ; Kinésithérapie vestibulaire