



HAL
open science

État des lieux du respect du temps non posté chez les urgentistes de la région PACA et impact sur la qualité de vie au travail et l'attractivité des services

Yasmine Rekik

► To cite this version:

Yasmine Rekik. État des lieux du respect du temps non posté chez les urgentistes de la région PACA et impact sur la qualité de vie au travail et l'attractivité des services. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04119249

HAL Id: dumas-04119249

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04119249v1>

Submitted on 6 Jun 2023

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.

**Etat des lieux du respect du temps non posté chez les urgentistes de la région
PACA et impact sur la qualité de vie au travail et l'attractivité des services**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 1er Juin 2023

Par Madame Yasmine REKIK

Née le 31 janvier 1996 à Compiègne (60)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MEDECINE D'URGENCE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Président

Madame le Professeur GENTILE Stéphanie

Assesseur

Madame le Docteur BOURGEOIS Caroline

Assesseur

**Etat des lieux du respect du temps non posté chez les urgentistes de la région
PACA et impact sur la qualité de vie au travail et l'attractivité des services**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 1er Juin 2023

Par Madame Yasmine REKIK

Née le 31 janvier 1996 à Compiègne (60)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MEDECINE D'URGENCE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Président

Madame le Professeur GENTILE Stéphanie

Assesseur

Madame le Docteur BOURGEOIS Caroline

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

Asseseurs :

➤ 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. 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	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHIERI 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		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Daniëlle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUVE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
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
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

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	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

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

2018

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

EMERITAT**2020**

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

2020**2022**

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
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	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

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

1974

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

1975

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

1976

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

1977

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

1978

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

1980

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

1981

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

1982

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

1985

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

1986

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

1987

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

1988

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

1989

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

1990		DOCTEURS HONORIS CAUSA
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. RADDI (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
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre Surnombre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BELIARD-LASSERRE Sophie
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTRAND Baptiste
BERTUCCI François
BEYER-BERJOT Laura
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BOISSIER Romain
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETTELE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CERMOLACCE Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric

COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAUMAS Aurélie
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle Surnombre
DEVILLIER Raynier
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAURE Alice
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane disponibilité
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GONZALEZ Jean- Michel
GAILLON Thomas
GRANEL/REY Brigitte
GRANDVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent

HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HOUVENAEGHEL Gilles
HRAIECH Sami
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIELLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas disponibilité
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre disponibilité
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
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 ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

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

ANATOMIE 4201

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

APPAY Romain (MCU-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)

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

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

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

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

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

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

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

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

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

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)

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)

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)

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)
 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)

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

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER 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 ; BRÛLOGIE 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)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

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

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

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

ZATTARA/CANNONI Hélène (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)

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

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

CUNY Thomas (MCU PH)

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) Retraite au 1/10/2022

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

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

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

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 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)

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)

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 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)

MEDECINE D'URGENCE 4805

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

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

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

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

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

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

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (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)

MITILIAN Eva (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)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***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)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (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)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903*BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804*AMBROSI Pierre (PU-PH) Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

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

UROLOGIE 5204

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

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAudeau Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

REMERCIEMENTS

A mon président de jury, Monsieur le **Professeur Patrick GERBEAUX**.

Je vous remercie chaleureusement de l'honneur que vous me faites de présider mon jury de thèse, mais également de diriger l'enseignement du D.E.S de Médecine d'Urgence. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Madame la **Professeur Stéphanie GENTILE** pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Votre expertise en santé publique est un atout certain pour ce travail de thèse. En cela, je vous prie de recevoir l'expression de ma profonde gratitude.

A ma directrice Madame la **Dr Caroline BOURGEOIS**. Merci d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Tu as su me guider avec bienveillance dans ce projet, m'encourager et m'accompagner jusqu'à la rédaction de ce manuscrit.

Je te remercie profondément pour ton aide, et espère un jour travailler à tes côtés en terres Gapençaises

Merci au **Dr Pierre VISINTINI** pour m'avoir fait confiance en me proposant ce sujet.

Aux **Dr Guillaume BIRMAN, Dr Delphine CARNIELLO et Dr Arnaud CHEVALLIER**. Merci à vous d'avoir accompagné mes premiers pas dans le monde des urgences pendant mon stage à l'Hôpital Nord. Au plaisir de retravailler avec vous un jour.

Aux médecins des urgences du CHT de Nouméa **Dr BULL, Dr BALLESTER, Dr LANGERON, Dr DUREAU, Dr LE BON, Dr POCHARD, Dr POISSON, Dr LEVEQUE, Dr RUIZ...**, ainsi qu'à toute l'équipe paraméd, aux ambulanciers, et aux ARM. Merci pour ce semestre incroyable que vous m'avez fait vivre au sein du SAMU 988. J'espère poursuivre l'aventure Calédonienne à vos côtés très bientôt.

Merci également à tous les médecins ayant consacré une partie de leur temps pour participer à l'étude.

A mes deux sœurs, Sabine et Ines. Merci pour votre présence et soutien sans faille qui perdurent depuis plus de 30 ans, et ceux malgré la distance.

Votre passage dans le Sud ces derniers mois, m'a beaucoup aidé à trouver la motivation pour travailler cette thèse.

Hâte de se retrouver à l'autre bout du monde dans quelques semaines pour célébrer ehe.

A mon Papa. Si le petit démon qui courrait après chaque nouveau danger en est arrivé là, c'est grâce à toi.

Merci pour toutes ces matinées où je te réveillais à 6 heures du matin pour m'amener nager.

Merci pour ces dimanches soirs passés à la salle, ces balades en forêt à ramasser les châtaignes, ces vacances à Antibes... Je te dédie ce moment, aussi simple qu'il soit, en symbole de ma reconnaissance pour toutes ses années passées à me soutenir.

De la part de cminus.

A Milos, merci pour la joie et la présence que tu as apporté aux longs moments de révisions pendant le premier confinement.

Je militerai pour augmenter ta ration de friandises.

A ma Tante. Merci pour les encouragements constants, notamment lors de ces longues heures d'écriture de thèse. Il me tarde de revenir chez vous cueillir les figes et passer de douces soirées à jouer à la belote.

A ma maman adorée. Comment résumer en quelques lignes la reconnaissance que j'ai envers toi.

Tu as été ma source d'inspiration durant toutes ces années, et tu continueras à l'être pour toujours. Merci de m'avoir supporté avec ferveur lors de mes premières découvertes avec la médecine d'urgences. Toujours à écouter mes histoires, les unes plus folles que les autres.

J'espère avoir réussi à te rendre fière. Et je sais que de là où tu es, tu continueras constamment à me guider vers de nouvelles aventures. 🌈

Aux Amienois(es) Fat, McDo, Anais, Loulou, Aruth, p'tite Kid Virginie, Shishi, Mawie-Thewese, Kenza, Annita, Mada, Marc, Alexia, Noémi, Thomas x 2, Titi, Vinkow. Merci pour ces longues années à traîner ensemble à la BU, au Coliseum, à la colloc, aux urg de Compiègne, ou bien au muret avant de finir au Mimo. Vous avez rendu ces années dans le froid et la grisaille plus douces.

Au grand Xav ainsi qu'à toute la **team JNC60**. Vous m'avez appris la discipline, la cohésion, l'esprit d'équipe. J'espère que l'on se reverra tous à Agay un jour pour une semaine d'eau libre!

Aux copains Marseillais Ali, Eul, Guigui, Soso, Sarah, Mama, Ugo. Merci pour ce premier semestre passé avec vous en terre du Sud. Hâte de pouvoir passer plus de moment avec vous à partir de juin!

A la team Toulonnaise Margot, Amo, Matchilde, DarkLilidu04, Clem, Flo, Raph, Paupau, Rere, Ola. Merci pour cet été incr que l'on a vécu tous ensemble à l'internat de Clemenceau. Mention spéciale à Livia et Hanane pour les promenades à la plage et les sorties rugby pendant mon immobilisation.

Aux amis de Gap : Constance, Nico, Sarah, Jerem, Lisa, Nadia, Marcos, et surtout Nao ma co-interne. Merci pour ces week-ends de rando, de ski, de paddle sur le lac, et ces soirées passées à aller voir les matchs de hockey.

A la famille Caledonienne : Laeti, Lucie, Pops, Stellou, Man, Martin, Yanis, Ben Ondine et Paul1, l'équipe Cascadou... Merci pour ces 6 mois rythmés par les sessions plongées, les campings en bord de mer, les foires agricoles, les week-ends îlots, les Bingooo, les sunsets Kava et bien d'autres aventures.

Une pensée également pour Arlette, Jeiel, Chrys et tout la bande de la tribu de Hienghène. J'espère vous revoir bientôt!

Enfin, à la **team de Cardio** : Ian, Mehdi, Wassim, Valen, Iva, Ahmadito, et mes co-internes Célia et Marion. Merci pour avoir rendu ces longues heures passées en stage plus sympathiques. Merci pour ces soirées cinés, ces barbeuc de faux départ, ces anniv passés dans la maison des FFI, et surtout pour m'avoir écouté me plaindre de la thèse pendant de longs mois.

TABLE DES MATIÈRES

RESUME.....	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCTION.....	5
1. Les services de médecine d'urgence.....	5
2. Les difficultés liées au métier de médecin urgentiste	6
3. Des conditions de travail à améliorer.....	7
4. Législation.....	8
5. Le temps non posté.....	9
6. Spécificité de la médecine d'urgence dans la région PACA.....	10
7. Objectifs de l'étude.....	11
MATERIEL ET METHODE.....	13
1. Schéma de l'étude.....	13
2. Caractéristiques de la population étudiée.....	13
3. Recueil de données.....	15
4. Questionnaire.....	16
5. Analyses statistiques.....	17
RÉSULTATS.....	19
1. Participation à l'enquête	19
2. Caractéristiques de la population.....	20
a. Centres hospitaliers.....	20
b. Taille des services d'urgence.....	20
c. Effectif médical manquant.....	21
d. Heures supplémentaires.....	22
e. Statut des médecins de l'étude.....	22
f. Plages horaires.....	23
3. Critère de jugement principal.....	24
a. Respect des 9 heures de temps non posté.....	24
b. Effectif médical manquant.....	25
c. Statut des médecins urgentistes.....	26

d. Plages horaires.....	27
e. Heures supplémentaires.....	28
4. Critères de jugements secondaires.....	30
a. Exploitation du temps non posté.....	30
b. Perception du temps non posté par les médecins.....	32
c. Qualité de vie au travail.....	33
d. Pourquoi le temps non posté est-il insuffisamment respecté?.....	35
e. Implication dans le service et TNP.....	36
DISCUSSION.....	38
1. Points forts de l'étude.....	38
2. Limites de l'étude.....	39
3. Les obstacles à l'application du TNP.....	39
4. Le cas des Docteurs Juniors.....	41
5. L'importance du temps non posté.....	43
6. Perspectives.....	44
CONCLUSION.....	46
LISTES DES ABREVIATIONS.....	47
BIBLIOGRAPHIE.....	48
ANNEXES.....	52

RESUME

Introduction. Le métier de médecin urgentiste cumule de nombreuses caractéristiques d'un métier stressant. Hors, les urgentistes placent la qualité de vie au travail comme la thématique la plus importante en termes d'attractivité. Cette évolution invite à se questionner sur l'organisation du temps de travail des urgentistes. En juillet 2015, une instruction est publiée relative au temps de travail des urgentistes, et identifie un temps de travail clinique de 39 heures, ainsi qu'un temps de travail non posté – ou texturant – de 9 heures. Dans ce contexte, nous cherchons à savoir si les heures prévues pour le temps non posté sont bien respectées, et quels en sont les obstacles. Nous nous interrogeons si le temps non posté pourrait contribuer à l'amélioration des conditions de travail des urgentistes Français.

Méthode. Il s'agit d'une étude épidémiologique, multicentrique, descriptive, et observationnelle, menée auprès des médecins exerçant dans les services d'urgence de la région PACA. Un questionnaire informatique a été transmis aux chefs des services de médecine d'urgence du 5 décembre 2022 au 23 février 2023, pour le diffuser à tous leurs médecins. Le questionnaire évaluait la proportion de médecins respectant les 9 heures de temps non posté, ainsi que les facteurs liés à un moindre respect du TNP.

Résultats. Sur les 32 services d'urgences éligibles, des médecins de 18 services ont répondu au questionnaire. 107 réponses ont été analysées. 53 médecins de la population d'étude respectaient leurs 9 heures de TNP, soit 49.5% de la population. 54 médecins, soit 50.5% ne bénéficiaient pas des 9 heures de TNP. Une proportion importante d'effectif médical manquant, le fait d'être docteur Junior ou assistant, le travail en gardes de 24 heures, et la réalisation d'heures supplémentaires étaient des facteurs associés à un plus faible taux de respect du TNP. 86.9% de la population trouvait pertinent le fait d'avoir un créneau dédié au TNP. Il permettait un meilleur investissement dans la vie du service pour 86.3% des médecins. Enfin, 55% des médecins présents avant la réforme déclarent une amélioration de leur qualité de vie au travail depuis l'instauration des 9 heures de TNP décomptées du temps de travail.

Conclusion. Plus de la moitié des médecins urgentistes interrogés ne bénéficiaient pas des 9 heures de temps non posté prévues par l'instruction de juillet 2015. Nous avons mis en évidence des inégalités dans le respect du TNP entre médecins. Le TNP pourrait être un levier d'action à développer afin d'améliorer la qualité de vie au travail des urgentistes.

Mots-Clés : Temps non posté - texturant - qualité de vie au travail - urgentistes

ABSTRACT

Background. The profession of emergency physician combines many characteristics of a stressful job. However, emergency physicians place the quality of work life as the most important factor in terms of attractiveness. This observation leads us to question the organization of emergency physicians' work schedule. In July 2015, an instruction was published concerning emergency physicians working hours, which identifies a clinical working time of 39 hours, as well as a non clinical working time of 9 hours. In this context, we seek to determine if the hours planned for non clinical activities could contribute to the improvement of French emergency physicians working conditions.

Method. This is an epidemiological, multicentric, descriptive, and observational study conducted among physicians practicing in emergency departments in the PACA region. A questionnaire was sent to the heads of emergency medicine departments from December 5th 2022 to February 23rd 2023, so it'd be spread to all their physicians. The questionnaire evaluated the proportion of physicians respecting the 9-hours non clinical time, as well as the factors related to a lower respect of this work time.

Results. Out of the 32 eligible emergency departments, physicians from 18 departments answered the questionnaire. 107 answers were analyzed. 53 physicians from the study population respected their 9-hour non clinical time, which represented 49.5% of the population. 54 physicians, representing 50.5%, did not benefit from the 9-hour non clinical time. A significant proportion of medical staff shortage, being a junior doctor, working 24-hour shifts, and working overtime were factors associated with a lower rate of non-clinical time respect. 86,9% of the population found it relevant to have a dedicated non clinical work slot. It allowed for a better investment in the department's life for 86,3% of physicians. Eventually, 55% of physicians working before the reform reported an improvement in their work-life quality since the implementation of the 9-hour non clinical time deducted from working time.

Conclusion. More than half the emergency physicians did not benefit from the 9-hour non clinical time provided for in the July 2015 instruction. We have highlighted inequalities in non-clinical time respect among physicians. Non-clinical time could be a lead to explore in order to improve the work-life quality of emergency physicians.

Key words : non clinical work time - work-life quality - emergency physicians

INTRODUCTION

1. Les Services de médecine d'Urgence

Les services d'accueil des urgences sont un des pivots de l'organisation sanitaire en France. Ils représentent parfaitement l'interface entre la médecine générale de ville et la médecine hospitalière, en assurant la coordination des soins entre ces deux niveaux de prise en charge.

De fait, le service d'accueil des urgences est souvent le premier point de contact pour les patients souffrant d'une urgence médicale. Dans certains cas, une prise en charge immédiate peut être assurée avec une solution à court terme pour répondre à l'urgence. Dans d'autres cas, il peut être décidé d'orienter le patient vers un médecin généraliste, une structure de soins de ville ou un service hospitalier spécialisé pour une prise en charge plus longue.

Les services d'urgences sont composés de plusieurs acteurs travaillant en étroite collaboration. Le médecin urgentiste est un de ces acteurs de santé. Il est amené à travailler en équipe avec les autres professionnels de santé, notamment les infirmiers, les aides-soignants, les radiologues, les réanimateurs, pour coordonner les soins prodigués aux patients. Il doit être capable de travailler efficacement en équipe, de communiquer de manière claire, et de prendre des décisions rapides en cas d'urgence.

Son rôle est déterminant puisqu'il s'agit souvent du premier professionnel de santé à évaluer la gravité de l'état de santé du patient, et à prendre les mesures nécessaires pour fournir une assistance médicale d'urgence, que ce soit en pré-hospitalier dans les SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation), ou dans les services d'urgences intra-hospitaliers.

Leur expertise permet de poser rapidement un diagnostic, de prendre en charge la douleur, et de stabiliser l'état du patient en vue d'une éventuelle hospitalisation.

Les médecins urgentistes ont également un rôle important dans la régulation des flux de patients dans les services d'urgences, en veillant à ce que les patients soient dirigés vers les structures médicales les plus adaptées à leur état de santé. Cette régulation est essentielle pour garantir une prise en charge rapide et adaptée des patients en fonction de la gravité de leur pathologie.

2. Les difficultés liées au métier de médecin urgentiste

Le métier de médecin urgentiste cumule tout de même de nombreuses caractéristiques d'un métier stressant. D'après l'étude française menée par *J. Sende et al* concernant les facteurs de stress en médecine d'urgence, les facteurs les plus importants mis en évidence étaient la fatigue, la pression du patient et de son entourage, ainsi que la surcharge périodique de travail [1]. Cette même étude montrait que 62% des urgentistes interrogés étaient en pré burn-out et 11% en burn-out.

Cette constante pression au travail peut alors exposer les médecins à des risques accrus de syndrome d'épuisement professionnel [2], avec un impact négatif sur la qualité des soins prodigués au patient [3]. Une étude menée sur des urgentistes Canadiens [4] relevait que l'incidence du burn-out diminuait et le sentiment d'accomplissement personnel au travail augmentait avec le nombre d'heures non-cliniques réalisées dans l'année.

Le médecin urgentiste, ainsi que toute l'équipe des services d'urgence sont également confrontés à un engorgement croissant des structures d'urgences depuis les années 2010 [5]. Hors, la saturation des structures d'urgences est corrélée à une hausse de la morbi-mortalité [6-7]. Elle est d'origine multifactorielle mais est classiquement attribuée à une indisponibilité de lits d'aval, qui semble être une des causes principales, ainsi qu'à l'augmentation croissante des recours pour des soins non programmés. En une vingtaine d'année, le nombre de passage dans les services d'urgences en France a plus que doublé, passant de 10 millions à 21,2 millions entre 1996 et 2019 (avant de connaître sa première baisse historique en 2020 liée à l'épidémie de COVID-19, avec 18,1 millions de passages comptabilisés) [8].

Cette situation amène souvent les médecins urgentistes à prendre des décisions cruciales concernant les patients sous une pression constante.

Le travail en tant que médecin urgentiste peut également être émotionnellement difficile. Les médecins se retrouvant régulièrement en première ligne d'accidents pouvant être mortels, avec des patients polytraumatisés. Hors, des études ont trouvé des taux élevés de stress post-traumatique chez les médecins traitant régulièrement des patients traumatisés [9]. Les urgentistes sont également amenés à prendre en charge des patients polypathologiques souffrant de maladies graves, et ce d'autant plus pendant la période de pandémie du COVID-19.

En outre, les médecins urgentistes peuvent également être exposés à des situations de violence ou d'agression verbale ou physique de la part des patients ou de leur famille. Aux Etats-Unis, la "Occupational Safety and Health Administration", une agence gouvernementale dont la mission est la prévention des blessures et maladies dans le cadre du travail, a identifié plusieurs facteurs environnementaux associés à une augmentation de la violence au travail à l'encontre des professionnels de santé. Ces facteurs sont : un long temps d'attente pour les patients, des services en sous-effectifs, et la libre circulation des patients et de leurs proches [10]. Ces trois facteurs sont généralement retrouvés dans les services d'urgences américains, mais également français, et exposent ainsi le personnel des urgences à un risque accru de violence au travail

Ces conditions d'exercice difficiles entraînent une désertification des services d'urgences ayant contraint l'été dernier de nombreux services à fermer la nuit faute d'effectifs médicaux et paramédicaux. Ainsi, le taux de vacance des postes de praticiens hospitaliers à temps pleins en médecine d'urgence était de 32,2% au 1er janvier 2021 selon le Centre national de gestion (CNG), avec une disparité majeure entre les services [11].

3. Des conditions de travail à améliorer

Une équipe de l'Hôpital Saint-Antoine de l'AP-HP a publié en 2022 une étude recherchant les facteurs d'attractivité médicale des services d'urgences en France. Leur travail a identifié plusieurs facteurs associés à une faible vacance de poste, qu'ils qualifiaient alors de facteurs d'attractivité. Ces facteurs sont entre autres un nombre annuel de passage élevé, la possibilité d'enseigner, le respect du temps de travail hebdomadaire, et une meilleure ambiance au sein du service. Les médecins urgentistes placent la qualité de vie au travail comme la thématique la plus importante en termes d'attractivité [12].

Il paraît donc important d'organiser le temps de travail des médecins urgentistes afin de garantir leur sécurité et leur bien-être physique et mental, ainsi que la qualité des soins qu'ils fournissent aux patients.

En France, les heures de travail des médecins urgentistes sont un sujet de préoccupation depuis de nombreuses années. Des efforts ont été faits pour limiter les heures de travail, mais il reste encore des défis à relever pour améliorer les conditions de travail des médecins urgentistes.

4. Législation

En juillet 2015, l'Instruction DGOS/RH4 no 2015-234 est publiée, relative au temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence - SAMU - SMUR. Elle développe plusieurs points concernant le temps de travail des urgentistes.

Tout d'abord, elle généralise le principe du décompte horaire du temps de travail dans toutes les structures d'urgences (Urgences, SAMU et SMUR).

Ensuite, elle modifie le temps de travail des urgentistes en identifiant un temps de travail clinique de 39 heures, et un temps de travail non clinique - ou texturant - de 9 heures, dans la limite des 48 heures hebdomadaires au total, lissé par quadrimestre.

Les activités au sein des structures de médecine d'urgence sont alors organisées autour de deux composantes distinctes :

Le travail clinique posté :

Le travail clinique posté est consacré à la prise en charge médicale des patients dans le cadre de l'occupation d'une fonction faisant l'objet d'une relève organisée [13].

Cela correspond concrètement :

- A l'accueil, à la prise en charge et à la coordination des soins autour du patient aux urgences et en unités d'hospitalisation de courte durée rattachées aux services d'urgences (UHCD).
- A la régulation médicale au SAMU
- A la réalisation des missions extra-hospitalières au sein des SMUR.

Les activités non postées, ou temps texturant :

Le temps non posté chez les urgentistes Français correspond au temps consacré à des activités professionnelles autres que les heures de travail directement liées à la prise en charge des patients. Il est également défini comme le temps de travail dédié aux processus adjacents aux soins, médicaux et paramédicaux, qui ont un impact sur la qualité des soins prodigués à la population [14].

5. Le Temps non posté

Le temps non posté peut prendre différentes formes d'exercice :

Il peut s'agir de missions à vocation collective et institutionnelle confiées aux praticiens. Elles consistent notamment en l'analyse des données de santé, l'encadrement des internes et étudiants en santé, la préparation de protocoles de gestion de crises, ou la participation à des réunions de travail.

Le temps non posté peut également être exploité pour permettre la mise en place de protocoles de service, et développer l'organisation et l'amélioration de la qualité des soins. Cela peut impliquer la mise en place par exemple de nouveaux protocoles de triage, la coordination des soins avec d'autres services médicaux ou la conception de nouvelles stratégies pour gérer les pics d'affluence aux urgences.

Enfin, ce temps peut aussi être consacré à l'obligation de développement professionnel continu (DPC), en participant à des formations telles que des diplômes universitaires, en s'investissant dans la préparation de présentations ou de publications scientifiques, en travaillant sur l'amélioration des pratiques. Tout cela dans le but pour les urgentistes d'actualiser leurs connaissances et d'apprendre de nouvelles techniques médicales pour rester à la pointe de leur domaine d'expertise.

Un contrat, de principe annuel, détermine en fonction des priorités établies par le chef de service, les activités non postées à réaliser dans le service. Les missions sont adaptées à chaque praticien après concertation avec celui-ci.

Au même titre que les activités cliniques postées, elles figurent dans les plannings médicaux des services.

Avant la réforme de 2015, la plupart des tâches qui rentrent maintenant dans le cadre du temps non posté étaient tout de même effectuées. Cependant, il n'y avait pas de temps défini pour les réaliser, et les médecins urgentistes devaient souvent consacrer une partie de leur temps personnel pour ces activités, en plus de leurs 48 heures de temps clinique.

D'après l'instruction de juillet 2015 [13], la capacité pour les médecins urgentistes de pouvoir consacrer une partie de leur temps de travail à des activités non postées est essentielle à l'attractivité de leur exercice professionnel et à sa longévité, à la qualité des soins, à l'amélioration continue de leur pratique ainsi qu'à l'implication des urgentistes dans la vie institutionnelle.

Dans l'ensemble, le temps non posté pourrait être un facteur important d'attractivité notamment pour les jeunes médecins et pourrait contribuer à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients dans les services d'urgences.

En offrant aux médecins la possibilité de se former, de se développer professionnellement et de trouver un meilleur équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle, les services d'urgences pourraient attirer et retenir des talents clés pour leur équipe.

Malgré son importance, le temps non posté est souvent mal reconnu et insuffisamment valorisé dans le système de santé français, y compris chez les médecins urgentistes.

6. Spécificité de la médecine d'urgence dans la région PACA

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) est une région située dans le sud-est de la France, avec une population de plus de 5 millions d'habitants. La médecine d'urgence dans cette région présente plusieurs spécificités [15] :

- L'exercice de la médecine d'urgence dans la région PACA est marqué par une forte saisonnalité. En effet, la région est une destination touristique très populaire, ce qui entraîne une augmentation de la population pendant les périodes estivales, ainsi que pendant les vacances d'hiver dans les Alpes. Cette affluence peut augmenter considérablement le nombre de patients nécessitant des soins d'urgence. Cela demande une organisation et de l'anticipation de la part des services d'urgences afin de gérer ce flux augmenté de patients.
- La région PACA est marquée par une grande diversité géographique. La région couvre une grande variété de terrains, y compris des zones montagneuses, des zones rurales, des zones côtières voire insulaires. Cela peut rendre l'accès aux soins d'urgence plus difficile. Ainsi, les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) de la région PACA sont très actifs et jouent un rôle important dans la coordination des

soins d'urgence dans la région. Un SAMU de coordination médicale maritime est également présent dans la région au sein du SAMU 83.

- La région PACA est une région où la population est relativement âgée. Selon l'INSEE, un habitant sur trois de la région PACA aura plus de 60 ans en 2030, et la population des 85 ans ou plus doublerait d'ici 2050 [16]. Cela peut entraîner une augmentation de la demande de soins d'urgence pour les maladies liées au vieillissement.

En somme, l'exercice de la médecine d'urgence dans la région PACA possède de nombreux attraits du fait de sa diversité d'exercices. Cependant, ses spécificités liées à sa forte saisonnalité, sa grande diversité géographique, sa population vieillissante peuvent également être pourvoyeuses de stress au travail et mener au syndrome d'épuisement professionnel à long terme.

7. Objectifs de l'étude

Comme nous l'avons vu précédemment, plusieurs études ou travaux de thèse [2-3-4-12] se sont intéressés aux facteurs d'attractivité des services d'urgences, ainsi qu'à l'importance accordée aux efforts visant une amélioration de la qualité de vie au travail du médecin urgentiste, afin de prévenir le syndrome d'épuisement professionnel.

Peu, voire aucune étude à notre connaissance n'a été réalisée jusqu'à présent sur le rôle que pourrait avoir le temps non posté dans l'amélioration des conditions de travail, et l'implication du médecin urgentiste dans son service. Son importance étant sous-estimée, le temps non posté n'est pas assez valorisé chez les médecins urgentistes.

Nous pensons qu'il s'agit d'une des pistes à explorer afin d'obtenir des services d'urgence plus attractifs, faits de médecins investis, et qu'il s'agit d'une des clés de la longévité dans l'exercice professionnel de la médecine d'urgence.

Ce travail de thèse a pour but de réaliser un état des lieux des plages horaires dédiées au temps non posté chez les urgentistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

L'objectif principal de l'étude est d'observer si les 9 heures d'activités non postées prévues par la réforme du temps de travail des urgentistes sont respectées. Si cela n'est pas le cas, quels sont les facteurs liés à un plus faible respect du temps non posté.

Nous rechercherons également comment l'urgentiste exploite son temps dédié aux missions non postées.

Enfin, un des objectifs secondaires de cette étude est de rechercher si le respect du temps non posté permet une amélioration de la qualité de vie au travail des urgentistes. Permet-il notamment de fidéliser les jeunes médecins en leur donnant les moyens de s'impliquer dans la vie de leur service?

MATERIEL ET METHODE

1. Schéma de l'étude

Le travail que nous avons réalisé est une étude épidémiologique, multicentrique, descriptive, et observationnelle.

L'étude a été menée auprès des médecins exerçant dans les services de médecine d'urgence de la région PACA.

2. Caractéristiques de la population étudiée

Ont été inclus dans cette étude, les médecins thésés travaillant à temps partiel ou complet dans un service d'accueil des Urgences adultes (SAU) et/ou Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) de la région PACA. Les Docteurs Juniors étaient également inclus dans l'étude.

Je me suis appuyée sur le *Panoramas de l'activité des services d'urgence en région PACA*, document publié en 2019 par le Groupement régional ieSS [15] (Innovation e-santé Sud), qui référence les services d'urgence en activité dans la région PACA. Ils sont au nombre de 55 au total.

Les médecins travaillant à temps complet dans un service d'Urgence des établissements privés, du bataillon des Marins-Pompiers de Marseille, ou des hôpitaux d'instruction des armées n'ont pas été sollicités.

L'étude ne s'adressait pas non plus aux médecins intérimaires, car nous partions du postulat qu'ils ne faisaient pas partie de l'équipe médicale de façon durable. Il était ainsi peu probable qu'ils bénéficient de temps non posté.

Le questionnaire servant de base à l'étude a ainsi été envoyé aux médecins des services d'urgences des hôpitaux suivants :

Hautes Alpes :

- Centre Hospitalier des Escartons de Briançon
- Centre Hospitalier d'Embrun
- Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud Gap - Sisteron

Alpes de Haute Provence :

- Centre Hospitalier de Digne-Les-Bains
- Centre Hospitalier de Manosque

Vaucluse :

- Centre Hospitalier de Valréas
- Centre Hospitalier de Vaison-La-Romaine
- Centre Hospitalier d'Orange
- Centre Hospitalier de Carpentras
- Centre Hospitalier d'Avignon
- Centre Hospitalier Intercommunal de Cavaillon - Lauris
- Centre Hospitalier du Pays d'Apt

Bouches-Du-Rhône :

- Centre Hospitalier d'Arles
- Hôpital du Pays Salonais
- Centre Hospitalier du Pays d'Aix Aix-en-Provence - Pertuis
- Centre Hospitalier de Martigues
- APHM-Nord
- APHM-Timone
- SAMU/SMUR Marseille
- Centre Hospitalier d'Aubagne
- Centre Hospitalier de La Ciotat

Var :

- Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer
- Centre Hospitalier Hyères les Palmiers
- Centre Hospitalier de Brignoles
- Centre Hospitalier de la Dracénie
- Centre Hospitalier du Golfe de Saint-Tropez
- Centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus - Saint-Raphaël

Alpes Maritimes

- Centre Hospitalier de Grasse
- Hôpital de Cannes
- Centre Hospitalier Antibes - Juan-Les-Pins
- CHU Nice Pasteur
- Centre Hospitalier La Palmosa - Menton

3. Recueil de données

Avant le recueil des données, tous les médecins ont été informés des objectifs et de l'intérêt de l'étude, ainsi que de leur droit d'accepter ou de refuser d'y participer.

Le consentement était automatiquement recueilli dès lors que les participants répondaient au questionnaire. Aucun formulaire de consentement ou avis d'un comité d'éthique n'a été requis.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, la participation à l'enquête était volontaire et anonyme.

Les données ont été recueillies par l'intermédiaire d'un questionnaire non standardisé. Ce questionnaire a été réalisé en ligne grâce au logiciel Google Forms® (Google, Mountain View, États-Unis).

Les questions ont été pensées et formulées par moi-même, avec par la suite relecture et validation par deux Praticiens Hospitaliers des urgences du Centre Hospitalier de Gap.

Pour diffuser l'étude, un e-mail comportant le questionnaire, ainsi qu'un texte expliquant le but de l'étude a été envoyé à chaque chef de service en lui demandant de diffuser le questionnaire à son équipe de médecin. Il y a eu deux relances d'envois pour chaque service.

La seule exception a été faite pour les services de l'APHM, où malgré les trois envois du questionnaire, aucune réponse n'a été collectée. Nous avons donc pris la décision d'envoyer par la suite le questionnaire personnellement à chaque médecin des services d'accueil des urgences de la Timone et de l'Hôpital Nord.

La diffusion de l'étude s'est déroulée du 5 décembre 2022 au 23 février 2023. La collecte des données a été réalisée jusqu'au 11 mars 2023.

4. Questionnaire

Le questionnaire qui servait de base de travail à l'étude était composé de 20 questions au total. La durée passée sur le questionnaire pour répondre aux questions était estimée à moins de 10 minutes.

Le questionnaire était divisé en plusieurs parties :

La première partie composée de trois questions avait pour but de recueillir des informations concernant le type de structure hospitalière des participants.

Les quatre questions composant la seconde partie s'attardaient sur les effectifs médicaux des services des participants. Le but était d'apprécier la taille de chaque service, ainsi que d'avoir une idée de l'importance du nombre d'effectif manquant. Une question était également demandée concernant le statut du médecin dans sa structure hospitalière.

La troisième partie du questionnaire se focalisait sur l'organisation du temps de travail. Les trois questions avaient pour but de savoir si le temps de travail hebdomadaire de 48 heures avec 39 heures de temps posté et 9 heures de temps non posté était respecté. De plus, nous cherchions à connaître les habitudes des médecins concernant leurs horaires postés. A savoir, si les médecins travaillaient majoritairement en gardes de 24 heures, ou si le temps de travail posté était divisé en plage de journée ou de nuit uniquement.

Enfin, la quatrième partie comportant 10 questions, concernait plus spécifiquement le temps de travail dédié au temps non posté. Les questions permettaient de connaître l'organisation du temps non posté dans le service, les activités réalisées pendant ce temps de travail, ainsi que l'impact éventuel qu'avait le respect du temps non posté sur la qualité de vie au travail, et l'implication dans la vie et le développement du service des médecins participants. Nous cherchions également à connaître les raisons potentielles qui empêchaient le développement du temps non posté dans les services.

Pour clôturer le questionnaire, un espace avait été créé pour que les participants puissent écrire des remarques libres si besoin, pour compléter des réponses ou ajouter des pistes de discussion.

5. Analyses statistiques

Les réponses recueillies ont été exportées sur une feuille de calcul du logiciel Excel® (Microsoft Corporation, Redmond, Washington, États-Unis).

Les variables étant qualitatives, elles sont présentées en effectifs et pourcentages.

Des analyses univariées ont été réalisées, permettant de préciser la relation entre deux variables (vérifier s'il existe un lien entre ces deux variables).

Nous avons utilisé pour nos analyses des tests du Chi-2, à la condition que l'effectif théorique dans chaque case du tableau de contingence soit supérieur ou égal à 5.

Toutes les analyses réalisées, avec les tableaux de contingence, sont détaillées en annexe.

Le seuil de significativité α retenu était de 5%, risque de rejeter à tort l'hypothèse nulle H_0 d'indépendance entre les variables.

Les analyses statistiques ont été calculées directement sur le logiciel Excel® (Microsoft Corporation, Redmond, Washington, États-Unis).

Pour cela, un premier tableau a été créé pour les effectifs observés, basé sur les données récoltées, à l'aide d'un tableau croisé dynamique réalisé à partir des données brutes. Un deuxième tableau représentait les effectifs théoriques, en supposant l'hypothèse H_0 valide.

Par la suite, grâce à une formule déjà présente sur le logiciel, la surface à droite du chi-2 a été calculée. L'hypothèse H_0 était rejetée si la valeur était inférieure au seuil de significativité α , fixé à 0,05. Nous pouvions ainsi conclure à la présence d'un lien entre les deux variables étudiées dans ce cas.

Les résultats ont ensuite été imagés par des diagrammes circulaires ou des histogrammes.

RÉSULTATS

1. Participation à l'enquête

Le questionnaire servant de base à l'étude a été envoyé au total à 32 services d'urgences (services cités précédemment dans la partie Méthode).

Des médecins de 18 services (56,25% des services sollicités) ont répondu au questionnaire après un envoi et deux relances.

La collecte des réponses a été clôturée le 11 mars 2023. 108 réponses ont été enregistrées au total. Parmi ces 108 réponses, il existait un doublon, un médecin ayant répondu à deux reprises au questionnaire avec des réponses identiques. Une des deux copies n'a pas été retenue pour l'analyse statistique des données.

Les analyses de données se sont ainsi basées sur 107 réponses de médecins de la région Provence Alpes Côte d'Azur au questionnaire.

La Figure 1 représente de diagramme de flux de l'étude.

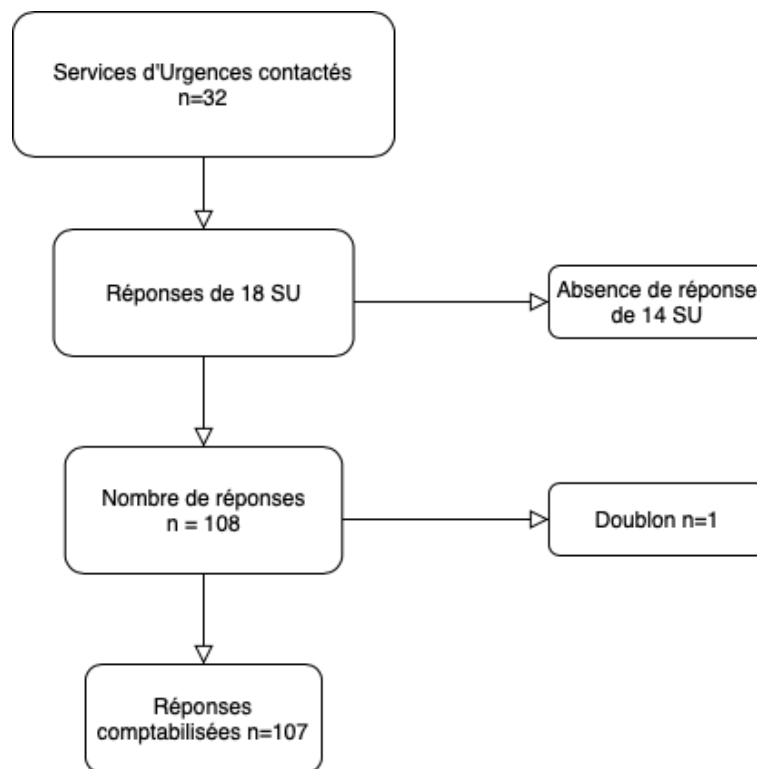


Figure 1. Diagramme de flux de l'étude.

SU : Service d'urgence.

2. Caractéristiques de la population

a. Centres Hospitaliers

Parmi les 107 médecins de la population étudiée, 32,7% proviennent de Centres Hospitaliers Universitaires, et 67,3% travaillent dans des Centres Hospitaliers Publics périphériques.

91,6% des médecins ayant répondu au questionnaire travaillent dans un service d'urgence équipé d'une ligne de SMUR.

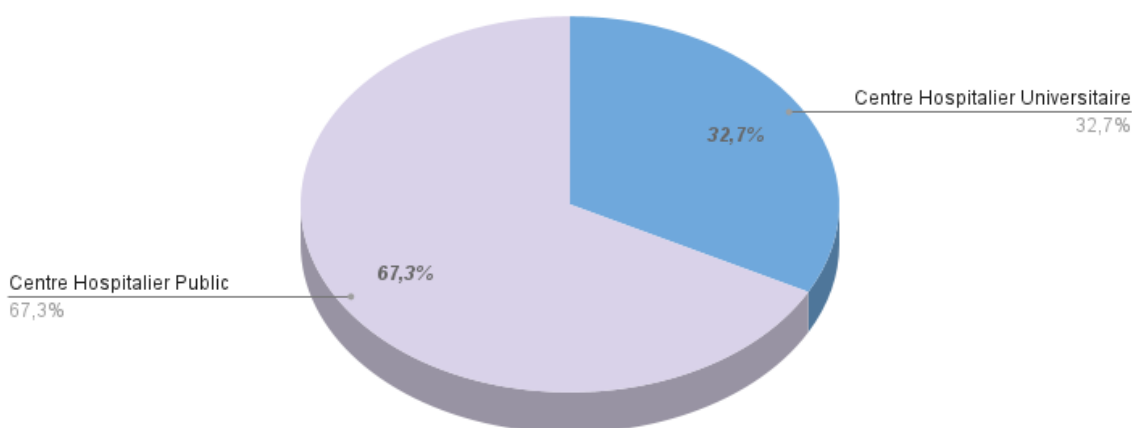


Figure 2. Structure hospitalière des médecins de la population d'étude

b. Taille des services d'urgence

Dans l'effectif étudié, 35 médecins font partie d'un petit service d'urgence comptant moins de 20 équivalents temps pleins (ETP). Un nombre identique sont employés dans un service d'urgence de taille moyenne comptant entre 20 et 40 ETP. Enfin, 32 médecins exercent au sein de services d'urgence de grande taille comptant plus de 40 ETP.

Dans la population étudiée, 5 réponses concernant la taille du service n'étaient pas interprétables.

Les données sont résumées dans le Tableau 1.

Taille du service d'urgence	Nombre de médecin de la population étudiée (%)
Petite taille : ETP < 20	35 (32,7)
Taille moyenne : 20 ≤ ETP < 40	35 (32,7)
Grande taille : ETP ≥ 40	32 (29,9)
Données non interprétables	5 (4,7)

Tableau 1 : Taille du service d'urgence des médecins de la population d'étude

* Données non interprétables = 1 : beaucoup ; 1 : ne sait pas ; 3 : absences de réponse

c. Effectif médical manquant

Seulement 12 médecins, soit 11% de l'effectif étudié, travaillent dans des urgences où l'effectif médical est complet. 16% des médecins se trouvent dans des structures hospitalières où l'effectif manquant reste inférieur à 10%. La majorité des médecins ayant répondu au questionnaire travaillent dans des services où la proportion d'équivalents temps pleins (ETP) manquant se situe entre 10 et 30%. 61 médecins (soit 57%) sont dans ce cas-là.

Il manque 30 à 50% d'ETP dans les services de 12 médecins (soit 11%). Enfin dans 5% des cas, l'effectif médical manquant dépasse les 50% d'équivalents temps pleins.

Ces données descriptives sont résumées dans le Tableau 2.

Proportion d'ETP manquant dans l'effectif	Nombre de médecin de la population étudiée (%)
Effectif complet	12 (11,2)
< 10%	17 (15,9)
10-30%	61 (57,0)
30-50%	12 (11,2)
> 50%	5 (4,7)

Tableau 2. Proportion d'effectif médical manquant dans les services d'urgences de la population étudiée

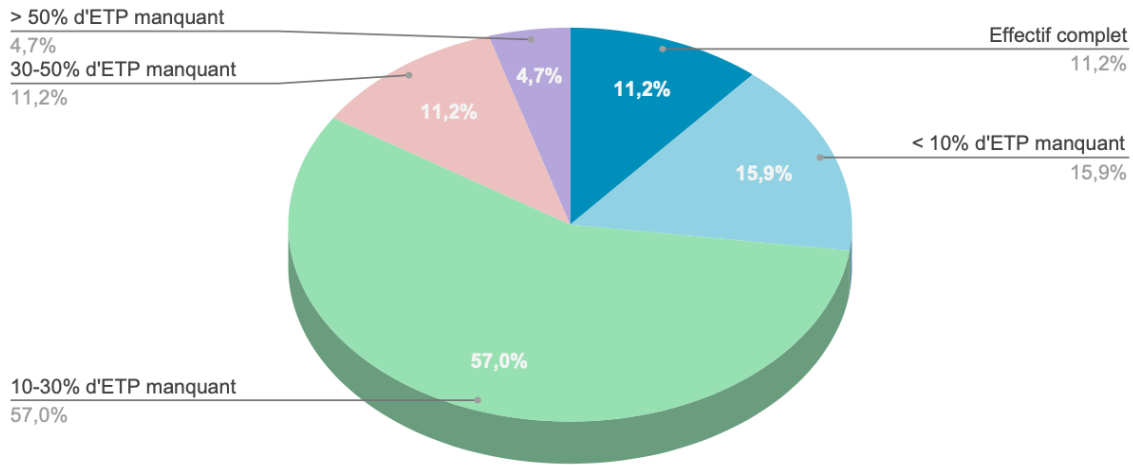


Figure 3. Proportion d'équivalents temps pleins (ETP) manquant dans l'effectif de la population étudiée

d. Heures supplémentaires

A cause du manque d'effectif, 22 médecins (soit 21% de la population d'étude) sont amenés à réaliser des heures supplémentaires de façon régulière et dépassent ainsi les 48 heures de travail hebdomadaires.

e. Statut des médecins de l'étude

La population étudiée se compose de 10 Docteurs Juniors, 4 Assistants, 19 Praticiens Hospitaliers Contractuels, 64 Praticiens Hospitaliers, ainsi que 10 Chefs de Services ou Chefs de Pôles. L'analyse de ces résultats est représentée dans la figure 4.

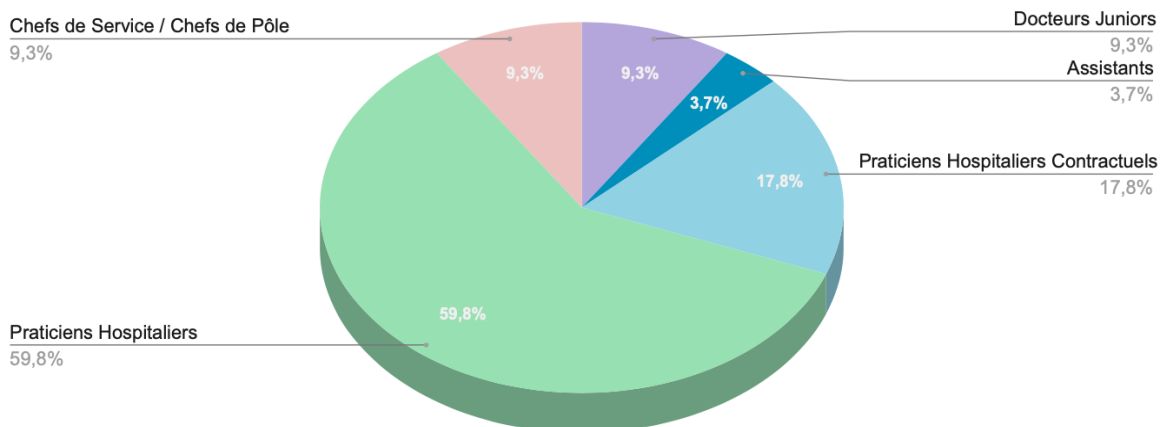


Figure 4. Proportion des statuts des médecins dans la population étudiée

f. Plages horaires

Plus d'un tiers (37,4%) des médecins de la population étudiée effectuent majoritairement des vacances de 24 heures sans interruption. 48 médecins, soit 44,9% de l'effectif, effectuent des journées de 10 heures et des nuits de 14 heures. Enfin 19 médecins (soit 17,8%) ont une répartition égalitaire avec des plages horaires de 12 heures, de journée comme de nuit.

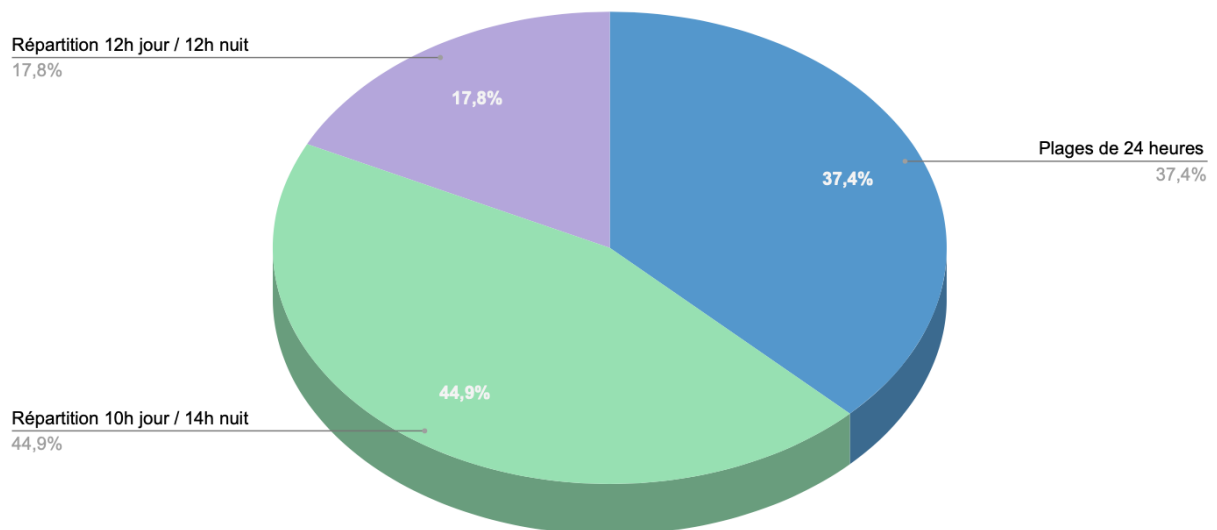


Figure 5. Plages horaires majoritairement réalisées par les médecins de la population d'étude

L'analyse descriptive des caractéristiques de la population est détaillée dans le Tableau 3.

3. Critère de jugement principal

a. Respect des 9 heures de temps non posté

Les 9 heures de temps non posté décomptées du temps de travail n'étaient respectées que chez 53 médecins de la population étudiée. Ainsi pour la moitié de l'effectif, c'est-à-dire les 54 autres médecins, les 9 heures de temps non posté n'étaient pas respectées.

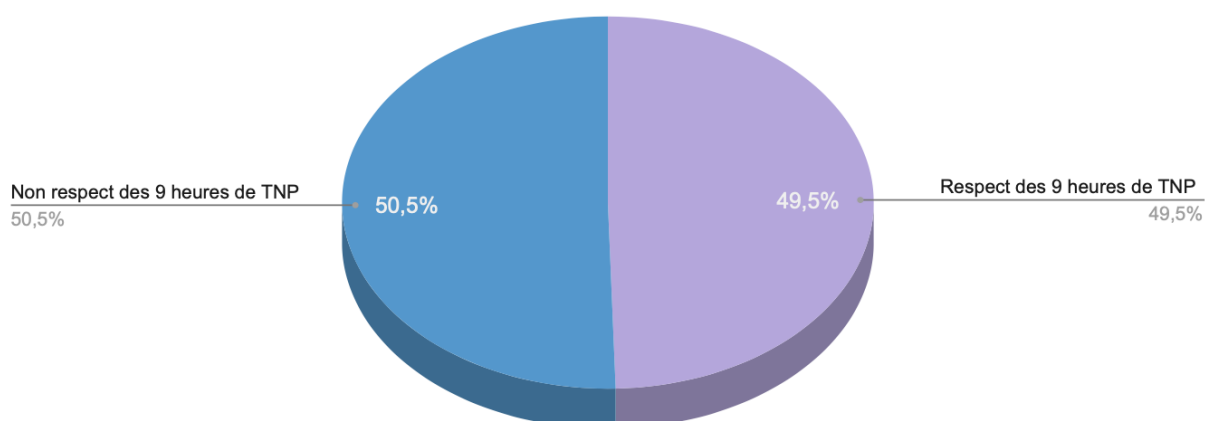


Figure 6. Proportion de médecins respectant ou non les 9 heures de temps non posté (TNP) hebdomadaires

Certains facteurs étaient associés à un plus faible respect du temps non posté par les médecins.

b. Effectif médical manquant

La proportion d'effectif médical manquant était significativement liée avec le respect du temps non posté ($p < 0,03$). En effet, plus la proportion d'effectif manquant était importante, moins les médecins bénéficiaient du respect des 9 heures de TNP. Pour l'analyse statistique, les groupes "effectif complet" et "< 10%" ainsi que les groupes "30 - 50%" et "> 50% d'ETP manquant" ont été fusionnés pour obtenir des effectifs théoriques supérieurs à 5 dans le tableau de contingence, les deux groupes extrêmes n'ayant pas l'effectif suffisant. Ces données sont reprises dans la figure 7.

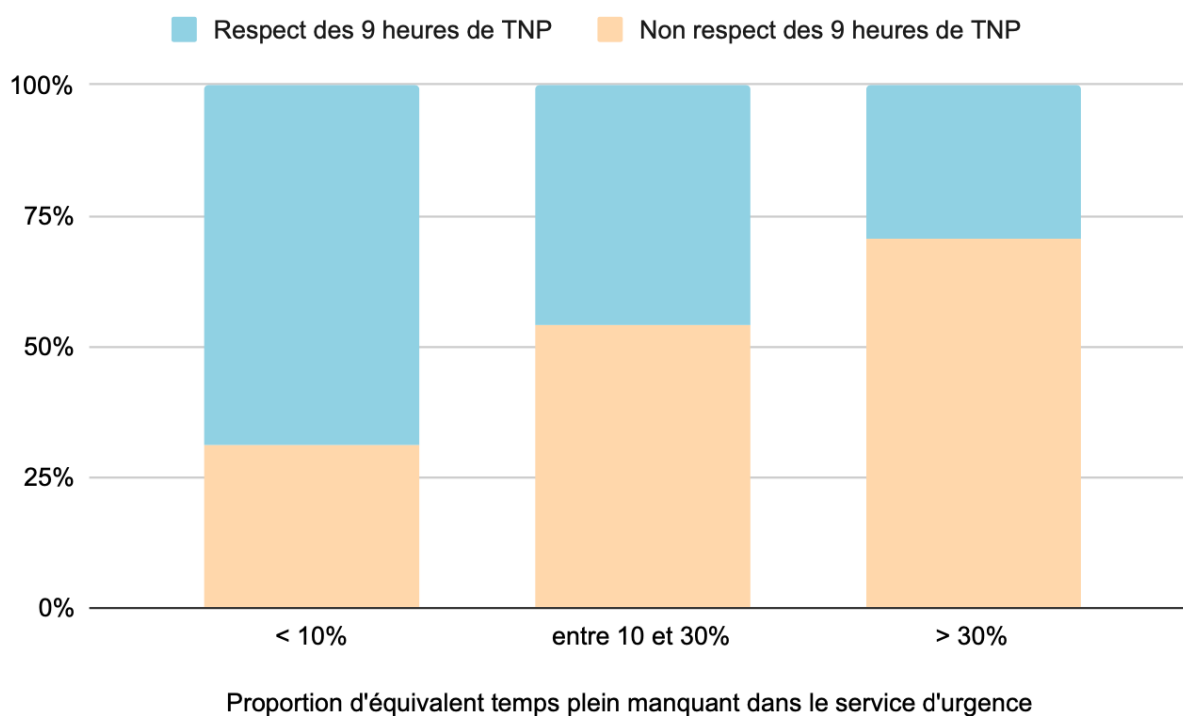


Figure 7. Respect des 9 heures de temps non posté chez les médecins de la population d'étude en fonction de la proportion d'effectif manquant dans leur service d'urgence. $p < 0,03$.

c. Statut des médecins urgentistes

Nous avons également remarqué une différence significative ($p < 0,02$) du respect du temps non posté en fonction du statut du médecin dans son service d'urgence. Ainsi, 80% des Chefs de services interrogés bénéficiaient du respect des 9 heures de TNP. 58% des Praticiens hospitaliers contractuels et 50% des Praticiens Hospitaliers avaient également leur temps non posté respecté. Cette proportion chute à 14% dans le groupe des Docteurs Juniors et Assistants (ici également les deux groupes ont été regroupés devant le faible effectif d'assistants $n = 4$).

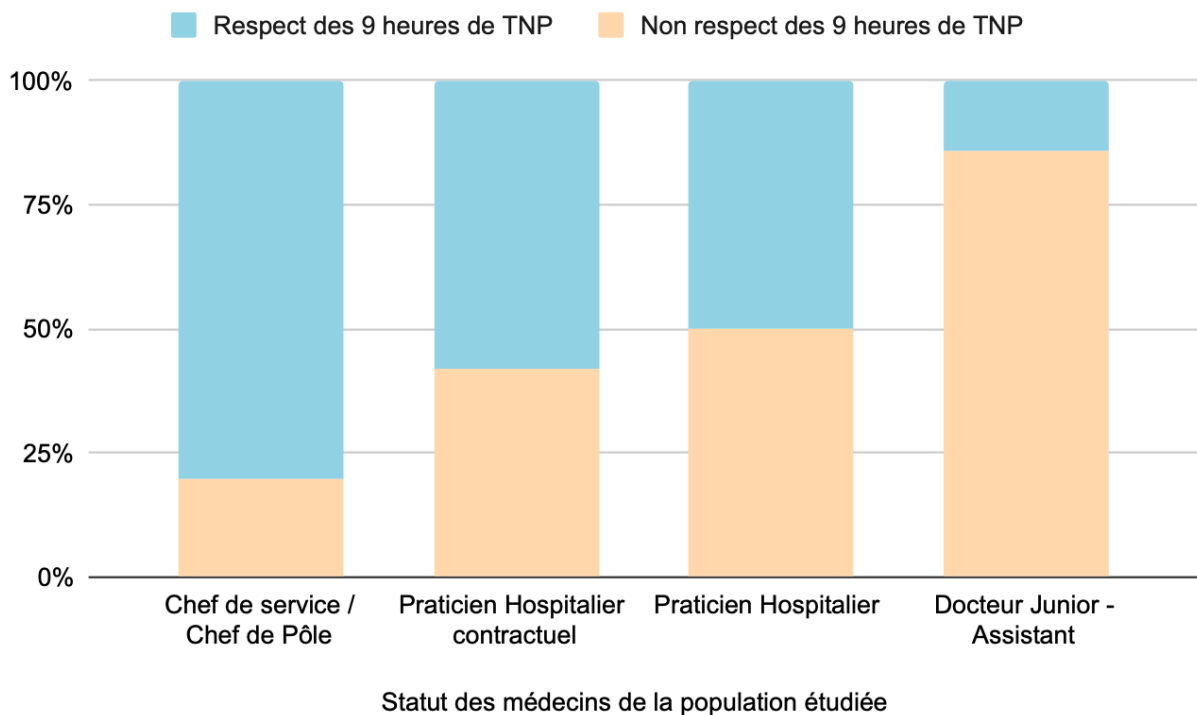


Figure 8. Respect des 9 heures de temps non posté chez les médecins de la population d'étude en fonction de leur statut dans leur service d'urgence. $p < 0,02$.

d. Plages horaires

Le respect des 9 heures de temps non posté était également lié aux plages horaires que les médecins effectuaient dans leur service. Ainsi, les urgentistes qui travaillaient généralement sur un modèle de garde de 24 heures consécutives avaient significativement moins de temps non posté que les médecins qui effectuaient des rotations de jour ou nuit uniquement ($p < 0,007$). La figure 9 illustre ce résultat.

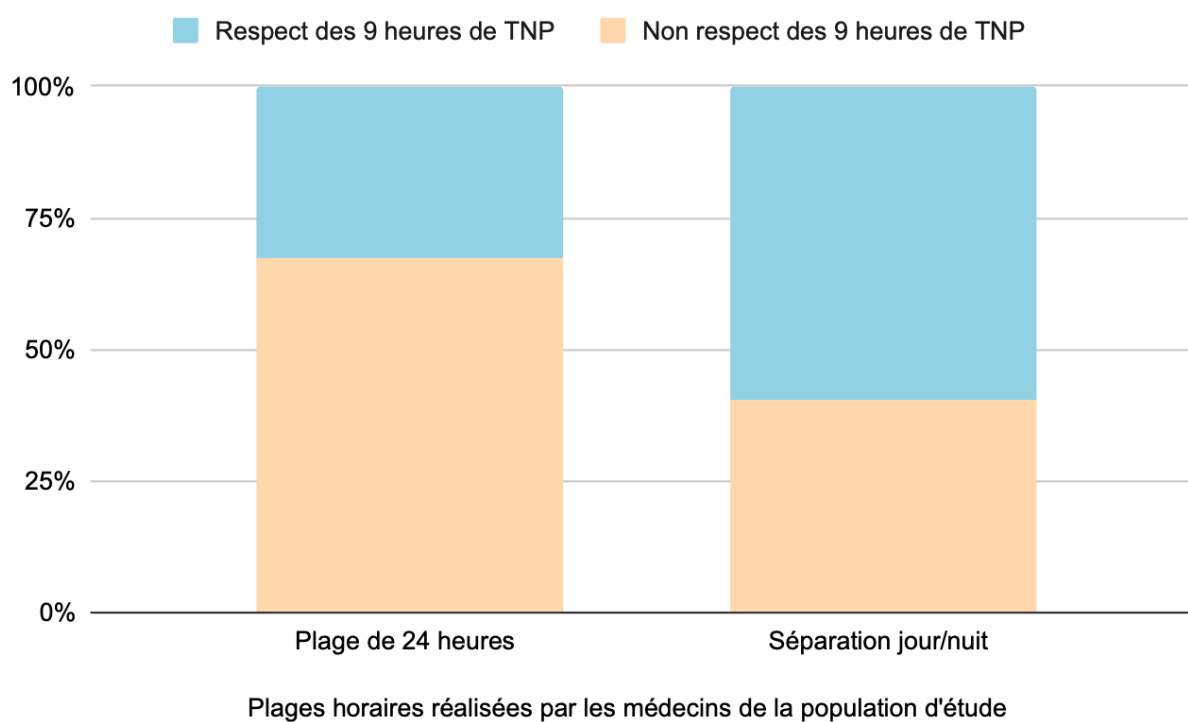


Figure 9. Respect des 9 heures de temps non posté chez les médecins de la population d'étude en fonction des plages horaires qu'ils réalisaient. $p < 0,007$.

e. Heures supplémentaires

Enfin, la réalisation d'heures supplémentaires avait également un impact négatif sur le respect du temps non posté. Seulement 14% des médecins réalisant des heures supplémentaires bénéficiaient du temps non posté. Chez les médecins respectant les 48 heures de travail hebdomadaires, 59% bénéficiaient également de leur 9 heures de temps non posté. ($p < 0,0002$). Cette différence est illustrée dans la figure 10.

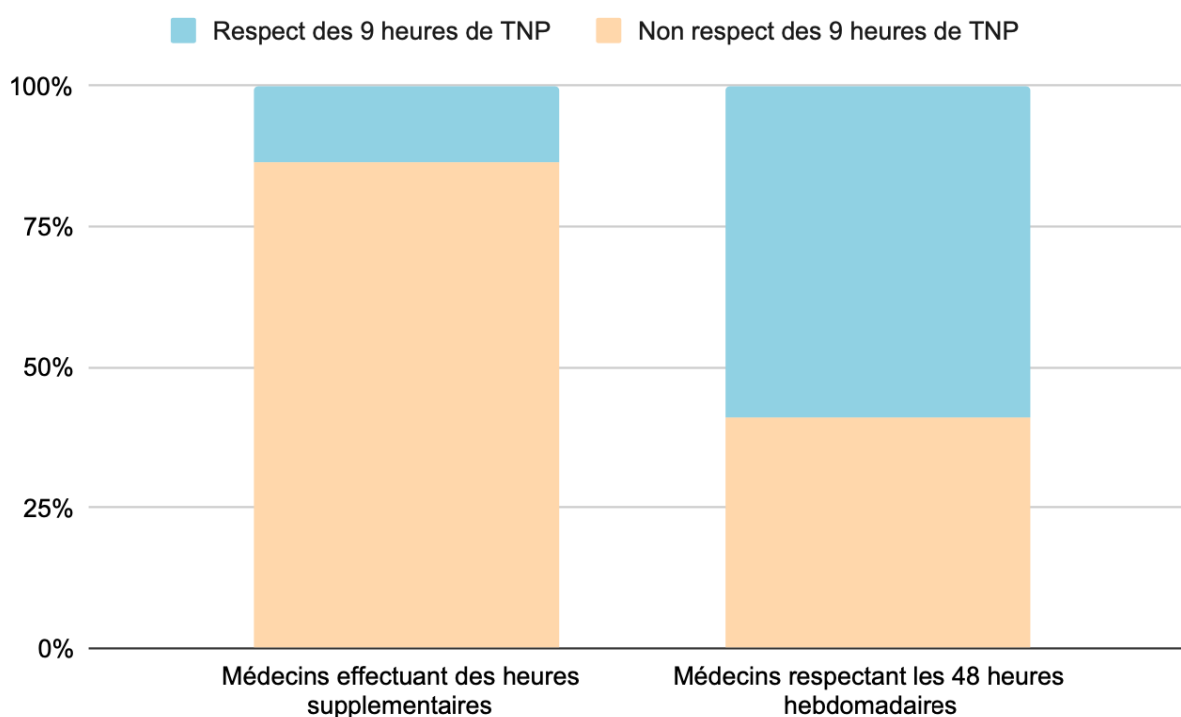


Figure 10. Respect des 9 heures de temps non posté chez les médecins de la population d'étude en fonction de la réalisation ou non d'heures supplémentaires. $p < 0,0002$.

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la taille de l'effectif médical et le respect du temps non posté. Il en est de même pour la structure hospitalière. Il n'y a pas de différence significative entre les médecins travaillant dans un centre hospitalier universitaire ou périphérique sur le respect du temps non posté.

Tous ces résultats sont résumés dans le tableau 3.

		Respect des 9 heures de TNP			
		Oui (%)	Non (%)	Total (%)	p
Structure hospitaliere	Centre Hospitalier Universitaire	16 (45,7)	19 (54,3)	35 (32,7)	NS
	Centre Hospitalier Public	37 (51,4)	35 (48,6)	72 (67,3)	
Proportion d'ETP manquant dans l'effectif	< 10%	20 (69,0)	9 (31,0)	29 (27,1)	p < 0,03
	10-30%	28 (45,9)	33 (54,1)	61 (57,0)	
	> 30%	5 (29,4)	12 (70,6)	17 (15,9)	
Statut	Docteurs Juniors - Assistants	2 (14,3)	12 (85,7)	14 (13,1)	p < 0,02
	Praticiens Hospitaliers	32 (50,0)	32 (50,0)	64 (59,8)	
	Praticien Hospitalier contractuel	11 (57,9)	8 (42,1)	19 (17,8)	
	Chef de service / Chef de Pôle	8 (80,0)	2 (20,0)	10 (9,3)	
Plages horaires majoritairement réalisées	Plages de 24 heures	13 (32,5)	27 (67,5)	40 (37,4)	p < 0,007
	Séparation Jour / Nuit	40 (59,7)	27 (40,3)	67 (62,6)	
Heures supplémentaires réalisées	Oui	3 (13,6)	19 (86,4)	22 (20,6)	p < 0,0002
	Non	50 (58,8)	35 (41,2)	85 (79,4)	
ETP effectifs	ETP < 20	20 (57,1)	15 (42,9)	35 (32,7)	NS
	20 ≤ ETP < 40	16 (45,7)	19 (54,3)	35 (32,7)	
	40 ≤ ETP	17 (53,1)	15 (46,9)	32 (29,9)	

Tableau 3. Caractéristiques de la population et lien avec le respect des 9 heures de temps non posté

4. Critères de jugement secondaires

a. Exploitation du temps non posté

Les médecins de la population d'étude ont été interrogés sur les missions qu'ils réalisaient pendant leur temps non posté. Nous avons observé que les médecins consacraient leur temps à des activités variées.

L'encadrement des internes et étudiants, ainsi que l'élaboration de protocoles de services et la participation à des groupes de travail sont les activités réalisées par le plus grand nombre de médecins de la population d'étude (57 médecins, soit 53,3% de l'effectif).

55 médecins (soit 51,4% de l'effectif) déclarent utiliser une partie de leur temps non posté pour des activités de formation personnelle, telles que le développement professionnel continu, la participation à des diplômes universitaires, ou à des congrès.

La vie du service occupe également un nombre conséquent de médecins. 52 d'entre eux (48,6%) déclarent contribuer à la gestion et l'organisation du service en réalisant les différents plannings et en animant les staffs et réunions. La vie institutionnelle (communication externe du pôle, participation aux Commissions médicale d'établissement) occupent 30 médecins soit 28% de l'effectif étudié.

Les démarches qualifiées telles que les RMM (Revue de morbidité et mortalité) ou les CREX (Comité de retour d'expérience) sont des missions réalisées par 26 médecins pendant leur temps non posté.

25 médecins soit 23,4% de l'effectif occupent une partie de leur temps non posté à la préparation de gestion des crises.

Enfin, les travaux de recherche et l'enseignement universitaire, ainsi que la veille bibliographique et épidémiologique sont des activités où 18 médecins sont impliqués (16,8% de l'effectif).

Le reste des activités réalisées par les médecins pendant leur temps non posté sont détaillés dans la figure 11.

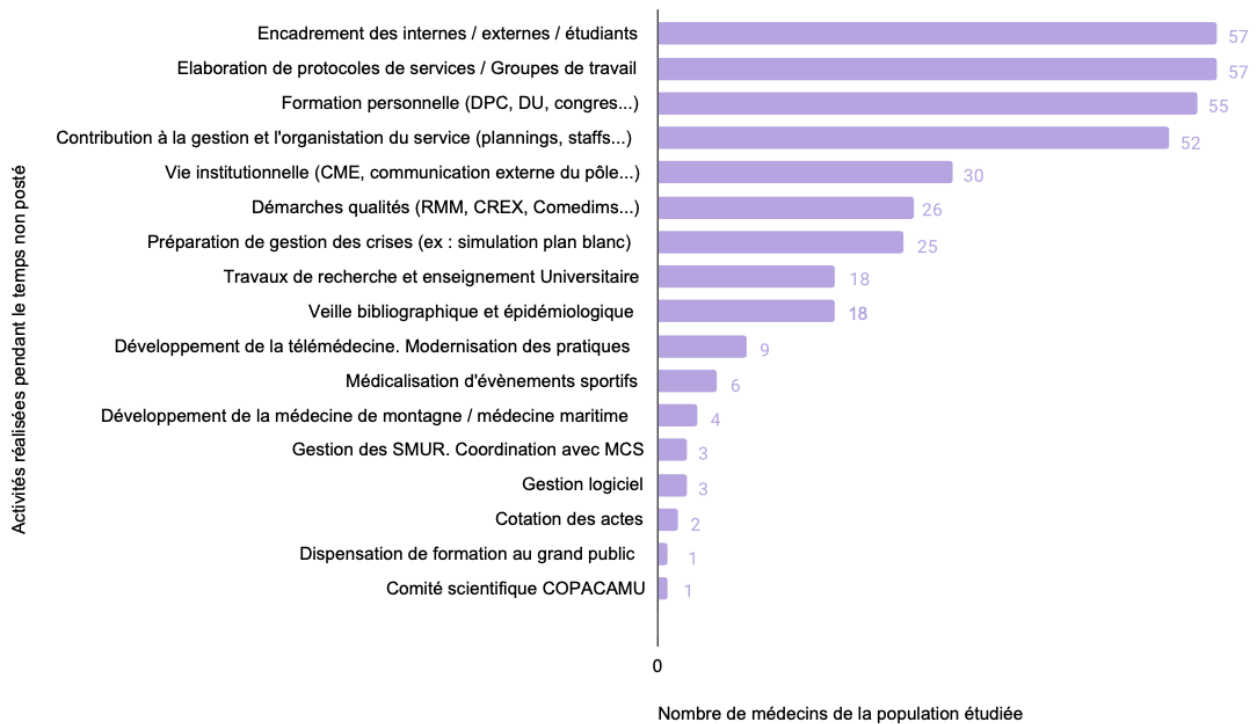


Figure 11. Nombre de médecins de la population impliqués dans les missions de temps non posté.

DPC : développement professionnel continu. DU : Diplôme universitaire

RMM : Revue de morbidité et mortalité. CREX : Comité de retour d'expérience.

MCS : Médecins correspondants du SAMU.

COPACAMU : Collège PACA de Médecine d'urgence

Les activités réalisées pendant le temps non posté sont contractualisées avec le chef de service et la direction pour 73 médecins soit 68,2% de la population étudiée. Seuls 33 d'entre eux bénéficient d'une réévaluation régulière des objectifs (30,8% des médecins participants).

b. Perception du temps non posté par les médecins

93 médecins, soit 86,9% de la population d'étude trouvent pertinent le fait d'avoir un créneau dédié au temps non posté.

Cependant, 14 médecins, soit 13,1%, ne trouvent pas utile le fait d'avoir 9 heures de temps non posté décompté de leur temps de travail.

Certains médecins motivent leurs réponses par les commentaires suivants :

“L'épuisement des équipes est à prendre en compte. Le temps médical auprès des patients nous vide de l'énergie pour le TNP. On fait en plus beaucoup de temps additionnel.”

“Le TNP doit rester libre mais beaucoup de choses sont très chronophages et non rémunérées. ex : activité simulations sous payées...”

“La vraie question ce n'est pas de faire 39 + 9 heures, mais juste 39 heures! 48 heures/semaine c'est trop! Il faudrait faire 30 + 9 heures pour avoir une vie normale, comme la majorité des métiers dans la société et vivre en bonne santé jusqu'à la retraite à 70 ans...”

Le respect du temps non posté était considéré comme un facteur d'attractivité ayant motivé la prise de poste dans le service d'urgence dans seulement 38,3% des cas, 41 médecins ayant répondu positivement à cette question.

Ainsi, 61,7% des médecins interrogés considèrent que le respect du TNP n'est pas déterminant dans l'attractivité d'un service d'urgence.

c. Qualité de vie au travail

Dans l'effectif interrogé, 80 médecins étaient présents avant l'application de la réforme. 44 médecins déclarent avoir ressenti une amélioration de leur qualité de vie au travail depuis l'instauration des 9 heures de temps non posté. Cela représente 55% de l'effectif.

40% de la population soit 32 médecins ne notent pas de différence au niveau de leur qualité de vie. Enfin, 4 médecins, soit 5% des médecins déclarent ressentir une diminution de leur qualité de vie au travail depuis l'instauration du temps non posté. (Figure 12).

Un des médecins déclarant une diminution de sa qualité de vie au travail se justifie :

“Le travail non posté comme le travail posté doit être un choix de service de management. Ce travail non posté se faisait avant la réforme. Maintenant cela engendre un déséquilibre dans la vie de service entre ceux qui en font et ceux qui n'en font pas. Ce travail non posté devrait être obligatoire pour chaque médecin du service au prorata de son temps de travail dédié avec un retour dans l'intérêt du service.”

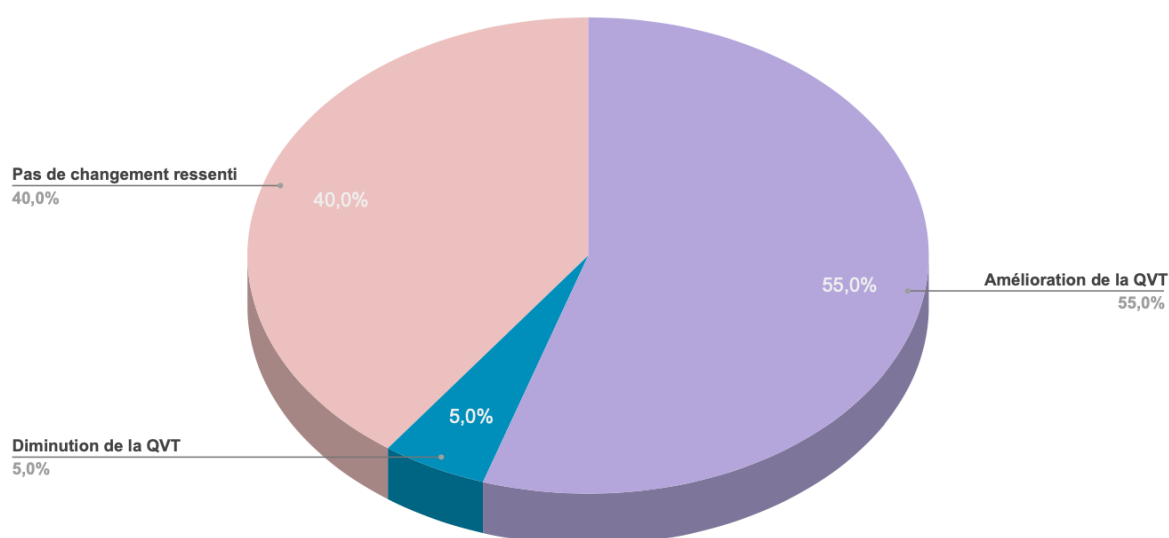


Figure 12. Proportion des médecins présents avant l'instauration des 9 heures de TNP (n = 80) concernant la qualité de vie au travail (QVT).

Cependant, lorsque l'on analyse la relation entre le respect des 9 heures de temps non posté et le ressenti au niveau de la qualité de vie au travail des médecins présents avant la réforme, on observe que les médecins déclarant une "absence de changement ressenti" ou bien une "diminution de la qualité de vie au travail" bénéficient significativement moins du respect des 9 heures de temps non postés (Tableau 4 et Figure 13).

	Respect des 9 heures de TNP			p
	Oui (%)	Non (%)	Total (%)	
Différence de QVT depuis l'instauration du TNP				
Amélioration de la QVT	26 (59,1)	18 (40,9)	44 (55,0)	p < 0,03
Pas d'amélioration de la QVT	12 (33,3)	24 (66,7)	36 (45,0)	

Tableau 4. Lien entre la qualité de vie au travail depuis l'instauration du TNP et le respect des 9 heures de temps non posté. p < 0,03.

QVT : Qualité de vie au travail. TNP : temps non posté

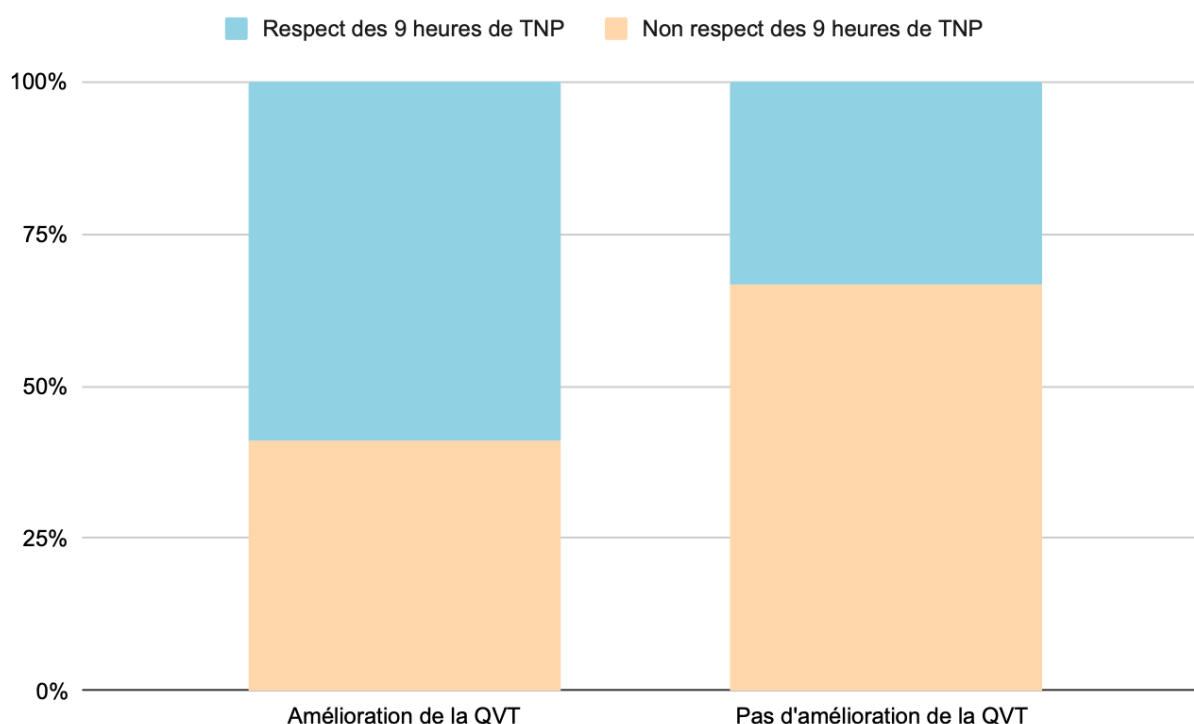


Figure 13. Respect des 9 heures de temps non posté chez les médecins de la population d'étude présent avant la réforme, en fonction du ressenti concernant la QVT depuis l'instauration des 9 heures de TNP. p < 0,003.

QVT : Qualité de vie au travail. TNP : temps non posté

Un des médecins notant une amélioration de la qualité de vie au travail nuance cependant son avis :

“Le TNP est INDISPENSABLE à la gestion de la vie institutionnelle du service pour les services comme les urgences dont les médecins ne sont pas mobilisables à autre chose que leur activité clinique quand ils sont sur site.

Mais : intrusion dans la vie personnelle et débordement fréquent des “horaires” prévus et problème majeur pour la FMC car de nombreux DU dépassent le temps de TNP dont nous disposons et nous devons poser des jours de CA pour aller en FMC ou faire des heures sup sur nos semaines post DU.

Travail aux urgences avec plages de nuit déjà physiquement usantes, l’envie de dégrader sa vie perso pour une institution peut venir à faire défaut... “

d. Pourquoi le temps non posté est-il insuffisamment respecté?

Les médecins de la population d’étude ont été interrogés sur les raisons qui expliqueraient pourquoi le temps non posté est-il insuffisamment respecté. Pour rappel, plus de la moitié de la population étudiée ne respecte pas les 9 heures de temps non posté.

La cause revenant le plus souvent est le manque d’effectif médical. 60 médecins pensent qu’il s’agit d’une des raisons empêchant le respect du temps non posté.

Les autres raisons citées par les médecins de la population d’étude sont : le manque d’habitude du service, ainsi que le rythme de garde de 24 heures, rendant difficile l’ajout de créneau non posté dans le planning des médecins.

Vient ensuite, le fait que l’effectif médical se compose en grande partie de médecins intérimaires.

Finalement les dernières raisons évoquées sont l’absence de projets à porter dans le service, l’absence de communication dans le service, et le choix des médecins de ne pas réaliser de temps non posté.

Le nombre de réponses pour chaque raison évoquée précédemment est détaillé dans la figure 14.

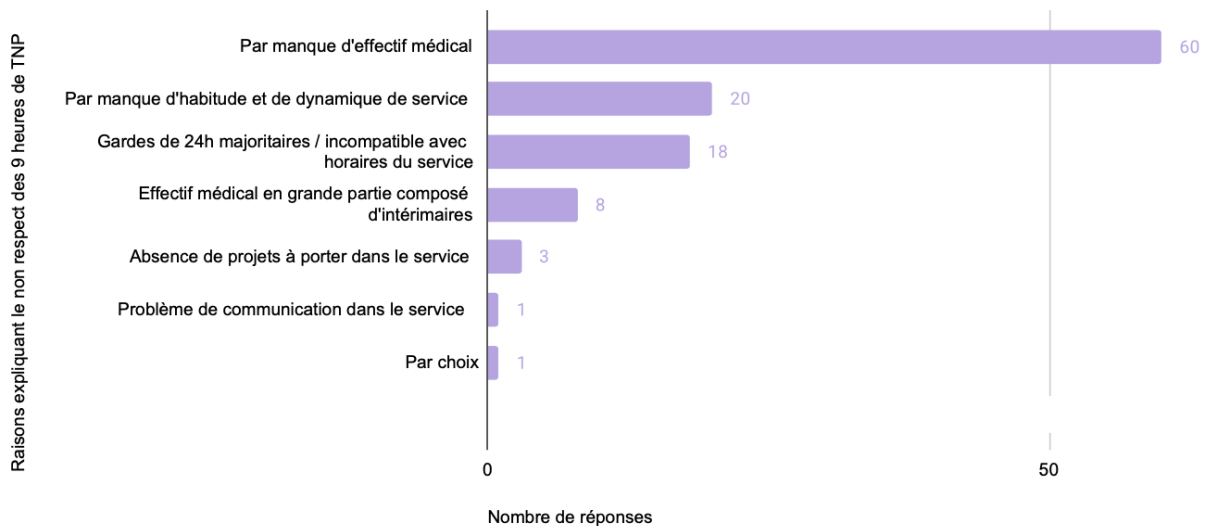


Figure 14. Causes les plus fréquentes du non respect des 9 heures de temps non posté

Un médecin interrogé évoque une des raisons principales en commentaire :

*“Le TNP est difficile à organiser en raison des 39 heures de temps cliniques, difficile à découper. Par exemple : 24 heures de gardes + 14h de nuit = 38 heures. 24h de garde et 2 x 10h de jour = 44 heures.
Nous n’avons pas des heures de staff comptabilisées dans le TNP. Nos heures de TNP pour réaliser les plannings, formation des internes ou autre formation en intra hospitalier, ne sont pas non plus comptabilisées.”*

e. Implication dans le service et TNP

Les médecins ont été interrogés sur le rôle que pouvait avoir le temps non posté sur leur niveau d’implication dans leur service. 102 des participants ont répondu à cette question.

Selon 88 d’entre eux, soit 86,3% de l’effectif, le temps non posté permet un meilleur investissement dans la vie de leur service d’urgence.

14 médecins, soit 13,7% ont un avis contraire.

Chez les médecins percevant le temps non posté comme un levier d’action pour s’impliquer dans leur service, certains justifient leur réponses par les commentaires suivants :

“C’est l’avenir! Le TNP est garant d’un service ambitieux fait de médecins investis, et c’est la clé de la longévité.”

“Les docteurs juniors n’ont pas de réel créneau dédié au TNP. En instaurer un permettrait d’être plus impliqué dans le service. Cela pourrait nous motiver à rester dans les services d’urgences en post-internat si l’on se sent bien intégrés dans l’équipe”

DISCUSSION

1. Points forts de l'étude

Ce travail de thèse est à notre connaissance l'une des premières études s'intéressant au temps de travail non posté - ou texturant - et à l'impact que pourrait avoir son respect sur l'attractivité des services d'urgences, ainsi que sur la qualité de vie au travail.

Il s'agit d'une étude multicentrique, que nous avons réalisée sur toute la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Sur les 32 services d'urgences éligibles, nous avons obtenu des réponses de médecins de 18 services. Nous avons ainsi pu nous affranchir de l'effet-centre, et augmenter la validité externe de notre étude.

Le critère de jugement principal était de connaître la proportion de médecins respectant les 9 heures de temps non posté. Nous avons ensuite cherché les facteurs potentiellement liés à un plus faible respect de ces heures non postées. Le critère de jugement principal avait pour avantage d'être objectif, et il était relativement simple pour les médecins de savoir dans quelle catégorie ils se situaient.

Les réponses au questionnaire étaient volontairement collectées de façon anonyme. De cette façon, nous voulions éviter les biais de déclaration qui auraient pu se produire autrement. L'objectif de l'étude n'était en aucun cas de stigmatiser certains services d'urgences qui respecteraient moins le temps non posté. Nous voulions que les médecins de l'étude se sentent libres de répondre aux questions, d'autant plus que dans la plupart des cas, le questionnaire était diffusé par l'intermédiaire du chef de service.

Le fait de répondre de façon anonyme a également permis d'obtenir des remarques pertinentes de la part de certains médecins à la fin du questionnaire. Ces remarques nous ont permis de développer des pistes de réflexions.

2. Limites de l'étude

Cependant certaines limites viennent nuancer les résultats que peut apporter cette étude.

Le questionnaire servant de base à l'étude n'était pas un questionnaire standardisé validé. L'avantage principal d'un questionnaire standardisé est sa fiabilité. Les questionnaires standardisés ont souvent été testés pour leur validité et leur pertinence, ce qui permet de garantir une meilleure validité interne. Ils sont également plus facilement diffusables à grande échelle. Les études utilisant des questionnaires standardisés sont plus facilement comparables avec le reste de la littérature, ce qui améliore également leur validité externe.

Certains questionnaires standardisés tels que le World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) [17], ou bien le Medical Outcome Study Short Form (SF-36) [18] nous auraient permis d'évaluer la qualité de vie des médecins de l'étude. Cependant, aucun questionnaire déjà validé ne permettait de répondre correctement à l'objectif de notre étude dans sa globalité.

Nous avons tout de même fait le choix de questions fermées ou à choix multiples restreints (avec 4 ou 5 propositions maximum) dans la majorité des cas, afin de pouvoir plus facilement réaliser des analyses statistiques sur nos données.

Enfin, notre étude est une étude épidémiologique descriptive. Elle possède ainsi un faible niveau de preuve scientifique (Grade C, Niveau 4).

3. Les obstacles à l'application du TNP

Notre travail a montré que les 9 heures dédiées aux missions non postées n'étaient pas, ou que partiellement respectées chez la majorité des médecins de la population étudiée.

Les médecins effectuant des gardes de 24 heures, des heures supplémentaires récurrentes, ou bien travaillant dans des centres avec une forte proportion d'effectif médical manquant étaient ceux qui bénéficiaient le moins du temps non posté.

Le respect des 9 heures de temps dédiées aux missions non postées se heurte en effet à plusieurs obstacles.

Son application est dépendante de la proportion de postes vacants. Ainsi, dans un service d'urgence où l'effectif médical est loin de la cible, les médecins sont souvent amenés à réaliser un nombre conséquent d'heures supplémentaires. Dans ces situations, le temps non posté ne paraît pas prioritaire, car peut être ressenti comme une charge de travail supplémentaire. Il peut être difficile pour les urgentistes de trouver du temps pour les missions non postées en raison de la charge de travail importante, et ce, d'autant plus que l'effectif manquant est important.

De plus, dans les centres où l'effectif vacant est conséquent, les gardes de 24 heures sont souvent réalisées. Cela peut participer à un épuisement professionnel, laissant les médecins inaptes à participer à des activités de formation ou recherche en plus de leurs heures de travail postées.

Malgré les nombreuses études allant à l'encontre du système de garde de 24 heures [19-20], certains médecins restent adeptes de cette organisation pour des raisons pratiques lorsqu'ils habitent loin de leur lieu de travail par exemple. Cela leur permet de réduire leur temps de trajet, et d'augmenter leur temps libre [21]. Dans ce cas, il devient difficile de faire adhérer à ces praticiens un temps non posté sur site. Il peut être intéressant pour ces médecins de proposer une partie du TNP à effectuer en télétravail ou à distance. Même si cela ne favorise pas le travail en équipe et les moments de cohésion, il peut s'agir d'une première étape pour initier les médecins réticents au temps non posté.

Les services en souffrance où les postes manquant sont importants font également souvent appel à des médecins intérimaires, ou des remplaçants ponctuels. Ces médecins ne faisant pas partie intégrante de l'équipe, ils ne s'impliquent qu'exceptionnellement dans du temps non posté. Ces différences entre médecins peuvent fragiliser la dynamique du service, et laisser moins de chance aux médecins titulaires de porter des projets sur du TNP, par manque d'habitude du service, et manque de reconnaissance. Il peut exister un sentiment d'injustice envers les intérimaires qui sont payés au même tarif, sans qu'ils n'aient d'obligation à réaliser du temps non posté.

Du côté des chefs de services, il peut être parfois difficile de faire adhérer tous les médecins au temps non posté, avec un vrai rendu pour leur institution.

Les médecins peuvent se sentir obligés de consacrer du temps à des activités qui ne sont pas directement liées à leur expertise médicale, telles que les tâches administratives ou de

gestion. Cela peut être perçu comme une perte de temps, ou bien comme du travail peu valorisé.

Il semble alors crucial d'instaurer une bonne communication entre le chef de service et les médecins urgentistes, avec une réévaluation régulière des missions réalisées lors du temps non posté. L'objectif idéal serait de trouver un équilibre entre les tâches administratives indispensables au bon fonctionnement des services (création des plannings, participation à des réunions de travail...) et les activités apportant un sentiment d'implication dans le développement du service, telles que la mise en place de protocole de service, de filières spécialisées, de travaux de recherche...

Une place doit également être laissée pour la formation personnelle. Permettre aux médecins de participer à des groupes de travail, ou des diplômes universitaires pendant leur temps non posté, leur feraient acquérir de nouvelles compétences, pouvant bénéficier par la suite à tout le service.

En outre, le manque de reconnaissance et de valorisation du temps non posté peut décourager les médecins de continuer à y consacrer leur temps. Le manque de financement et d'incitation pour les activités de formation ou de recherche peut également rendre le temps non posté moins attrayant pour les médecins, qui peuvent se sentir sous-estimés et sous-rémunérés pour leur travail.

4. Le cas des Docteurs Juniors

Les jeunes médecins avaient également moins accès au temps non posté que leurs confrères présents depuis plus longtemps dans leur service d'urgence.

L'étude montre que très peu de docteurs Juniors ont accès à du temps non posté décompté de leur temps de travail.

La législation [22] prévoit dans les obligations de service des Docteurs Juniors huit demi-journées par semaine de présence en stage, lissé sur le trimestre. A cela s'ajoute une obligation de service "hors stage" comprenant deux demi-journées par semaine, qu'ils

peuvent exploiter comme du temps de formation ou du temps personnel de consolidation de leurs connaissances et compétences.

Néanmoins, dans la réalité, peu de docteurs Juniors sont impliqués dans la vie des services dans lesquels ils effectuent leurs stages.

Deux docteurs Juniors de la population étudiée déclarent que le temps non posté leur permettrait une meilleure intégration dans les services.

Donner aux jeunes médecins les moyens avec du temps non posté décompté de leur temps de travail, où ils pourraient effectuer des missions avec un rendu pour le service serait pourtant avantageux. Cela valoriserait la plus-value qu'ils apportent avec un regard neuf sur le service, et permettraient des avancées au niveau du développement des services. De plus ce temps participerait à l'intégration des Docteurs Juniors dans l'équipe, en leur donnant un sentiment d'appartenance au service et de valorisation de leur travail. À long terme, cela permettrait de fidéliser les Docteurs Juniors en leur donnant les moyens et l'envie de rester dans les services en post-internat.

Le temps non posté peut être un facteur d'attractivité pour les jeunes médecins en raison de la possibilité qu'il offre de se former, et d'acquérir de nouvelles compétences professionnelles. De nombreux jeunes médecins sont à la recherche de postes qui leur permettraient de se perfectionner et de se développer professionnellement. Le temps non posté utilisé à bon escient peut offrir une telle opportunité, sans sacrifier le temps personnel.

Bien que le travail clinique soit largement décrit par les médecins comme valorisant car donnant un sens au métier d'urgentiste, il existe des publications suggérant l'importance de maintenir un équilibre avec les activités non cliniques [23], pour rendre le service attractif, et garder les jeunes médecins à la fin de leur internat.

5. L'importance du temps non posté

Cette étude permet de souligner l'importance du temps non posté dans l'emploi du temps d'un urgentiste. Même s'il ne s'agit pas directement d'un facteur déterminant d'attractivité d'un service, il reste intéressant pour plusieurs raisons.

Notre travail montre que pour 55% des médecins présents avant la réforme du temps de travail, l'instauration du temps non posté a amélioré leur qualité de vie au travail.

Cette amélioration peut s'expliquer par le fait que le temps de travail non posté permet aux professionnels de santé de mieux gérer leur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Avoir du temps décompté pour réaliser des missions non postées donne la possibilité de travailler sur des projets intéressants pour soi-même ainsi que pour le service, tout en ayant plus de temps libre pour les activités personnelles.

De plus avoir une journée par semaine consacré à du temps non clinique permet au médecin d'alterner avec des journées intenses au contact du patient où la charge de travail peut être conséquente. Cela permettrait de prévenir l'épuisement professionnel, et contribuerait à améliorer le bien-être au travail des praticiens. Le lien entre conditions de travail et qualité des soins étant bien établi [24], avoir une bonne qualité de vie au travail est donc crucial pour les médecins afin d'être en capacité de prodiguer des soins adaptés.

Plusieurs études, dont celle menée par *Kaissi et al*, montrent également que la réduction des erreurs dans les soins est étroitement liée aux facteurs humains tels que l'amélioration du travail en équipe et la communication entre les soignants [25].

Des études françaises ont eu pour but de recenser le taux de reconversion des médecins urgentistes Français. Une des études révèle que près d'un urgentiste sur quatre s'est réorienté entre 2000 et 2010, après 6,9 années d'exercice en moyenne [26]. D'autres résultats retrouvent même que l'intention de quitter la profession chez les médecins urgentistes s'établit à 21,4% [27]. Cette étude révèle que les principaux facteurs associés à un taux élevé d'intention de quitter la profession d'urgentiste étaient le conflit entre vie professionnelle et personnelle, ainsi que la détérioration et le manque de travail en équipe.

Ainsi, afin d'éviter le départ des médecins urgentistes, il est important de trouver des solutions pour améliorer l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle, et de développer la collaboration multidisciplinaire et le travail en équipe.

Le temps non posté peut être un espace propice pour favoriser l'esprit d'équipe et la collaboration entre les différents membres d'un service d'urgence. Les réunions d'équipe, les staffs et les échanges entre collègues permettent de renforcer la cohésion et la communication au sein du service.

6. Perspectives

L'augmentation du flux de patient, les contraintes liées à la saturation des lits d'aval, la population vieillissante, des effectifs toujours tendus induisent des conditions de travail difficiles pour les médecins urgentistes.

L'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail (QVT) font ainsi partie des attentes légitimes des médecins urgentistes de l'hôpital public.

Le 1er février 2023 lors d'une conférence de presse, la Fédération hospitalière de France (FHF) a présenté un "plan de bataille" consacré à l'attractivité des centres hospitaliers, visant à "recruter davantage, former différemment, repenser les métiers et leur évolution au service des patients et des professionnels".

Il semble important à l'heure actuelle pour les centres hospitaliers de la région PACA de trouver des solutions afin de rendre le métier de médecin urgentiste plus attractif, et également plus pérenne.

En menant cette étude nous nous sommes attardé sur le temps non posté (ou temps texturant). Utilisé à bon escient, cet espace-temps de travail serait susceptible de garantir une meilleure qualité de vie au travail. Cependant, il reste encore insuffisamment et inégalement respecté par les médecins urgentistes. Des études complémentaires pourraient être réalisées afin de comprendre plus précisément les facteurs jouant un rôle dans la qualité de vie au travail du médecin urgentiste. Ces facteurs pourraient être des leviers d'action permettant de rendre plus attractifs les services d'urgences en difficulté.

L'étude n'était pas en capacité de montrer le rôle du temps texturant sur l'attractivité du métier d'urgentiste et des services d'urgences. Une étude menée par L. Busse [12] s'est intéressée aux facteurs d'attractivité médicale des services d'Urgences en France. La qualité de vie au travail et l'ambiance dans le service étaient les thématiques d'attractivité

les plus importantes pour les urgentistes interrogés. Les thématiques venant ensuite étaient la facilité d'aval, la présence de services de réanimation et d'un bon plateau technique, ainsi que la possibilité de diversifier son activité.

Il semble ainsi crucial de continuer à explorer les pistes concrètes permettant d'améliorer les services d'urgences en France, et les conditions de travail des Urgentistes Français.

Plus généralement, une attractivité croissante des services d'urgences, notamment par une meilleure qualité de vie au travail, permettrait d'embellir l'image de la spécialité de médecine d'urgence. Car si tous les postes d'internes du récent DES de médecine d'urgences sont pourvus, la spécialité reste l'une des moins attractives. Selon l'indice d'attractivité de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), le DES de médecine d'Urgence est classé 36ème sur 44 en 2021. Il existe tout de même une évolution favorable par rapport au même classement réalisé en 2017, où le DES de Médecine d'urgence était classé 38ème sur les 44 DES. [28]

La médecine d'urgence en France est une jeune spécialité en plein développement. L'amélioration des conditions de travail est un des thèmes clé à considérer pour rendre la spécialité attractive et pérenne notamment pour les nouvelles générations.

CONCLUSION

Il paraît important d'organiser le temps de travail des médecins urgentistes afin de garantir leur sécurité, leur bien-être, ainsi que la qualité des soins qu'ils fournissent aux patients.

En France, les heures de travail des médecins urgentistes ont été un sujet de préoccupation depuis de nombreuses années. En juillet 2015, une Instruction relative au temps de travail des urgentistes instaure un espace-temps de travail de 9 heures dédiées aux missions non postées, extra-cliniques.

Malgré son importance, le temps non posté est souvent mal reconnu et insuffisamment valorisé dans le système de santé français, y compris chez les médecins urgentistes.

Seuls 49,5% de l'effectif de médecin étudié bénéficiaient des 9 heures dédiées au temps non posté. Il existait de plus des disparités dans son application. Ainsi, une proportion importante d'effectif médical manquant, le fait d'être jeune médecin, le travail en gardes de 24 heures, et la réalisation d'heures supplémentaires étaient des facteurs associés à un plus faible respect du temps non posté.

Le temps non posté permettait cependant un meilleur investissement dans la vie du service pour 86.3% des médecins. Enfin, 55% des médecins présents avant la réforme déclarent une amélioration de leur qualité de vie au travail depuis l'instauration des 9 heures de TNP décomptées du temps de travail.

Permettre aux urgentistes d'avoir dans leur temps de travail un espace dédié leur donnant l'opportunité de s'investir dans la vie du service, et dans leur propre formation continue pourrait prévenir l'épuisement professionnel, et contribuerait à améliorer le bien-être au travail des médecins. Le lien entre conditions de travail et qualité des soins étant bien établi.

Des initiatives doivent continuer à émerger afin d'améliorer la qualité de vie au travail des urgentistes français, et rendre la profession plus pérenne.

Pour éviter le départ des médecins urgentistes, il est important de trouver des solutions visant à améliorer l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle, et de développer la collaboration multidisciplinaire et le travail en équipe.

LISTE DES ABREVIATIONS

CREX : Comité de retour d'expérience

DPC : Développement personnel continue

ETP : Equivalent Temps Pleins

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

QVT : Qualité de vie au travail

RMM : Revue de morbidité et mortalité

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

UHCD : Unités d'Hospitalisation de Courte Durée

BIBLIOGRAPHIE

1. Sende J, Jbeili C, Schvahn S, Khalid M, Asaph J, Romano H, et al. Facteurs de stress et conséquences du stress en médecine d'urgence : enquête nationale. *Ann Fr Médecine Urgence*. 1 juill 2012;2(4):224-31.
2. Moukarzel, Audrey, Pierre Michelet, Anne-Claire Durand, Mustapha Sebbane, Stéphane Bourgeois, Thibaut Markarian, Catherine Bompard, et Stéphanie Gentile. « Burnout Syndrome among Emergency Department Staff: Prevalence and Associated Factors ». *BioMed Research International* 2019 (21 janvier 2019): 1-10. <https://doi.org/10.1155/2019/6462472>.
3. Firth-Cozens, Jenny, et Joanne Greenhalgh. « Doctors' Perceptions of the Links between Stress and Lowered Clinical Care ». *Social Science & Medicine* 44, n° 7 (avril 1997): 1017-22. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00227-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00227-4).
4. Lloyd, Stephen, David Streiner, et Sue Shannon. « Burnout, Depression, Life and Job Satisfaction among Canadian Emergency Physicians ». *The Journal of Emergency Medicine* 12, n° 4 (juillet 1994): 559-65. [https://doi.org/10.1016/0736-4679\(94\)90360-3](https://doi.org/10.1016/0736-4679(94)90360-3).
5. Behr, Martin, Pierrick Le Borgne, Florent Baicry, Charles-Eric Lavoignet, Lise Berard, Nicolas Tuzin, Mathieu Oberlin, et Pascal Bilbault. « Crise nationale des urgences : le résultat d'un déséquilibre croissant entre offre et demande de soins ? » *La Revue de Médecine Interne* 41, n° 10 (octobre 2020): 684-92. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2020.05.021>.
6. Richardson, Drew B. « Increase in Patient Mortality at 10 Days Associated with Emergency Department Overcrowding ». *Medical Journal of Australia* 184, n° 5 (mars 2006): 213-16. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00204.x>.

7. Sun, Benjamin C., Renee Y. Hsia, Robert E. Weiss, David Zingmond, Li-Jung Liang, Weijuan Han, Heather McCreath, et Steven M. Asch. « Effect of Emergency Department Crowding on Outcomes of Admitted Patients ». *Annals of Emergency Medicine* 61, n° 6 (juin 2013): 605-611.e6. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.10.026>.
8. DREES. Les établissements de santé : édition 2021 et 2022 [Internet. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference-communiquede-presse/panoramas-de-la-drees/les-etablissements>]
9. Roden-Foreman, Jacob W., Monica M. Bennett, Evan E. Rainey, John S. Garrett, Mark B. Powers, et Ann Marie Warren. « Secondary Traumatic Stress in Emergency Medicine Clinicians ». *Cognitive Behaviour Therapy* 46, n° 6 (2 novembre 2017): 522-32. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1315612>.
10. Aljohani, B., J. Burkholder, Q.K. Tran, C. Chen, K. Beisenova, et A. Pourmand. « Workplace Violence in the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *Public Health* 196 (juillet 2021): 186-97. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.009>.
11. Praticiens Hospitaliers : Éléments statistiques sur les Praticiens Hospitaliers Statutaires. Situation au 1er janvier 2021. (CNG). Site internet [https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-02/2021_Bilan_PH.pdf]
12. Busse, L., D. Naouri, T. Olivier, B. Genet, M. Moreau, A. Muret, P.-A. Raynal, Y. Yordanov, et P.-C. Thiebaud. « Quels facteurs d'attractivité médicale pour les services d'urgence en France ? » *Annales françaises de médecine d'urgence* 12, n° 5 (septembre 2022): 294-301. <https://doi.org/10.3166/afmu-2022-0424>.
13. Instruction DGOS/RH4 n 2015-234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire DGOS n° 2014-359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.
14. Storme, D. « Mode d'emplois du référentiel national de répartition et de gestion du temps de travail applicable dans les structures d'urgence ».

15. Innovation e-santé Sud. « Panorama 2019. Activité des services d'Urgence. Région Provence-Alpes-Côte d'Azur ».
16. Argouarch J, Michaillesco F, Monsef A. « Provence-Alpes-Côte d'Azur face aux enjeux du grand âge » *Insee Dossier Provence-Alpes-Côte d'Azur n° 11 (décembre 2022)*.
17. *The Whoqol Group*. « Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment ». *Psychological Medicine* 28, n° 3 (mai 1998): 551-58. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>.
18. Ware, J. E., et C. D. Sherbourne. « The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual Framework and Item Selection ». *Medical Care* 30, n° 6 (juin 1992): 473-83.
19. Persico, Nicolas, François Maltese, Cécile Ferrigno, Amandine Bablon, Cécile Marmillot, Laurent Papazian, et Antoine Roch. « Influence of Shift Duration on Cognitive Performance of Emergency Physicians: A Prospective Cross-Sectional Study ». *Annals of Emergency Medicine* 72, n° 2 (août 2018): 171-80. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.10.005>.
20. Fasula, C., A. Marchal, H. Krebs, C. Moser, R. Genre-Grandpierre, X. Bobbia, J.-E. De La Coussaye, et P.-G. Claret. « Le syndrome postgarde de nuit chez les médecins urgentistes : caractéristiques et facteurs influençants ». *Annales françaises de médecine d'urgence* 8, n° 5 (octobre 2018): 301-8. <https://doi.org/10.3166/afmu-2018-0035>.
21. Marine Richon, Marion Fortecoëffe. État des lieux des plages horaires des médecins urgentistes en France en 2019. Médecine humaine et pathologie. 2020. fdumas-02966103ff
22. Code de la santé publique : Statut des étudiant de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie, de maïeutique et de pharmacie - Articles R6153-1 à R6153-44. Site : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000037156025/>

23. Norvell, Jeffrey G., Annalee M. Baker, David J. Carlberg, David Diller, Jacqueline M. Dziedzic, John T. Finnell, Sarah Greenberger, et al. « Does Academic Practice Protect Emergency Physicians against Burnout? » *Journal of the American College of Emergency Physicians Open* 2, n° 1 (février 2021): e12329. <https://doi.org/10.1002/emp2.12329>.
24. HAS. « 10 questions sur la qualie vie au travail ». *Anact* 2015. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questions_qvt.pdf
25. Kaissi, Amer, Trista Johnson, et Mark S. Kirschbaum. « Measuring Teamwork and Patient Safety Attitudes of High-Risk Areas ». *Nursing Economic\$* 21, n° 5 (2003): 211-18, 207.
26. Vermare, E., et P. Frappé. « Abandons de carrières en médecine d'urgence ». *Annales françaises de médecine d'urgence* 2, n° 4 (juillet 2012): 232-36. <https://doi.org/10.1007/s13341-012-0211-z>.
27. Estryng-Behar, M., M.-A. Doppia, K. Guetarni, C. Fry, G. Machet, P. Pelloux, I. Aune, D. Muster, J.-M. Lassauniere, et C. Prudhomme. « Emergency Physicians Accumulate More Stress Factors than Other Physicians-Results from the French SESMAT Study ». *Emergency Medicine Journal* 28, n° 5 (1 mai 2011): 397-410. <https://doi.org/10.1136/emj.2009.082594>.
28. Hausfater, P. « Attractivité du DES de médecine d'urgence Où en sommes-nous 5 ans plus tard ? » *Annales françaises de médecine d'urgence* 12, n° 2 (mars 2022): 69-71. <https://doi.org/10.3166/afmu-2022-0398>.

ANNEXES

1. Questionnaire

État des lieux des plages horaires dédiées au temps non posté chez les Urgentistes de la région PACA

Ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'un projet de thèse. Les données recueillies sont strictement confidentielles.

Bonjour,

Avez-vous 10 minutes à consacrer sur les conditions de travail des Medecins Urgentistes?

Interne en DES de Medecine d'Urgence à Marseille, je réalise mon travail de these sur le temps consacré au travail non posté chez les urgentistes de la région PACA.

Le but : observer si les 9 heures de temps non posté prévues depuis la réforme du temps de travail des urgentistes (2015) sont respectées, et si non, pour quelles raisons. Comment l'urgentiste exploite-t-il son temps non posté? S'agit-il d'une plus-value chez les urgentistes, et est-ce un facteur d'attractivité des services d'Urgences qui le respectent? Permet-il notamment de fidéliser les jeunes médecins en leur donnant les moyens de s'impliquer dans la vie du service?

Pour participer, il suffit de remplir ce questionnaire qui vous prendra moins de 10 minutes.

Je reste à votre disposition pour toutes questions ou demandes complémentaires

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ce travail

Yasmine REKIK

yasminerekik@gmail.com

Interne DESMU, Marseille.

Structure hospitalière

1. Dans quel type de structure travaillez-vous?

Une seule réponse possible.

- Centre Hospitalier Universitaire
 Centre Hospitalier Public
 Centre Hospitalier Privé
 Hôpital d'Instruction des Armées

2. Votre structure assure t-elle la continuité des soins 24h/24 7|7

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

3. Votre structure a-t-elle une activité SMUR

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Effectifs médicaux

4. Combien d'ETP travaillent dans votre SAU?

5. Votre effectif médical est-il complet?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

6. Si l'effectif est incomplet, combien manque-t-il d'ETP?

Une seule réponse possible.

- < 10%
- entre 10 et 30%
- entre 30 et 50%
- > 50%

7. Quel est votre statut dans votre service?

Une seule réponse possible.

- Docteur Junior
- Assistant
- Praticien Hospitalier contractuel
- Praticien Hospitalier
- Chef de Clinique (CCA)
- Maître de conférence des universités – praticien hospitalier (MCU-PH)
- Professeur des universités – praticien hospitalier – PU-PH
- Chef de service / Chef de Pôle

Organisation du travail dans votre structure d'Urgence

8. Respectez-vous le temps de travail hebdomadaire des urgentistes en moyenne sur un quadrimestre? (selon l'instruction ministérielle de juillet 2015, le temps de travail des urgentistes est de 48 heures hebdomadaires maximum lissé sur 4 mois)

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

9. Si oui, respectez-vous la répartition de 39h de temps posté et 9h de temps non posté?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

10. Quelles plages horaires réalisez-vous majoritairement dans votre structure d'urgence?

Une seule réponse possible.

- Répartition 10h jour/14h nuit
- Répartition 11h jour/13h nuit
- Répartition 12h jour/12h nuit
- Plage de 24 heures

Temps non posté

11. Vos activités réalisées pendant votre TNP sont-elles contractualisées avec votre chef de pôle et votre direction?

Une seule réponse possible.

- Oui, avec réévaluation régulière des objectifs
- Oui, mais sans réévaluation régulière des objectifs
- Non

12. Vos activités de TNP ont-elle été :

Une seule réponse possible.

- Imposées
- Choies en concertation avec votre chef de service
- Entièrement libres

13. Trouvez-vous pertinent d'avoir un créneau dédié au temps non posté?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

14. A quoi consacrez-vous votre TNP?

Plusieurs réponses possibles.

- Travaux de recherche et enseignement Universitaire
- Encadrements des internes/externes/étudiants
- Démarches de préparation des gestions de crises (ex : simulation plan blanc)
- Veille bibliographique et épidémiologique / suivi de registre de données
- Participation à des groupes de travail / élaboration de protocoles de services
- Développement de la télémédecine, modernisation des pratiques
- Médicalisation d'événements sportifs
- Développement médecine de montagne / médecine maritime
- Contribution à l'organisation et la gestion du service (planning, staffs...)
- Démarches qualités (RMM, CREX, Comedims...)
- Vie institutionnelle (CME...)
- Formation personnelle (DPC, DU, Congrès, Formation...)
- Autre : _____

15. Le respect du TNP était-il un facteur déterminant d'attractivité qui vous a motivé dans votre prise de poste dans votre Centre Hospitalier?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

16. Pour les praticiens présents avant l'instauration du TNP dans leur service, notez-vous une différence dans votre qualité de vie au travail depuis l'existence du TNP?

Une seule réponse possible.

- Oui, amélioration de la qualité de vie
- Oui, diminution de la qualité de vie
- Non, pas de changement ressenti

17. Selon vous, pour quelles raisons le TNP n'est pas assez respecté dans votre centre ?

Plusieurs réponses possibles.

- Par manque d'effectif médical
- Effectif médical en grande partie composé d'Intérimaire
- Par manque d'habitude et de dynamique de service
- Absence de projet à porter dans le service
- Gardes de 24h majoritaires / Incompatible avec les horaires du service
- Autre : _____

18. Si vous ne réalisez pas de TNP, seriez vous favorable à la mise en place de créneaux dédiés à cette activité :

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

19. Le TNP vous permet-il d'être plus impliqué dans la vie de votre service ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

20. Seriez-vous tenté d'aller dans un centre hospitalier incluant le TNP dans les horaires de travail ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non, pas spécialement

21. Remarques libres :

2. Tableaux de contingence - Statistiques

a. Effectif médical manquant

H0 : le respect du temps non posté n'est pas lié à l'effectif manquant

H1 : le respect du TNP et l'effectif manquant sont dépendants

Effectifs observés

ETP manquant	Respect repartition 39h + 9h			Non	Oui
	Non	Oui	Total général		
< 10%	9	20	29	31,0%	69,0%
entre 10 et 30%	33	28	61	54,1%	45,9%
> 30%	12	5	17	70,6%	29,4%
Total général	54	53	107	50%	50%

Effectifs théoriques

ETP manquant	Respect repartition 39h + 9h		
	Non	Oui	Total général
< 10%	14,64	14,36	29
entre 10 et 30%	30,79	30,21	61
> 30%	8,58	8,42	17
Total général	50,47%	49,53%	107

Surface a droite du Khi-2 0,02404197263

Valeur du Khi-2 7,455908233

Khi-2 critique 5,991464547

b. Statut des médecins urgentistes

H0 : le respect du temps non posté et le statut sont indépendants

H1 : le respect du TNP et le statut sont dépendants

effectifs observés

Statut	Respect repartition 39h + 9h			Non%	Oui %
	Non	Oui	Total général		
Chef de service / Chef de Pôle	2	8	10	20,0%	80,0%
Docteur Junior - Assistants	12	2	14	85,7%	14,3%
Praticien Hospitalier	32	32	64	50,0%	50,0%
Praticien Hospitalier contractuel	8	11	19	42,1%	57,9%
Total général	54	53	107		

effectifs théoriques

Statut	Respect repartition 39h + 9h		
	Non	Oui	Total général
Chef de service / Chef de Pôle	5,05	4,95	10
Docteur Junior	7,07	6,93	14
Praticien Hospitalier	32,30	31,70	64
Praticien Hospitalier contractuel	9,59	9,41	19
Total général	50,47%	49,53%	107

Surface a droite du Khi-2 0,01065184585

Valeur du Khi-2 11,20817452

Khi-2 critique 7,814727903

Donc le statut et le respect du TNP sont significativement liés

c. Plages horaires

H0 : le respect du TNP et les plages horaires sont indépendants

H1 : le respect du TNP et les plages horaires sont dépendants

Effectif observé

Plages horaires majoritaires	Respect repartition 39h + 9h			Non	Oui
	Non	Oui	Total général		
Plage de 24 heures	27	13	40	67,5%	32,5%
Séparation jour/nuit	27	40	67	40,3%	59,7%
Total général	54	53	107		

Surface a droite du Khi-2 0,006472943443

Valeur du Khi-2 7,413689806

Khi-2 critique 3,841458821

Effectifs théoriques

Plages horaires majoritaires	Respect repartition 39h + 9h		
	Non	Oui	Total général
Plage de 24 heures	20,19	19,81	40
Séparation jour/nuit	33,81	33,19	67
Total général	50,47%	49,53%	107

d. Heures supplémentaires

H0 : le respect du temps non posté et la réalisation d'heures sup indépendants

H1 : le respect du TNP et la réalisation d'heures sup sont dépendants

Effectifs observés

Respect des 48 heures	Respect repartition 39h + 9h			Non	Oui
	Non	Oui	Total général		
Médecins effectuant des	19	3	22	86,4%	13,6%
Médecins respectant les	35	50	85	41,2%	58,8%
Total général	54	53	107	50,5%	49,5%

Effectifs théoriques

Respect des 48 heures	Respect repartition 39h + 9h		
	Non	Oui	Total général
Non	11,10	10,90	22
Oui	42,90	42,10	85
Total général	50,47%	49,53%	107

Surface a droite du Khi-2

1

Valeur du Khi-2

0

Khi-2 critique

3,841458821

Donc les medecins réalisant des heures sup ont significativement moins acces au 9 heures de TNP par rapport au medecins respectant les 48 heures

e. Taille de l'effectif médical

H0 : le respect du temps non posté et la taille du service sont indépendants

H1 : le respect du TNP et la taille du service sont dépendants

effectif observé

ETP effectifs	Respect repartition 39h + 9h		Total général
	Non	Oui	
[0-20[	15	20	35
[20-40[	19	16	35
> 40	15	17	32
Total général	49	53	102

Surface a droite du Khi-2 0,6246857904

Valeur du Khi-2 0,941012982

Khi-2 critique 5,991464547

effectif observé

ETP effectifs	Respect repartition 39h + 9h		Total général
	Non	Oui	
[0-20[	16,81	18,19	35
[20-40[	16,81	18,19	35
> 40	15,37	16,63	32
Total général	48,04%	51,96%	102

H0 ne peut être rejeté

f. Structure hospitalière

H0 : le respect du temps non posté et le type de centre sont indépendants

H1 : le respect du TNP et le type de centre sont dépendants

Effectifs observés

Structure hospitaliere	Respect repartition 39h + 9h		Total général	Non	Oui
	Non	Oui			
Centre Hospitalier Public	35	37	72	48,6%	51,4%
Centre Hospitalier Universitaire	19	16	35	54,3%	45,7%
Total général	54	53	107	50%	50%

Surface a droite du Khi-2 0,5817717323

Valeur du Khi-2 0,30338

Khi-2 critique 3,841458821

Effectifs théoriques

Structure hospitaliere	Respect repartition 39h + 9h		Total général
	Non	Oui	
Centre Hospitalier Public	36,34	35,66	72
Centre Hospitalier Universitaire	17,66	17,34	35
Total général	50,47%	49,53%	107

H0 ne peut être rejeté

g. Qualité de vie au travail

H0 : le respect du temps non posté et l'amélioration de la QVT sont indépendants

H1 : le respect du TNP et l'amélioration de la QVT sont dépendants

Surface a droite du Khi-2 0,02172451427
 Valeur du Khi-2 5,267714741
 Khi-2 critique 3,841458821

effectifs observés

Différence de QVT depuis l'instauration TNP?	Respect repartition 39h + 9h		Total général		
	Non	Oui			
Non, pas d'amélioration de la qualité de vie	24	12	36	66,7%	33,3%
Oui, amélioration de la qualité de vie	18	26	44	40,9%	58,1%
Total général	42	38	80	0,525	0,475

Effectifs théoriques

Différence de QVT depuis l'instauration TNP?	Respect repartition 39h + 9h		Total général
	Non	Oui	
Non, pas d'amélioration de la qualité de vie	18,90	17,10	36
Oui, amélioration de la qualité de vie	23,10	20,90	44
Total général	52,50%	47,50%	80

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

RESUME

Introduction. Le métier de médecin urgentiste cumule de nombreuses caractéristiques d'un métier stressant. Hors, les urgentistes placent la qualité de vie au travail comme la thématique la plus importante en termes d'attractivité. Cette évolution invite à se questionner sur l'organisation du temps de travail des urgentistes. En juillet 2015, une instruction est publiée relative au temps de travail des urgentistes, et identifie un temps de travail clinique de 39 heures, ainsi qu'un temps de travail non posté – ou texturant – de 9 heures. Dans ce contexte, nous cherchons à savoir si les heures prévues pour le temps non posté sont bien respectées, et quels en sont les obstacles. Nous nous interrogeons si le temps non posté pourrait contribuer à l'amélioration des conditions de travail des urgentistes Français.

Méthode. Il s'agit d'une étude épidémiologique, multicentrique, descriptive, et observationnelle, menée auprès des médecins exerçant dans les services d'urgence de la région PACA. Un questionnaire informatique a été transmis aux chefs des services de médecine d'urgence du 5 décembre 2022 au 23 février 2023, pour le diffuser à tous leurs médecins. Le questionnaire évaluait la proportion de médecins respectant les 9 heures de temps non posté, ainsi que les facteurs liés à un moindre respect du TNP.

Résultats. Sur les 32 services d'urgences éligibles, des médecins de 18 services ont répondu au questionnaire. 107 réponses ont été analysées. 53 médecins de la population d'étude respectaient leurs 9 heures de TNP, soit 49.5% de la population. 54 médecins, soit 50.5% ne bénéficiaient pas des 9 heures de TNP. Une proportion importante d'effectif médical manquant, le fait d'être docteur Junior ou assistant, le travail en gardes de 24 heures, et la réalisation d'heures supplémentaires étaient des facteurs associés à un plus faible taux de respect du TNP. 86.9% de la population trouvait pertinent le fait d'avoir un créneau dédié au TNP. Il permettait un meilleur investissement dans la vie du service pour 86.3% des médecins. Enfin, 55% des médecins présents avant la réforme déclarent une amélioration de leur qualité de vie au travail depuis l'instauration des 9 heures de TNP décomptées du temps de travail.

Conclusion. Plus de la moitié des médecins urgentistes interrogés ne bénéficiaient pas des 9 heures de temps non posté prévues par l'instruction de juillet 2015. Nous avons mis en évidence des inégalités dans le respect du TNP entre médecins. Le TNP pourrait être un levier d'action à développer afin d'améliorer la qualité de vie au travail des urgentistes.

Mots-Clés : Temps non posté - texturant - qualité de vie au travail - urgentistes