



AJMU

LE MAGAZINE

Dossier :

La gériatrie au coeur des urgences

Actu 1:

Epidémie de grippe

Actu 2:

Fin de l'accès au motif 2 pour les jeunes urgentistes

Point cours :

Insuffisance surrénale aiguë

Agenda

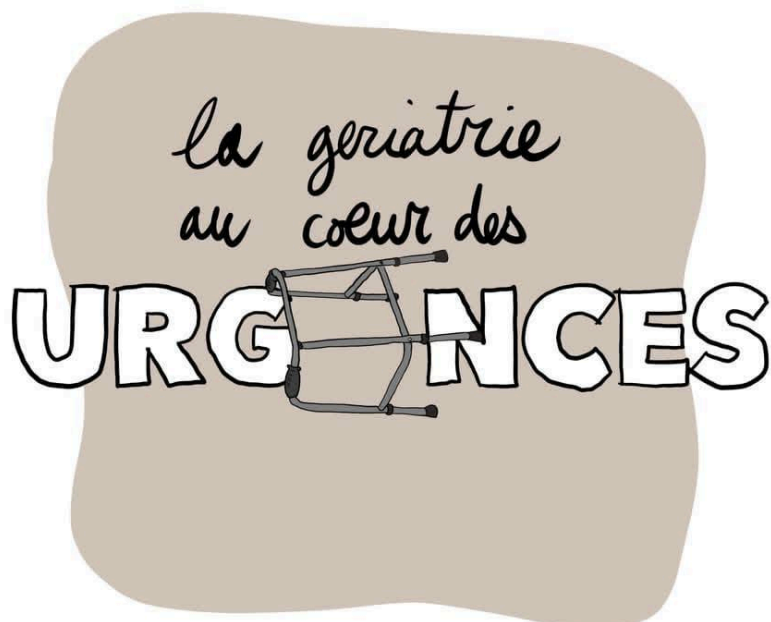
Recommandations culturelles

Pêle-mêle en partenariat avec IMADIS

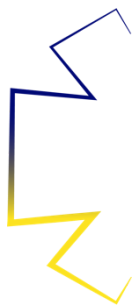
Idées recettes rapides

Filière de santé maladies rares

Partenariat



Payetesurgences



L'EDITO :

Chers amis, adhérents AJMU et collègues,

Bonne année 2025 en espérant qu'elle vous apportera ce que vous souhaitez !

Afin de débiter comme il se doit cette nouvelle année, je vous laisse vous plonger dans ce nouveau numéro de notre magazine.

La prise en charge des patients gériatriques n'est pas toujours évidente aux urgences, nous allons donc éclaircir cela dans notre dossier.

Dans l'actualité récente nous retrouverons bien évidemment l'épidémie de grippe mais aussi la fin de l'accès au motif 2 pour les jeunes urgentistes.

Le point cours réalisé en collaboration avec les filières de santé maladies rares portera sur la prise en charge de l'insuffisance surrénale aiguë aux urgences et en pré-hospitalier. Vous pourrez également retrouver une description plus détaillée de la filière de santé maladies rares qu'ils ont rédigés spécialement pour vous.

Le groupe IMADIS vous permettra ensuite à travers son pêle-mêle d'imagerie d'en savoir un peu plus sur la douleur thoracique chez la femme enceinte

Vous pourrez pour finir retrouver l'agenda des prochains mois, nos recommandations culturelles, les offres d'emploi ainsi qu'une belle recette pour agrémenter votre quotidien.

Faustine



SOMMAIRE

Dossier : <ul style="list-style-type: none">● <i>La Gériatrie au coeur de nos Urgences</i>	<i>p.3</i>
ACTUS: <ul style="list-style-type: none">● <i>Epidémie de grippe en France</i>● <i>Fin de l'accès au motif 2 pour les jeunes urgentistes</i>	<i>p.11</i> <i>p.13</i>
POINT DE COURS : <ul style="list-style-type: none">● <i>Insuffisance surrénale aiguë</i>	<i>p.16</i>
AGENDA : congrès et formations	<i>p.23</i>
PÊLE-MÊLE : <ul style="list-style-type: none">● <i>La douleur thoracique chez la femme enceinte</i>	<i>p.27</i>
ON A VU, ON A LU	<i>p.37</i>
IDEE RECETTE FACILE ET RAPIDE : Lasagnes épinards ricotta	<i>p.38</i>
ANNONCES	<i>p.39</i>
PARTENARIAT	<i>p.41</i>



Dossier : La Gériatrie au coeur de nos Urgences

Au 1^{er} janvier 2025, les personnes âgées de plus de 65 ans représentent environ 21.5% de la population française selon l'Insee. Selon les projections de l'Insee de 2021, la part des 65 ans ou plus en France devrait atteindre 29% d'ici 2070. Ce vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du recours aux structures d'urgences. Mais alors comment prendre en charge au mieux cette population aux caractéristiques spécifiques ?

Etat des lieux de la gériatrie aux urgences en France:

En 2023, une grande enquête nationale auprès des services d'urgences des hôpitaux et cliniques de France a été débutée par la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS). Les premiers résultats de cette étude ont été présentés au Congrès de Médecine d'Urgence en juin 2024. Concernant la prise en charge des personnes âgées en France, parmi les différents services d'Urgences :

- « - 52 % sont situés dans un établissement organisé pour des admissions directes en soins non programmés, sans passer par les urgences
 - 5 % ont un gériatre aux urgences
 - 54 % sont situés dans un établissement doté d'une équipe mobile gériatrique
 - 76 % peuvent appeler un gériatre dans l'établissement »

On peut alors se questionner sur la couverture qu'offrent ces ressources à la demande gériatrique de plus en plus croissante.

La prise en charge gériatrique aux urgences est en réalité assez complexe. Effectivement derrière les motifs les plus fréquents comme les chutes, les douleurs, ou la confusion se cache souvent le problème de la dépendance ainsi que des problématiques sociales.

Prenons en exemple la Thèse sur la plus value du médecin Gériatre aux Urgences d'Elodie Reynier (1) :

« Les personnes âgées représentent environ **15% des passages annuels** ».

La hausse de ce recours aux urgences est une intrication de plusieurs déclencheurs : « On observe également, parfois, un mauvais adressage des patients de plus de 75 ans aux urgences ». « Les causes en sont multiples, le manque de médecins de ville, l'épuisement des aidants, le manque de connaissance de structures d'appui pour des situations de fin de vie », « manque de structures de soins dédiées aux personnes âgées », « L'environnement social et familial d'une personne âgée peut aussi être déficient. La filière gériatrique dont le patient dépend peut également ne pas être suffisante afin de lui proposer un parcours de soins adapté sans passer par les urgences, puis souvent une hospitalisation. ».

L'objectif principal de l'étude était de mettre en évidence la plus-value de la présence d'un Médecin Gériatre aux Urgences concernant les patients âgés de plus de 75 ans à l'aide de l'Equipe de Coordination Gériatrique des Urgences du CH de Martigues. Le critère de jugement principal était la diminution du taux de réadmission aux urgences à 1 mois. Les critères de jugement secondaires étaient la diminution du taux d'hospitalisation, la diminution des réadmissions aux urgences à 3 mois du premier passage et l'amélioration du parcours patient en les hospitalisant dans le service concerné par le motif d'hospitalisation.

Les résultats après analyse multivariée et comparative sont les suivants. On observait une diminution du taux de réadmission aux urgences à 1 mois de 65.5%. On pouvait également relever une diminution significative du taux d'hospitalisation (37.2%) lors du premier passage aux urgences, une amélioration du parcours patient. La présence d'un gériatre aux urgences était corrélé de manière significative avec « la majoration des interventions du service social » et « l'augmentation des limitations de thérapeutiques posées aux urgences »

Cette étude soulève la question d'une prise en charge un peu plus globale des personnes âgées aux urgences pour ainsi éviter leur venue aux urgences de manière répétée, ou même de l'individualisation d'urgences gériatriques comme c'est souvent le cas pour les urgences pédiatriques. Le parcours de soins de ces patients pourrait être amélioré en incorporant des mesures simplifiées dans notre prise en charge.

Exemples de prise en charge gériatrique fréquentes

Confusion aiguë :

Le repérage de la confusion aiguë peut être fait rapidement à l'aide de l'outil **CAM** (confusion assessment Method), non validé si démence.

Selon la HAS, cette symptomatologie est une urgence médicale qui nécessite un diagnostic étiologique rapide et une prise en charge médicale. Les dernières recommandations datant de 2009 sont les suivantes.

Les étiologies peuvent être multiples et sont importantes à rechercher, la HAS différencie deux types de facteurs comme souvent en gériatrie :

- Les facteurs prédisposants : Troubles cognitifs chroniques ou démence avérée, immobilisation, déficit sensoriel (visuel ou auditif), comorbidités multiples, dénutrition, Polymédication (liste exhaustive sur site de la HAS). Antécédents de confusion, notamment postopératoire. Troubles de l'humeur, en particulier les états dépressifs.

- Les facteurs déclenchants :

- > les troubles métaboliques (glycémie, déshydratation, hyponatrémie), toxiques, troubles endocriniens.
- > Globe vésical, et fécalome
- > Infectieux, cardiovasculaire, neurologiques
- > facteurs psychologiques
- > tout changement aigu en Général

- Examens cliniques de 1^{er} intention : NFS, CRP, ionogramme complet avec protidémie, urée et créatininémie, BU, ECG, saturation O2

- Examens de 2^{ème} intention :

- > TDMc : si signes de localisation neurologique, suspicion d'hémorragie méningée, traumatisme crânien même mineur
- > EEG : recherche état comitial
- > ponction LCR : si point d'appel clinique comme fièvre inexplicée ou associée à syndrome méningé

- Traitements :

- > Traitement non médicamenteux en 1^{ère} intention, éviter les gardes veines, éviter de retirer lunettes et appareils auditifs. **Environnement calme et éclairé.**
 - > Traitement médicamenteux si traitement non médicamenteux insuffisant et comportement hétéro/auto-agressif ou empêchant la bonne réalisation des examens nécessaires à une bonne prise en charge.
- En cas de confusion avec composante anxieuse majoritaire préférer les benzodiazépines de demi-vie courte. En cas de confusion avec composante productive type hallucinations/délire, préférer les neuroleptiques à adapter à chaque patient.

Chutes :

Selon les dernières recommandations de la HAS de 2009

- Rechercher les signes de gravité :

- > Conséquences : traumatisme, conséquences liées à la station au sol prolongée (rhabdomyolyse, escarres...), syndrome post chute
- > Pathologie aiguë responsable de la chute : Infarctus du myocarde, AVC, trouble du rythme / de conduction, insuffisance cardiaque, infections, hypoglycémie chez les diabétiques.
- > Caractère répétitif de la chute : augmentation récente de la fréquence des chutes, apparition de plus de 3 facteurs de risque de chute, apparition de troubles de l'équilibre ou de la marche.
- > **3 situations à risque de chute grave** : ostéoporose avérée, prise de traitements anticoagulants, isolement social et familial.

L'examen clinique doit comporter un examen de la marche avec test de romberg, station unipodale et time up and go test, sauf contre indications.

-> Examens complémentaires :

ECG si malaise et/ou perte de connaissance, dosage des CPK et de la créatinine sérique si station au sol > 1h, glycémie si diabétique, radiographies si suspicion de fracture

- Recherche des facteurs de risque :

-> Facteurs prédisposants :

- ❖ Age 80ans, sexe féminin, antécédents de fractures traumatiques.
- ❖ Polymédication. Prise de psychotropes, diurétiques, digoxine ou antiarythmique de classe Trouble de la marche et/ou de l'équilibre (*timed up & go test* ≥ 20 secondes et/ou station unipodale ≤ 5 secondes)
- ❖ Diminution de la force et/ou de la puissance musculaire des membres inférieurs (capacité à se relever d'une chaise sans l'aide des mains ; index de masse corporelle < 21 kg/m²)
- ❖ Arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis, anomalie des pieds, troubles de la sensibilité des membres inférieurs
- ❖ Baisse de l'acuité visuelle (score d'acuité visuelle anormal aux échelles de Monnoyer et/ou de Parinaud)
- ❖ Syndrome dépressif. Déclin cognitif (suspecté par un score MMSE et/ou test des cinq mots et/ou test de l'horloge et/ou test Codex anormal)

-> Facteurs précipitants : cardiovasculaires (malaise/perte de connaissance / hypotension orthostatique), neurologiques, vestibulaires (vertige/latéro-déviations au test de Romberg), métaboliques (hyponatrémie/hypoglycémie/alcool), environnementaux (éclairage, encombrement et configuration du lieu de vie, chaussage)

-> Examens complémentaires : NFS-P, ionogramme, dosage vitamine D (25 OHD), ECG, dosage HbA1c chez diabétiques

- Prévenir le retour à domicile :

-> **Révision de l'ordonnance**

-> Correction/traitement des facteurs de risque modifiables (incluant les facteurs environnementaux), ou mise en lien avec professionnel adapté

-> Port de chaussures adaptées. Pratique régulière de la marche et/ou toute autre activité physique. Utilisation d'une aide technique à la marche adaptée en cas de troubles locomoteurs.

-> Apport calcique alimentaire compris entre 1 et 1,5 g / j. Correction d'une éventuelle carence en vitamine D par un apport journalier d'au moins 800 UI. Traitement anti-ostéoporotique en cas d'ostéoporose avérée

-> S'appuyer sur les professionnels adaptés tel que ceux de l'assistance sociale, kinésithérapeutes, adressé en gériatrie pour bilan de chute.

Douleurs chez la personne âgée :

selon recommandations de la SFMU 2013 et le consensus multidisciplinaire d'experts en douleur et gériatrie de 2017.

- Evaluation de la douleur :

-> Auto-évaluation : EVA, EVS, EN

-> Hétéro-évaluation :

ECPA = Echelle Comportementale pour Personne Agée :score de 0 à 32. Si >6 douleurs.

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS	
1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE	
Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé, et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4
2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)	
Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4
3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITE) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)	
Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4
* se référer au(x) jour(s) précédents) ** ou prostration NB: les items regardés correspondents à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle	
4/ RELATION À AUTRUI	
Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...	0
Même type de contact que d'habitude*	1
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	2
Évite la relation contrairement à l'habitude*	3
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	4
* se référer au(x) jour(s) précédents)	

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS	
5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins	
Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4
6/ Réactions pendant la MOBILISATION	
Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4
7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES	
Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4
8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin	
Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

<https://sfap.org/system/files/ecpa.pdf>

Echelle DOLOPLUS : douleur si score ≥ 5/30

<https://www.doloplus.fr/pdf/doloplus-fr.pdf>

RETENISSEMENT SOMATIQUE		
1• Plaintes somatiques	pas de plainte	0
	plaintes uniquement à la sollicitation	1
	plaintes spontanées occasionnelles	2
	plaintes spontanées continues	3
2• Positions antalgiques au repos	pas de position antalgique	0
	le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1
	position antalgique permanente et efficace	2
	position antalgique permanente inefficace	3
3• Protection de zones douloureuses	pas de protection	0
	protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1
	protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2
	protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3
4• Mimique	mimique habituelle	0
	mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1
	mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2
	mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3
5• Sommeil	sommeil habituel	0
	difficultés d'endormissement	1
	réveils fréquents (agitation matriciale)	2
	insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3

RETENISSEMENT PSYCHOMOTEUR		
6• Toilette et/ou habillage	possibilités habituelles inchangées	0
	possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1
	possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2
	toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3
7• Mouvements	possibilités habituelles inchangées	0
	possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1
	possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2
	mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3
RETENISSEMENT PSYCHOSOCIAL		
8• Communication	inchangée	0
	intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1
	diminuée (la personne s'isole)	2
	absence ou refus de toute communication	3
9• Vie sociale	participation habituelle aux différentes activités (repos, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0
	participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1
	refus partiel de participation aux différentes activités	2
	refus de toute vie sociale	3
10• Troubles du comportement	comportement habituel	0
	troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1
	troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2
	troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3

Echelle ALGOPLUS: si douleurs ≥ 2/5

<https://www.doloplus.fr/pdf/aigoplus-fr.pdf>

Date de l'évaluation de la douleur												
Heure/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage												
2 • Regard												
3 • Plaintes												
4 • Corps												
5 • Comportements												
Total OUI		/5		/5		/5		/5		/5		/5

- Traitement de la douleur :

-> Paliers 1 :

- PARACETAMOL : À prescrire en première intention, dans les douleurs faibles à modérées. Les posologies sont à adapter selon comorbidités, prise de médicaments anticoagulants à la posologie de 3g chez le patient de plus de 65—70 ans, en fonction de son état de santé.
- AINS : A envisager si échec du paracétamol, avec posologie la plus faible et courte possible, en association avec IPP. Contrôle de la créatininémie à J5 nécessaire. Evaluer régulièrement la balance bénéfice risque. Ne pas donner deux AINS ou dépasser la dose efficace. AINS en topiques sont une alternative thérapeutique dans l'arthrose du genou et de la main.
L'association des AINS avec certains médicaments sont déconseillés (AVK, Nouveaux AntiCoagulants Oraux, IEC/ARA2+ diurétiques. . .)

-> Opioides faibles en situation d'urgence :

« Le seul opioïde faible disponible (en IV) est le tramadol, ce qui explique sa forte utilisation. Néanmoins le risque de confusion rapide doit en limiter l'utilisation. Aucune étude n'est disponible autour d'une titration IV du tramadol. Les associations fixes codéine et paracétamol, opium et paracétamol peuvent être utilisées en respectant la titration et les limites de dose. Il faut se rappeler que le délai d'action entre 30 et 60 minutes est un peu long pour une utilisation en urgence. L'efficacité des opioïdes faibles aux urgences est souvent peu satisfaisante : effets indésirables, délais d'action, difficulté de titration. Dits « faibles », ils n'ont pas moins de risques qu'avec la morphine »

-> Opioides forts aux urgences :

« L'utilisation des opioïdes forts pour les personnes âgées reste très inégalitaire par rapport au traitement des patients plus jeunes. Néanmoins, en urgence, la titration par les opioïdes forts est parfois plus facile et plus rapide que par les opioïdes faibles, et mieux tolérée. Les opioïdes forts sont le meilleur choix antalgique chez les patients âgés ayant une douleur modérée à sévère et le plus utilisé aux urgences reste le sulfate de morphine. »

« La titration intraveineuse de morphine dont l'efficacité et la sécurité ne sont plus à prouver chez le sujet jeune est utilisable chez le patient âgé toutes les 5 minutes, avec des adaptations de dose ».

Les recommandations du consensus multidisciplinaire sont les suivantes concernant la titration morphinique :

- Poids >59kg : 3mg IV si patient non vulnérable et 1.5mg IV si vulnérable
- Poids <60kg : 2mg IV si patient non vulnérable et 1mg IV si vulnérable

- Sans distinction de poids : 1.5mg IV si patient non vulnérable et 1mg IV si vulnérable

-> Traitement des douleurs neuropathiques :

Traitement au long cours, privilégier les formes topiques si douleurs localisées. Privilégier une ascension progressive des posologies avec prise en charge multimodale. Réévaluation fréquente du rapport bénéfice risque

Polymédication :

Selon l'étude sur la polymédication des personnes âgées publiée en 2015 par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IDRES) : « Les prévalences de la polymédication au seuil de 10 médicaments en France (hors Territoires d'Outre-mer, Guyane et Mayotte) sont respectivement de **33 %** et **40,5 %**, après prise en compte des associations et conditionnements trimestriels, avec les indicateurs de polymédication continue et cumulative (graphique) »

Aux urgences, la réévaluation des traitements devrait être systématiquement appliquée en adressant le patient vers le professionnel lui ayant prescrit le traitement ou vers son médecin généraliste coordonnateur des soins.

Les classes thérapeutiques les plus concernées selon l'IDRES par cette polymédication à risque sont les suivants : Analgésiques, médicaments du système RAA, médicaments de l'acidité, antithrombotiques, antibactériens à usage systémique, agents modifiants les lipides, diurétiques, psycholeptiques, médicaments ophtalmologiques, vitamines, bêtabloquants, anti inflammatoire/antirhumatismeux, inhibiteurs calciques, psychoanaleptiques.

Conséquences à court et long terme du passage aux urgences sur les patients gériatriques

A l'heure où les urgences sont de plus en plus surchargées et le temps d'attente augmenté, la question de l'effet délétère du passage des personnes âgées aux urgences est encore plus au centre des préoccupations.

Le risque d'**escarre** après passage aux urgences est un bon exemple de cet effet délétère. Dans la thèse de Marie Van Overstraeten (2), on peut observer que « les patients restant plus longtemps aux urgences présentaient davantage d'apparitions ou d'aggravations d'escarres »

Cela concerne aussi « les chutes », « des infections nosocomiales, un syndrome confusionnel et un déclin fonctionnel » d'après la thèse étudiée dans la première partie de notre dossier.

On peut aisément imaginer que passer une journée aux urgences entraîne une désorientation dans un endroit loin de ses habitudes avec des difficultés de repérage dans le temps puisque les box des urgences sont souvent éclairées artificiellement.

L'étude « no bed night » réalisé en France et publiée par le JAMA internal Medicine le 6 novembre 2023, a permis de montrer « que le fait de passer une nuit aux urgences est associé à un risque significativement plus élevé de décès intra-hospitalier : une nuit passée sur un brancard aux urgences augmente de près de 40% le risque de mortalité hospitalière, qui passe ainsi de 11,1% à 15,7%. »

Conclusion

La prise en charge gériatrique aux urgences n'est pas aisée mais ce n'est pas pour autant qu'elle doit en être négligée. En prenant le temps de la prévention, nous pouvons réduire le taux de réadmissions et in fine les conséquences qu'entraîne le passage aux urgences pour cette population. Essayer de voir ce que cache un maintien à domicile difficile est alors essentiel à combiner avec le rythme des urgences pour aider au mieux nos aînés.

Références:

- (1) [Élodie Reynier. La plus-value du Médecin Gériatre aux Urgences. Sciences du Vivant \[q-bio\]. 2024. ffdumas-04615217](#)
- (2) [Marie Van Overstraeten. Survenue ou aggravation des escarres selon le temps de passage aux urgences chez les sujets âgés, dépendants ou paralysés : une étude observationnelle prospective. Médecine humaine et pathologie. 2024. ffdumas-0481664](#)
 - <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-06/Diaporama%20-%20Enqu%C3%AAte%20urgences.pdf>
 - https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474#figure1_radio2
 - https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969#figure5_radio2
 - <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-lasante/213-mesurer-la-polymedication-chez-les-personnes-agees.pdf>
 - <https://doi.org/10.1016/j.douler.2017.07.007>
 - [Roussel M, Teissandier D, Yordanov Y, et al. Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients. *JAMA Intern Med.* 2023;183\(12\):1378–1385. doi:10.1001/jamainternmed.2023.5961](#)

Faustine



ACTU 1 : Epidémie de grippe

L'hiver français a été marqué cette année par une épidémie de grippe venant mettre en tension le système de santé et notamment les urgences.

Quels virus et quels symptômes ?

Cette année l'épidémie de grippe est assez conséquente notamment car les trois virus qui en sont responsables font leur pic au même moment.

On retrouve les deux virus de Type A avec transmission Homme-animal: A (HN1) pdm09 et A (H3N2), ainsi que le virus de type B /victoria (transmission interhumaine). Ces virus ayant des impacts différents suivant les classes d'âge expliquent également que l'épidémie touche toutes les classes d'âge de la population selon Santé Publique France.

Les symptômes surviennent dans les 24 à 72h après la contamination :
Fièvre élevée, douleurs musculaires et articulaires, céphalées, sensation de malaise, manifestations respiratoires.

Quelques chiffres

A la mi-janvier 2025, d'après Santé Publique France (SPF), l'épidémie « se situe toujours à un niveau d'intensité élevé pour toutes les classes d'âges ». Les plus de 65 ans « représentent **67 % du taux d'hospitalisation** après passage aux urgences »

En février (semaine 6 versus 5) : « Le nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal était de **13 095, soit 3,7% des passages** (vs 4,6% en S05). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 2 341, soit **3,3% de l'ensemble des hospitalisations** (vs 4,0% en S05) ».

D'après le dernier bulletin du réseau sentinelle de mi février 2025 :

Le taux d'incidence de la grippe en consultation de médecine générale pour insuffisance respiratoire aiguë a été estimé à 263 cas pour 100 000 habitants pour la semaine 7 de 2025. « Le taux est en baisse cependant l'activité grippale se maintient toujours à un niveau élevé, aussi bien chez les enfants que chez les adultes. »

Au dernier bulletin du 19/02/2025 de SPF, on observe une diminution des cas de grippe dans l'hexagone pour toutes les classes d'âge mais une activité grippale toujours intense particulièrement chez les enfants.

Le nombre de décès au cours de la deuxième semaine de 2025 était de **7.3%** vs 5.9% la première semaine de janvier et 4% la dernière semaine de 2024. « Cela représente **611 décès** pour cette seule deuxième semaine. Les régions les plus touchées sont : Bourgogne-Franche-Comté (12,4% de décès liés à la grippe), Grand-Est (9,4%), Provence-Alpes-Côte-d'Azur (9,2%), Hauts-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes (7,9%). Ces décès concernent en majorité des personnes âgées de plus de 65 ans, mais également 39 personnes de 15 à 64 ans et 2 enfants. »

En semaine 7 de 2025, la part des décès liés à la grippe était en diminution: 5% vs 5.5% la semaine précédente.

Prévention et Traitement

Pour éviter la grippe, la prévention passe comme pour la plupart des infections par des mesures barrières.

La prévention grâce aux vaccins est également l'élément clé, c'est d'ailleurs ce pourquoi la campagne de vaccination a été prolongée au 28 février 2025 par les autorités de Santé.

Rappelons qu'on observe une diminution de la couverture vaccinale cette année. Elle était au 31 décembre 2024 (données intermédiaires) à « 42,9% chez l'ensemble des personnes ciblées par la vaccination, de 49,8% chez les personnes âgées de 65 ans et plus, et de 22,7% chez celles âgées de moins de 65 ans à risque de grippe sévère. Ces couvertures vaccinales sont inférieures à celles estimées pour la saison 2023-2024 à la même date (respectivement 45,9%, 52,7% et 24,5%). »

Le traitement par Tamiflu (oseltamivir):

Ce traitement lorsqu'il est indiqué doit être administré dans les 48 heures des premiers symptômes


Indications selon l'ANSM :

- Tamiflu est indiqué chez les adultes et les enfants, y compris les nouveau-nés à terme, présentant des symptômes typiques de la grippe en période de circulation du virus.
- Prévention de la grippe
 - > En prophylaxie post-exposition : chez les sujets âgés d'un an ou plus après contact avec un cas de grippe cliniquement diagnostiqué, en période de circulation du virus.
 - > L'utilisation appropriée de Tamiflu dans la prophylaxie de la grippe doit être déterminée au cas par cas selon les circonstances et la population à protéger.

Références:

- <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/bulletin-national/infections-respiratoires-aigues-grippe-bronchiolite-covid-19--bulletin-du-19-fevrier-2025>
- <https://www.elsan.care/fr/nos-actualites/grippe-epidemie-severe-et-mortelle-en-2025>
- <https://www.mesvaccins.net/web/news/22788-france-les-indicateurs-lies-aux-infections-respiratoires-aigues-diminuent-mais-l-activite-de-la-grippe-reste-elevee>
- <https://ansm.sante.fr/disponibilites-des-produits-de-sante/medicaments/tamiflu-75-mg-gelule-oseltamivir#:~:text=Indications&text=Tamiflu%20est%20indiqu%C3%A9%20chez%20les,suivant%20le%20d%C3%A9but%20des%20sympt%C3%B4mes.>

Faustine



ACTU 2: Fin de l'accès au motif 2 pour les jeunes urgentistes

Salut ami lecteur du magazine,

Je ne sais pas si tu te souviens, mais en Juin 2024, je te concoctais un « petit » article pour tout savoir du **post-internat immédiat** (*mais si, si, souviens-toi, regarde, il est juste [là](#)*).

Bon, je spoile d'emblée : oui, une suite à ce premier article est prévue. Mais il faudra t'armer d'encore un peu de patience, car ce n'est pas pour aujourd'hui (et ouais, c'était un ascenseur émotionnel pas sympa, désolé).

Non, cet article, c'est pour te faire un **addendum** sur le précédent. En effet, depuis Décembre, quelques petites choses ont changé pour les Praticiens Contractuels.

Petit rappel : le praticien contractuel, kézako en quelques mots ?

1. Anciennement appelé « praticien hospitalier contractuel » ou « PHC »
2. Un des statuts du post-internat immédiat
3. Mieux rémunéré que le statut d'assistant spécialiste
4. N'a pas de mission universitaire
5. Ouvre plus lentement l'accès au secteur 2 que les postes de CCA et assistant - mais assez peu d'intérêt en médecine d'urgence de toute façon
6. Donne accès à la plupart des primes et indemnités à l'exception de l'IESPE (clique sur le lien plus haut si tu ne sais pas du tout ce que c'est)
7. Plusieurs motifs de recrutement possibles et donc plusieurs rémunérations

OKAAAAY ! Maintenant qu'on a remis les bases, on peut en venir au vif du sujet.

Un des motifs de recrutement est particulièrement bien rémunéré : **le motif 2**. Son montant brut annuel peut monter jusque **119 130 € sans compter les gardes** (*soit 8 239 € par mois net avant impôt, toujours sans tes gardes, histoire que ça te parle un peu plus*). Ça te fait rêver hein ? Dommage, **ils viennent d'en interdire l'accès aux jeunes médecins !** (*Deuxième ascenseur émotionnel, de rien, c'est cadeau*).

Pourquoi ont-ils fait ça ? Pour répondre à cette question, on va revenir à la genèse de ce statut un peu particulier.

Le motif 2 avait été créé dans le contexte qu'on connaît bien de grandes difficultés de recrutement pour les hôpitaux mais aussi pour l'exercice d'une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire. Bon du coup, la médecine d'urgence répond bien à la raison d'être de ce motif. Et c'est bien ce qui a été perçu comme un problème par nos autorités, car ce statut particulier devenait la norme dans de nombreux établissements.

Et comme si ça ne suffisait pas, ce statut, qui était normalement prévu pour des contrats longs, a généré une autre « dérive » suite au plafonnement de l'intérim à l'hôpital public : des contrats courts, apparentés à de « l'intérim déguisé » pour maintenir des rémunérations attractives aux médecins.

Alors l'Eldorado ne pouvait pas durer, forcément. Donc ils ont décidé de mettre en place quelques petites nouveautés en lien avec ce statut :

- La durée minimale des contrats est désormais de six mois
- Le recrutement d'un praticien hospitalier en disponibilité sur ce motif est expressément interdit (oui, c'était une autre dérive, tu pouvais être PH, prendre une dispo, et revenir dans ton service avec un motif 2)
- Les contrats ne peuvent être inférieurs à 40 % ou 4 demi-journées
- **Nécessité de minimum 5 ans d'exercice pour être recruté** (et à l'Association des Jeunes Médecins Urgentistes, c'est bien ça qui nous intéresse le plus).

Pourquoi les jeunes ? Et bien, déjà, parce qu'on aime quand même vachement bien nous taper systématiquement sur la tronche (*si t'es vieux, que tu lis ces lignes, et que ça te vexé, pose toi les bonnes questions*).

Vu que j'aime les faits plus que les complots : l'exclusion systématiques des internes des textes de loi visant à revaloriser les gardes il y a quelques années, les combats contre les licences de remplacement il y a 3 ans, les refus de reconnaître le temps de travail des internes et de certains statuts du post-internat (comme CCA-AHU par exemple), le moment où ils ont voulu interdire l'intérim aux jeunes diplômés au sein de la Loi Rist en 2023 aussi.. Bref, j'en passe et des meilleurs.

Bon, et pour être plus modérée dans mon discours, pour raisons économiques. Je n'ai pas de données chiffrées, pour être honnête avec toi, mais il y a fort à parier que les jeunes étaient ceux qui pourvoyaient le plus ce type de postes. Ne serait-ce que parce que ce statut n'existe que depuis 2022 environ.

La question principale maintenant étant de savoir ce que vont faire les jeunes, se résigner et prendre leur poste quand même à l'hôpital public pour un moindre salaire que celui qu'ils pouvaient espérer jusque récemment, ou bien augmenter leur activité privée / libérale - et donc diminuer leur activité publique ?

Pour conclure, on peut aussi s'interroger sur la véritable volonté politique d'un tel texte. Sous couvert de régulation des dérives et d'économies, n'est-ce pas une énième mesure dégoûtant du service public et menant à sa perte ? Vous avez 4 heures ;)

Olivia Fraigneau

Références:

- [JO du 5 décembre 2024 du décret n° 2024-1133 du 4 décembre 2024 relatif au recrutement de praticiens contractuels par les établissements publics de santé en application du 2° de l'article R. 6152-338 du code de la santé publique](#)
- [JO du 9 janvier 2025 de l'arrêté du 7 janvier 2025 modifiant l'arrêté du 5 février 2022 fixant le montant et les modalités de versement de la part variable des praticiens recrutés par les établissements publics de santé en application du 2° de l'article R. 6152-338 du code de la santé publique](#)



POINT DE COURS : Insuffisance surrénale aiguë

Pour ce nouveau point cours, nous allons nous intéresser à l'Insuffisance surrénale aiguë (ISA)

Fiche de régulation SAMU :

Mécanismes

Insuffisance de fonctionnement du cortex surrénalien qui synthétise le cortisol (principal glucocorticoïde), l'aldostérone (principal minéralocorticoïde) et la DHEA (principal androgène surrénalien) ; l'atteinte est primitive, ou secondaire à une atteinte de l'axe hypothalamo-hypophysaire ; plus de 20 maladies rares peuvent provoquer une ISA mais la cause la plus fréquente est l'arrêt brutal d'une corticothérapie au long cours.

Risques particuliers en urgence

Choc hypovolémique. Déshydratation. Hyponatrémie. Hyperkaliémie. Hypoglycémie. sévère. Troubles neurologiques

Traitements fréquemment prescrits au long cours

Hydrocortisone ou autre glucocorticoïde - fludrocortisone. Apports sodés

Pièges

Enfant ou adulte : gastro-entérite grave ou sepsis sévère

Nouveau-né : ictère cholestatique

Enfant : hypoglycémie

Particularités de la prise en charge médicale préhospitalière

Se référer à des protocoles thérapeutiques pré-établis.

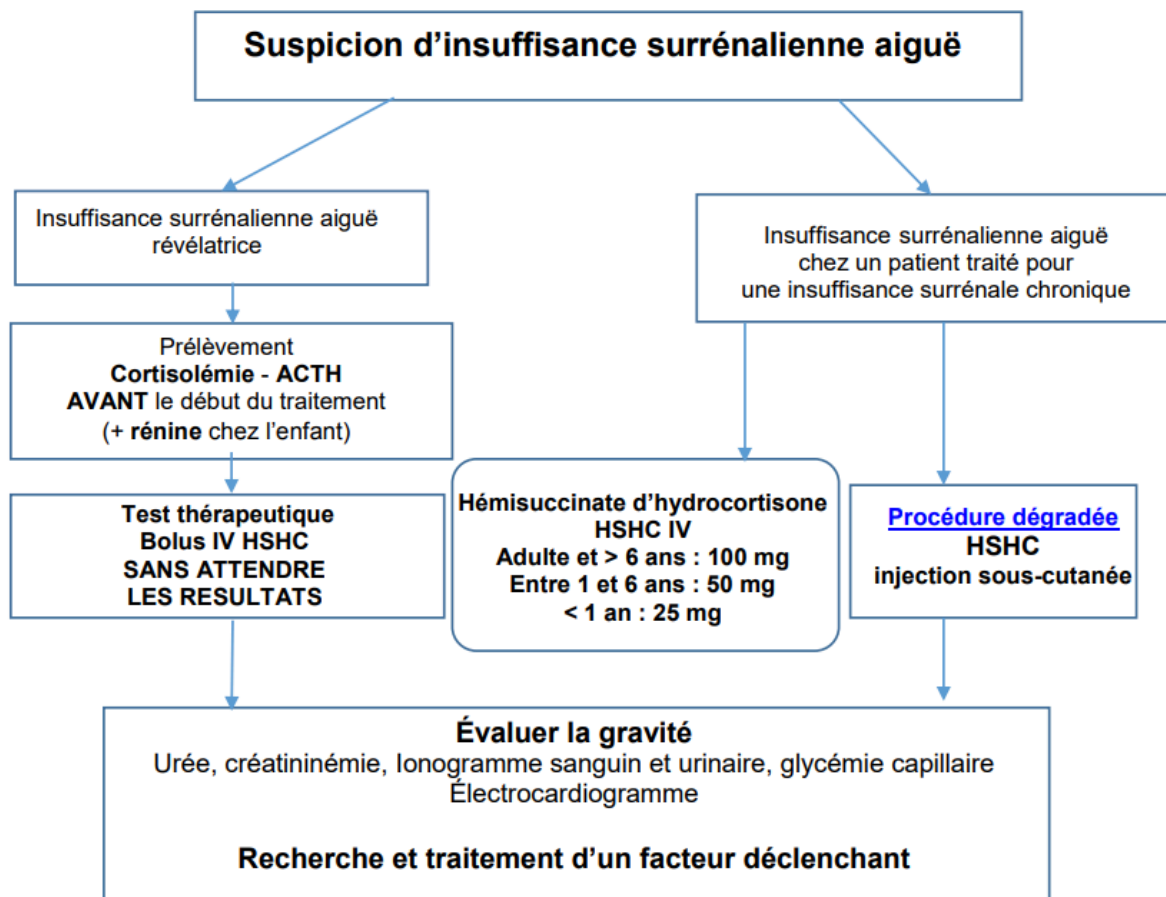
- si possible et sans retarder le traitement, prélèvements sanguins pour dosages de sodium, potassium, glucose, cortisol et ACTH
- principes thérapeutiques : hémisuccinate d'hydrocortisone, remplissage vasculaire, vasopresseurs, glucose, apport sodé...
- éviter l'étomidate et préférer la kétamine comme hypnotique - traitement du facteur déclenchant

Fiche pour les Urgences Hospitalières:

Problématiques en urgence

L'insuffisance surrénale aiguë (ISA) survient lorsque l'imprégnation par les stéroïdes surrénaliens est insuffisante pour couvrir les besoins augmentés en cas de stress pour

l'organisme. Une ISA n'est pas définie par un seuil de cortisolémie, mais comme une aggravation aiguë de l'état clinique, réversible après l'administration parentérale d'un glucocorticoïde. Le tableau clinique mime une gastroentérite ou un syndrome grippal dans les premières heures, puis un sepsis plus ou moins sévère selon le retentissement hémodynamique.



> **Situation d'urgence 1 : ISA survenant chez un patient traité pour insuffisance surrénale chronique (ISC) connue dans les circonstances suivantes**

- interruption du traitement substitutif ;
- pathologie intercurrente (troubles digestifs, fièvre, infection, accident cardiovasculaire, hyperthyroïdie...) ;
- traumatisme, chirurgie ou geste invasif ;
- grossesse ; - forte émotion (heureuse ou malheureuse) ;
- parfois, pas de facteur déclenchant évident.

Procédure dégradée

Cette procédure peut être appliquée à domicile par le patient ou son entourage

Les patients insuffisants surrénaliens doivent disposer chez eux de plusieurs ampoules HSHC (voiture, travail, sac à main...) et du matériel pour l'injection (poudre à mélanger en instantané)

**Hémisuccinate d'hydrocortisone (HSHC)
injection sous-cutanée (1 ampoule de 2 mL = 100 mg) :**

100 mg : adulte ou enfant > 6 ans

50 mg : enfant > 1 an et < 6 ans

25 mg : enfant < 1 an

Apports de boissons sucrées (soda au cola, jus de fruit) et salées (bouillon salé, eau de Vichy) en alternance

Si besoin, antipyrétiques et antalgiques

Le maintien à domicile est possible

en cas d'amélioration significative rapide après le début de traitement ;
chez un patient adulte entouré ou un enfant âgé de plus de 2 ans ;
si le facteur déclenchant est clairement identifié et traité.

Sinon, orientation vers les urgences les plus proches du domicile :
une fois le traitement mis en route ; en ambulance ou véhicule de pompiers
voire véhicule personnel (conduit par un proche du patient).

Traitement du facteur déclenchant

> Situation d'urgence 2 : ISA révélatrice d'une insuffisance surrénale chronique méconnue

1. Mesures diagnostiques en urgence

- Éléments cliniques du diagnostic :

La présentation est d'installation brutale et souvent trompeuse :

- douleurs musculaires diffuses aiguës ;
- troubles digestifs, nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales pseudo-chirurgicales ;
- hyperthermie avec ou sans infection ;
- des troubles neuropsychiques : confusion, délire, obnubilation, coma ;
- hypotension, collapsus cardio-vasculaire ne répondant pas au remplissage, aux drogues vasopressives et à l'antibiothérapie probabiliste.

- Exploration en urgence :

Un prélèvement sanguin (cortisol et ACTH sanguins et dosage de la rénine chez l'enfant) sera réalisé :

- avant d'initier le traitement
- sans retarder la prise en charge thérapeutique - sans en attendre les résultats.

À titre indicatif, les seuils suivants peuvent être proposés (à adapter à la méthode de dosage) :

- Cortisolémie < 5 µg/dL (138 nmol/L) : diagnostic d'insuffisance surrénale
- Cortisolémie > 5 et < 18 µg/dL (138 et 500 nmol/L) : poursuivre l'hydrocortisone en attendant un avis spécialisé
- Cortisolémie > 18 µg/dL (500 nmol/L) : écarte l'hypothèse d'une insuffisance surrénale

Les dosages d'ACTH et de rénine guideront le bilan étiologique.

Recherche d'un facteur déclenchant (fonction du contexte) :

- test de grossesse ;
- foyer infectieux : hémocultures, radiographie de thorax, ecbu... ;
- scanner cérébral,
- ecg ;
- échographie et/ou scanner abdomino-pelvien...

En cas de doute sur un abdomen aigu nécessitant une exploration chirurgicale, l'anesthésie ne doit être induite qu'après avoir débuté le traitement de l'ISA

Signes de gravité :

PAS < 110 mmHg. FC > 120/min Vomissements répétés : > 2 en moins de 4 heures
Diarrhée importante. Douleurs abdominales intenses.
Crise convulsive. Troubles de la conscience (Glasgow < 14).
Sepsis grave ou choc septique.
Hypoglycémie sévère < 0,4 g/L. Hyperkaliémie avec troubles ECG

2. Mesures thérapeutiques immédiates

Dans tous les cas, les mesures symptomatiques de traitement d'un coma, d'un choc, d'une fièvre, d'une hypoxie ou d'une douleur doivent être associées à la prise en charge spécifique de l'insuffisance surrénalienne aiguë suspectée ou avérée et au traitement du facteur déclenchant.

Chez l'adulte:

- **Monitoring:**

Pression artérielle (PA), fréquence cardiaque (FC), fréquence respiratoire (FR), oxymétrie de pouls (SaO₂), diurèse, glycémie capillaire, conscience.

- **Mesures symptomatiques:**

- Deux voies veineuses périphériques (ou centrale si état de choc) ;
- Corriger l'hémodynamique :
 - > remplissage : sérum physiologique (NaCl 0,9 %) : 500 cc en 15 minutes ; à renouveler si besoin, en l'absence de signes d'œdème pulmonaire ;
 - > drogues vasopressives (si hypotension < 70 mmHg engageant le pronostic vital)
- Corriger l'hypoglycémie éventuelle : G30 % : 2 ampoules IV en bolus ; à renouveler si besoin 5 à 10 minutes après ; ou bien G10 % en parallèle.
- Corriger les troubles hydroélectrolytiques (apports sodés et glucidiques) : NaCl 0,9 % ou G5 % + NaCl 9 g/L si hypoglycémie et/ou intolérance alimentaire absolue ; débit à adapter en fonction de l'état d'hydratation, de la glycémie et de la reprise ou non des apports oraux ;
- si besoin, antipyrétiques, antalgiques, oxygénothérapie.

- **Traitement spécifique : traitement hormonal substitutif**

Adulte

Bolus IV : Hémissuccinate d'hydrocortisone (HSHC)
100 mg (soit 1 ampoule de 2 mL) en IV directe lente

puis relais 100 mg/24 h IV à la seringue électrique (IVSE)

ou 25 mg/6 h IV ou IM

Débuter le traitement d'un éventuel facteur déclenchant :

- D'après le consensus SFE/SFEDP : après correction des désordres cliniques et hémodynamiques, relais par hydrocortisone par voie orale en triplant la dose habituelle, avec au minimum 60 mg/24h chez les adultes, répartis en 3 prises au cours de la journée (matin, midi et soir), puis diminution progressive en quelques jours à la dose habituelle (10 à 25 mg par jour chez les adultes) ;
- L'adjonction de minéralocorticoïdes n'a pas d'intérêt : aux doses utilisées les 24 premières heures, les glucocorticoïdes ont un pouvoir minéralocorticoïde. Chez les patients en insuffisance surrénale primaire, la fludrocortisone est reprise lorsque les doses d'hydrocortisone sont inférieures à 50 mg/jour.

Chez l'enfant:

- **Monitoring :**

Pression artérielle (PA), fréquence cardiaque (FC), fréquence respiratoire (FR), oxymétrie de pouls (SpO2), diurèse, glycémie capillaire, conscience

- **Mesures symptomatiques :**

- Deux voies veineuses périphériques (ou centrale si état de choc).
- Corriger l'hémodynamique :

- > remplissage : NaCl 0,9 % : 10-20 mL/kg en 20 min, à répéter si besoin ;
- > drogues vasopressives (immédiatement si hypotension engageant le pronostic vital). - Corriger l'hypoglycémie éventuelle : -G10 % : 2 à 3 mL/kg IV 5 min, à renouveler si besoin puis relais par perfusion 2 à 3 mL/kg/h.
- Corriger les troubles hydroélectrolytiques (apports sodés et glucidiques) : G5 % : nouveau-né 150-180 mL/kg/j / enfant 2,5-3 L/m² /j et apports sodés : 10-15 mEq/kg/j (maximum 408 mEq/j = 24 g, la natrémie ne devant pas augmenter de plus de 1 mEq/kg/j)
- si besoin : antipyrétiques, antalgiques, oxygénothérapie.

- Traitement spécifique : traitement hormonal substitutif

Enfant
Hémisuccinate d'hydrocortisone (HSHC) IV
(ampoule de 2 mL = 100 mg) : 2 mg/kg/6h IV

Débuter le traitement du facteur déclenchant

Orientation

> Transport du domicile vers la structure des urgences

- Où transporter ?

La régulation préhospitalière (Samu, centre 15) est parfois nécessaire et permet d'orienter la destination hospitalière selon la gravité et/ou la pathologie décompensée (unité de soins intensifs, de réanimation, soins intensifs de cardiologie, d'endocrinologie ou de médecine, service d'urgence), pour une prise en charge optimale sans transfert secondaire.

-> Réanimation ou unité de soins intensifs si :

- éléments de gravité clinique ou aggravation secondaire : score de Glasgow < 14, choc, suspicion de sepsis grave ou de choc septique, troubles hydroélectrolytiques sévères ;
- terrain défavorable : nouveau-né, nourrisson, femme enceinte, syndrome des antiphospholipides ;
- facteur intercurrent justifiant une prise en charge en réanimation (infarctus...) ;
- impossibilité de surveillance médicalisée dans les 6 heures suivant la prise en charge ;

-> Structure d'urgence dans les autres cas

- Comment transporter ?

En ambulance non médicalisée ou vecteur médicalisé (SMUR) selon la gravité

- Quand transporter ?

Une fois le traitement mis en route, le délai doit être adapté à la gravité clinique

> Orientation au décours des urgences hospitalières

▪ Où transporter ?

Médecine, soins continus ou réanimation selon la gravité. Exceptionnellement, et après avis spécialisé, retour à domicile possible

▪ Comment transporter ?

En ambulance non médicalisée ou vecteur médicalisé (SMUR) selon la gravité. Au sein de la structure hospitalière : transfert simple, paramédicalisé ou médicalisé

▪ Quand transporter ?

Une fois le traitement mis en route, le délai doit être adapté à la gravité clinique

Cas particulier de la procédure dégradée:

Le maintien à domicile n'est possible :

- qu'en cas d'amélioration significative rapide après le début de traitement ;
- chez un patient adulte entouré ou un enfant âgé de plus de 2 ans ;
- si le facteur déclenchant est clairement identifié et traité.

Sinon, orientation vers les urgences les plus proches du domicile :

- une fois le traitement mis en route ;
- en ambulance ou véhicule de pompiers voire véhicule personnel (conduit par un proche du patient)

Hydrocortisone et grossesse:

Il ne faut EN AUCUN CAS ARRÊTER le traitement par HYDROCORTISONE en cas de grossesse. https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=668

Pour en savoir plus sur les précautions médicamenteuses/anesthésiques, la prévention, le don d'organe et les numéros en cas d'urgences, suivez les liens ci-après :
http://www.orpha.net/data/patho/Emg/Int/fr/InsuffisanceSurrenalienneAigue_FR_fr_EMG_ORPHA95409.pdf

Faustine
et Filières de
Santé et
Maladies Rares

AGENDA

Pour ne rien louper ! Les listes de Diplômes Universitaires (DU) auxquels tu peux prétendre sont listées sur notre site internet AJMU.

Evénements AJMU



La prochaine assemblée générale aura lieu le 12 avril 2025. Lors de cet AG nous ferons le point sur les projets à venir.

Urgences - le mensuel par la SFMU

Rendez-vous mensuel le 2^{ème} lundi de chaque mois avec les webinars de la SFMU afin de discuter d'un sujet de médecine d'urgence. Accessible en replay quand vous le souhaitez pour les adhérents.



A venir :

- **Lundi 14 Avril 2025** : Passez vous du spécialiste: urgences ORL et ophtalmologiques

Congrès et formations

POUR LES MÉDECINS THÉSÉS

WIN FOCUS – Formation à l'échographie clinique d'urgence

Programmes et inscriptions sur ce lien :
https://winfocus-france.org/index.php?option=com_allevants&task=display&view=event&layout=default&ei=211:cours-dinitiation-a-lechographie-durgence-44-03-2023&Itemid=87



“Les jeudis de l’urgence” par le SMUR BMPM à Marseille



LES JEUDIS DE L'URGENCE

☎ 04 95 05 40 82
✉ lesjeudisdelurgence@gmail.com
BATAILLON DE MARINS-POMPIERS DE MARSEILLE
137, boulevard de Plombières - 13003 MARSEILLE
www.smurbmpm.fr

i Certaines journées sont organisées en présentiel et d'autres en visioconférence. Cela est mentionné pour chaque journée sous son titre. Pour les journées organisées en présentiel, l'inscription en ligne ou par téléphone est obligatoire 48 heures avant la date de la réunion. Il est possible que les conditions des repas proposés notamment le prix soit modifié en fonction de la situation économique. Vous en serez informé si tel est le cas par courrier électronique et sur le site de MEMMED (SMURBMPM). Les journées seront organisées dans le strict respect des gestes barrières.

📍 LIEU : KEDGE BUSINESS SCHOOL, EUROMED Management, Domaine de Luminy, rue Antoine Bourdelle, 13009 MARSEILLE (face à la caserne de marins-pompiers de LUMINY)

🕒 HORAIRES : 9h à 12h30 / 14h à 16h

💰 TARIFS : entrée 7€ sur place (5€ en ligne par CB sur <https://smurbmpm.fr>), repas 15€

INSCRIPTION OBLIGATOIRE EN LIGNE OU PAR TELEPHONE

JEUDI 14 NOVEMBRE 2024

MÉDECINE CIVILE ET MILITAIRE : NOUVELLE DYNAMIQUE DE PARTAGE

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)

Coordinateur : MC RENAUD (Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Médecin chef adjoint du BMPM)
Président : Pr MICHELET (Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital de la Conception, Coordination Universitaire DES Médecine d'Urgence)

MATIN

- De la lutte contre les grandes endémies à la lutte contre le COVID : quel rôle a joué le SSA dans l'histoire ? MC FICKO (Professeure agrégée du Val-de-Grâce, service de PIT HIA Laveran /CESPA, Marseille)
- Crise humanitaire et coopération civilo-militaire : l'exemple d'EBOLA et du DIXMUDE. MCSAVINI (Service de pathologie infectieuse et tropicale, HIA Laveran, Marseille)
- Comment l'expérience des conflits récents a fait évoluer la traumatologie civile. Pr RAUX (SSP, Accueil des polytraumatisés, Bloc opératoire des Urgences, Hôpital Pitié Salpêtrière, AP-HP Sorbonne Université) et MCS MEAUDRE (Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Chef du service Réanimation-USP, HIA Ste-Anne, Toulon)
- Conflit à haute intensité : comment les structures civiles doivent s'y préparer ? Pr VÉLLY (Chef de service réanimation polyvalente, CHU Timone) et MCS MEAUDRE (Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Chef du service Réanimation-USP, HIA Ste-Anne, Toulon)
- Et demain : quel avenir pour la coopération civilo-militaire ? Pr TAZAROURTE (Chef de service SAMU 83, urgences, médecine polyvalente d'urgence, Centre de Médecine Hyperbare, Groupement Hospitalier Centre Hôpital Edouard Bellet, Lyon)

APRÈS-MIDI : TABLES RONDES

- Formation des médecins militaires à l'urgence : FST / DESMU : quelle place pour chacun ? Pr RAUX (SSP, Accueil des polytraumatisés, Bloc opératoire des Urgences, Hôpital Pitié Salpêtrière, AP-HP Sorbonne Université) et MCS MEAUDRE (Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Chef du service Réanimation-USP, HIA Sainte-Anne, Toulon)
- Crise sanitaire infectieuse : quelle coopération civilo-militaire ? MC FICKO (Professeure agrégée du Val-de-Grâce, service de PIT HIA Laveran /CESPA, Marseille) et MC SAVINI (Service de pathologie infectieuse et tropicale, HIA Laveran, Marseille)

JEUDI 20 MARS 2025

PARA-MÉDICALISATION D'ICI ET D'AILLEURS

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)

Coordinateur : Infirmier de Soins-Pratiquiers Capitaine LARA (Infirmier Sapeur-Pompier, SDS13 et SDS83) • Président : MC JOSEPH ISIG PELAPRAT (BMPM)

MATIN

- L'enseignement et la simulation chez les paraméd. CNE BATAILLE (Infirmier Adjoint au chef de la division des formations spécialisées et de simulation en santé, ENSOSP Aix en Provence) et LTN GONZALEZ (Infirmier, SAMU 83)
- L'infirmier isolé en situation d'exception : l'exemple de l'armée. Mr CAMILLERI (Infirmier en reconversion)
- Gérer l'élongation sans médecin : l'exemple du Canada. Mr POULIN-MOORE et Mr ROBITAILLE-FORTIN (PoliMed, CHU de Québec)
- Mise en place des Unités Mobiles Hospitalières Paramédicalisées : des prémisses en 2003... à 2025 : l'exemple du Var. Dr VÉLLY (chef de Pôle Samu-Urgences, CHU Ste-Musse, SAMU 83)

APRÈS-MIDI : ATELIERS PRATIQUES

- PHTLS par Life Support France
- ACLS par Capitaine LARA (Infirmier Sapeur-Pompier, SDS13 et SDS83)
- PALS par Code Rouge Formation

JEUDI 12 DÉCEMBRE 2024

LE SMUR, VU PAR LES AUTRES

EN VISIOCONFÉRENCE

Coordinateur : Dr PILARCZYK (PH, service de réanimation polyvalente CH Nord SAMU13, APHM) et Dr MARTIN (BMPM) • Président : Pr LÉONE (Chef de service de réanimation polyvalente, Hôpital Nord, Marseille)

MATIN

- Actualités dans les thérapeutiques de recanalisation des infarctus cérébraux. Pr FAIVRE (Service de neurologie, HIA Sainte-Anne, Toulon)
- Les troubles pays : pharmacologie et situations de crises. Dr KORCHIA (Service de psychiatrie, APHM)
- Prise en charge initiale des patients traumatisés crâniens. Pr DURANTEAU (Service d'Anesthésie - Réanimation Médecine Paris Opérateurs, Hôpital Bicêtre, Paris)
- Troubles du rythme et de la conduction : de la régulation à l'hôpital. Dr BARRAUD (Cardiologie, Centre Hospitalier du Pays d'Aix)

JEUDI 24 AVRIL 2025

LA GUERRE DE L'ACR

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)

Coordinateur : Dr BALAZ (BMPM) • Président : Pr DEBAY (Professeur de Médecine d'Urgence, Chef de Service du SAMU de l'Isère au CHU Grenoble Alpes, président du board Arrêt cardiaque de la SFMU)

MATIN

- Épisode 1 : Le massage fantôme (RCP téléphonique). Mr BORGUESI (Assistant de régulation médicale, SAMU13)
- Épisode 2 : LATA des clones (quand faut-il arrêter la réanimation en régulation). Dr MAHBOUBI (PH, responsable UF Régulation médicale, SAMU13)
- Épisode 3 : La revanche des SIC (ACR à rythme choquable). Dr CAPPIELLO (Cardiologue, USC CHU Nord, Marseille)
- Épisode 4 : Un nouvel espoir (ACR traumatique : pronostic et perspective). Pr PILARCZYK (PH, réanimation polyvalente, responsable de la filière traumatisme péritraumatisme CHU Nord et PH SAMU13)
- Épisode 5 : Le MAR contre-attaque (ACR récupéré : et après). Dr BOURENNE (PH responsable de la filière ACR, RDU, CHU Timone)
- Épisode 6 : Le retour des Jeudis. À vous de jouer à votre retour dans vos SAU/SAMU

APRÈS-MIDI : ATELIERS PRATIQUES

- Atelier RCP avec Laerdal

JEUDI 16 JANVIER 2025

DYSPNÉE : LA D-STRESS LIST POUR URGENTISTES

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)

Coordinateur : MC MARTINZ-LORENZ (BMPM) • Président : Pr GANNIER (PU-PH, Président du COSESPS groupe 3 (CDMA), chef de service du service de Médecine Intensive et Réanimation du CHU Timone, Marseille)

MATIN

- Échographie de la détresse respiratoire. Pr BOBBIA (Président du Board échographie clinique en médecine d'urgence de la SFMU, Chef de service de médecine d'urgence, CHU Montpellier)
- Dyspnée : c'est pas cardio (P1). Dr SPYCHAJ (Cardiologue coronarographe, médecin adjoint, service de cardiologie Hôpital Européen, Marseille)
- Trachéotomie et catastrophes respiratoires ou hémorragiques : que faire ? MC MORVAN (Professeur agrégé du Val-de-Grâce, membre de la SFORL et du collège français d'ORL, Chirurgien ORL, médecin adjoint, service d'ORL de HIA Sainte-Anne, Toulon)
- Accès difficile aux voies aériennes : alternatives et tips anti-stress. MC CUNGI (Médecin adjoint, service d'anesthésie-réanimation de HIA Sainte-Anne, Toulon)
- Ventilation mécanique au cours de l'insuffisance respiratoire aigüe : les réglages de première ligne. Pr HRAIECH (Médecin Chef de service adjoint, service de Médecine Intensive Réanimation, APHM, CHU Nord, membre de la Société de Réanimation de Langue Française)

APRÈS-MIDI : ATELIERS PRATIQUES

- Échographie de la détresse respiratoire. Pr BOBBIA (Président du Board échographie clinique en médecine d'urgence de la SFMU, Chef de service de médecine d'urgence, CHU Montpellier)
- Comment ventiler invasivement un patient porteur d'un syndrome obstructif sévère : atelier pratique sur respirateur. Pr GANNIER (PU-PH, Président du COSESPS groupe 3 (CDMA), chef de service du service de Médecine Intensive et Réanimation du CHU Timone)

JEUDI 22 MAI 2025

DE LA MÉDECINE DE GUERRE À LA MÉDECINE TACTIQUE : ENTRE RUSTICITÉ ET INNOVATION

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL) - SESSION COMMUNE AVEC LA BSPP

Coordinateur : MC GALANT (BMPM) • Président : MCS TRAVERS (Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Médecin chef de la BSPP)

MATIN

- La prise de décision en situation exceptionnelle. MCS TRAVERS (Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Médecin chef de la BSPP)
- Les 30 premières minutes d'une fusillade : les leçons de la médecine de guerre pour les primo-intervenant. MC HAAR (BMPM)
- La coordination avec les secours conventionnels : le médecin des FI est un accélérateur de flux. (Médecin du RAID)
- Triage en situation nombreuse victimes, les leçons du CoTCCC. Colonel SHACKELFORD, Trauma Medical Director, Defense Health Agency Colorado, Member of CoTCCC (en visio depuis le Colorado)
- Nouvelle-Calédonie, Sainte-Soline : la médecine tactique au cœur des violences urbaines. (Médecin du GIGN / 1^{er} Antenne Médicale Spéciale)

APRÈS-MIDI : ATELIERS PRATIQUES

- Les premières minutes sur les lieux lors d'une fusillade : conduite à tenir en attendant les forces d'interventions spécialisées.
- SIM-TRIAGE : simulation de triage en réalité virtuelle (un serious game made in Institut de Recherche Biomedical des Armées et Service de Santé des Armées)

JEUDI 27 FÉVRIER 2025

LES NOUVEAUX RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

EN VISIOCONFÉRENCE

Coordinateur : M^{me} MONTAIGU (BMPM) • Président : Pr CARLES (PU-PH infectiologue et chef de service, CHU de Nice)

MATIN

- Le risque biologique en 2025. Pr CARLES (PU-PH infectiologue et chef de service, CHU de Nice)
- Envenimations : morsures de serpents exotiques en France hexagonale. MC LARRECHE (PhD, Biologiste, HIA Bogn, Saint Mandé)
- Le bioterrorisme. MC FICKO (Professeure agrégée du Val-de-Grâce, service de PIT HIA Laveran /CESPA, Marseille)
- La pratique de la médecine d'urgence en conditions climatiques extrêmes : expertise des médecins de la brigade de montagne. MC GINON (Urgentiste, médecin chef de l'antenne médicale de Gap)

JEUDI 12 JUIN 2025

JOURNÉE DU SECOURISME

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)

Une affiche paraîtra ultérieurement avec le programme

Ces journées sont réalisées avec l'aimable soutien de :



Congrès COPACAMU 2025 à Marseille les 3 et 4 avril 2025

COPACAMU
2025 | 24^{ES} JOURNÉES MÉDICALES
DU COLLÈGE PACA DE
MÉDECINE D'URGENCE

Restez connecté, les inscriptions
vont bientôt ouvrir

Jeudi 3
Vendredi 4
Avril 2025

 **MARSEILLE CHANOT, PALAIS DES CONGRÈS & DES EXPOSITIONS**

The poster features a stylized illustration of the Marseille skyline with a sun and clouds. The background is split into orange and blue sections.

PÊLE-MÊLE : La douleur thoracique chez la femme enceinte

Dr Simon BLYAU, centre de garde Bordeaux



Les douleurs thoraciques de la femme enceinte sont une cause peu fréquente de consultation externe en urgence. Elles nécessitent le plus souvent la réalisation d'examens complémentaires radiologiques. Elles peuvent concerner les périodes du péri partum et du post partum avec un surrisque marqué de pathologie thromboembolique.

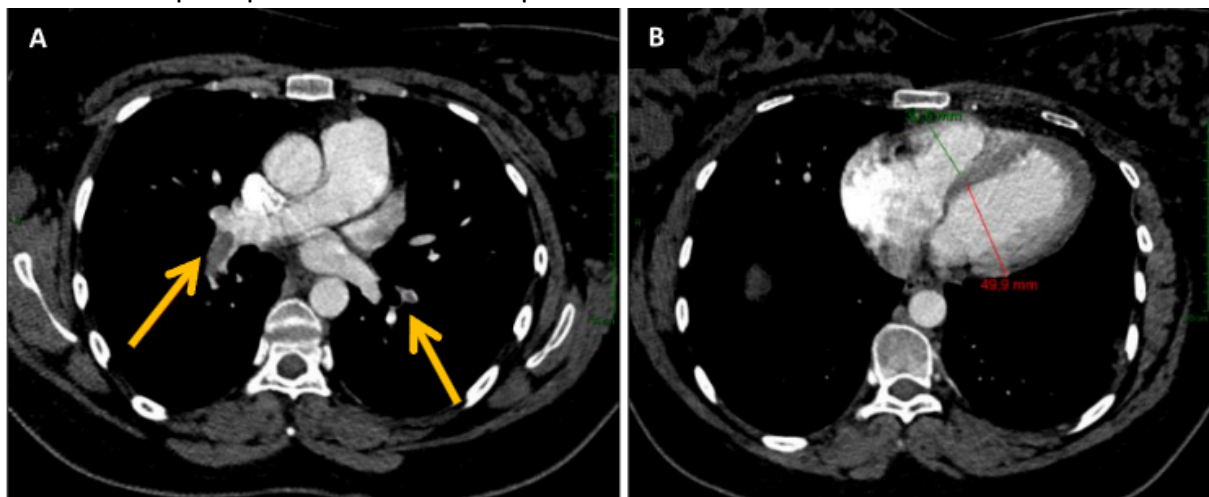
Les principales étiologies sont identiques à celles de l'adulte avec toutefois quelques pathologies spécifiques.

La prise en charge de la patiente enceinte nécessite de la part du médecin urgentiste, du médecin gynécologue-obstétricien ainsi que du médecin radiologue un certain nombre de précautions et d'adaptation des examens afin de limiter un maximum l'exposition maternelle mammaire, embryonnaire ou fœtale.

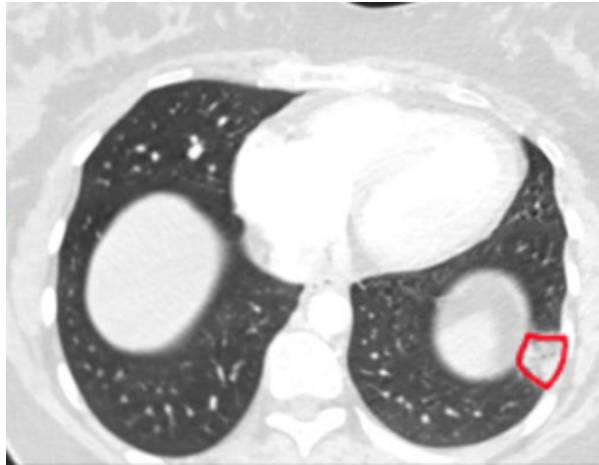
Découvrez quelques dossiers ainsi que des recommandations sur la réalisation d'examens optimisés dans ce type de contexte.

Cas n°1

Patient de 28 ans présentant une douleur thoracique et une dyspnée dans un contexte du post-partum. D-dimères positifs.



Déficits endoluminaux artériels pulmonaires bilatéraux de niveau le plus proximal lobaire à droite avec atteinte controlatérale de niveau segmentaire (image a). Absence de signe de gravité avec absence de dilatation significative du ventricule droit (rapport VD/VG<1) (image b).



Opacité alvéolaire triangulaire avec présence de composantes aériques en son sein en aval d'une occlusion artérielle pulmonaire gauche en rapport avec infarctus pulmonaire expliquant les douleurs de la patiente (image C).

Embolie pulmonaire (EP)

- Entité fréquente avec surrisque marqué pendant la grossesse, en péri et postpartum (RR estimé entre 4 et 50).
- Clinique
 - o Dyspnée /Douleur thoracique si infarctus pulmonaire
 - o Tachycardie/Hémoptysie si infarctus
 - o Signes ECG de cœur droit
 - o Effet shunt à la gazométrie artérielle
- Score de Genève modifié principalement utilisé en France qui établit une probabilité et la conduite à tenir en fonction du score.
- **Le dosage des D-Dimères est recommandé pour les risques intermédiaires et faibles comme en population générale. Si D-Dimères négatifs, VPN proche de 100 % -> Permet d'éviter la réalisation d'un examen exposant.**

Examens d'imagerie de première ligne :

1. Radiographie thoracique standard

o Faible dose délivrée au niveau mammaire. Dose quasiment nulle à l'embryon ou au fœtus avec tablier plombé.

2. Échographie Doppler veineux

o Principalement proposée si symptômes évocateurs aux membres inférieurs mais possibilité de la réaliser en première intention car non exposant et présence d'une thrombose veineuse profonde des membres inférieurs dans 30 à 50 % des EP.

o Si positif, traitement anticoagulant similaire au traitement de l'EP. Pas d'investigation complémentaire nécessaire (absence d'indication à réaliser un examen exposant de type scintigraphie/scanner en urgence).

Examens d'imagerie de seconde ligne en absence de diagnostic :

1. Scintigraphie de Perfusion

o Permet de limiter la dose reçue au tissu mammaire rendu plus radiosensible par la grossesse. Dose reçue par l'embryon ou le fœtus négligeable.

o Si examen normal, exclut le diagnostic

o Mauvais examen si anomalies parenchymateuses pulmonaires

o Résultats indéterminés relativement fréquent

2. Angio-TDM

o Dose reçue au tissu mammaire supérieure à la scintigraphie (attention notamment au patientes mutées BRCA). Dose reçue par l'embryon ou le fœtus négligeable. Optimisation de la dose avec absence d'inclusion des apex et des coupes diaphragmatiques.

*o **Ne pas « rater » l'examen** (acquisition en « blockpnée » et non en inspiration profonde/injection veineuse à haut débit avec temps fixe de départ plus efficace afin d'avoir une opacification suffisante du tronc pulmonaire (>250UH).*

o Défauts endoluminaux en rapport avec le/les thrombus.

o Signes de gravité :

- Atteinte proximale /Bilatéralité /Rapport VD/ VG >1

Ces trois critères évaluent le risque de "désamorçage" cardiaque droit

- Collapsus des veines pulmonaires témoignant d'un défaut de retour veineux pulmonaire

o Infarctus pulmonaire sous la forme d'une opacité alvéolaire triangulaire partiellement aérée). Épanchement pleural au contact fréquent. Corrélé aux douleurs thoraciques.

Traitement :

→ Anticoagulation curative

→ Fibrinolyse intraveineuse à discuter si embolie pulmonaire réfractaire au traitement anticoagulant

→ Thrombectomie percutanée en cas de CI à la fibrinolyse, EP réfractaire à la fibrinolyse



POINT CLE

Recommandation sur le dosage des D-Dimères similaire à la population générale en fonction du score clinique.

1. Échographie-doppler et radiographie standard thoracique de face si possible en première intention
2. Scintigraphie de perfusion si absence d'anomalie à la radiographie et si disponible (limitation de la dose mammaire)
3. Angioscanner thoracique optimisé si radiographie anormale et/ou scintigraphie non disponible.

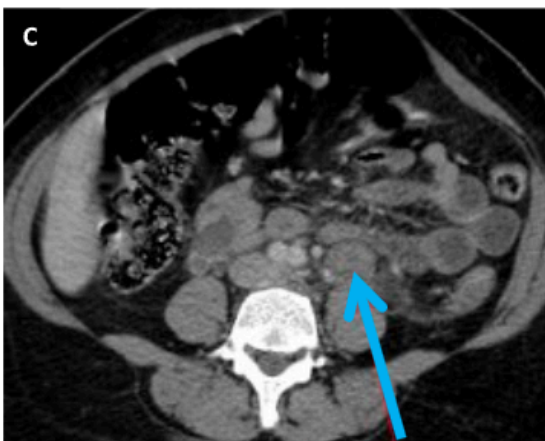
Doses reçues à l'embryon et au fœtus négligeables. Absence de risque d'hypothyroïdie néonatale.

Cas compagnon

Femme de 40 ans en post partum récent présentant une douleur fosse lombaire gauche fébrile et une toux avec dyspnée.



Oclusion de l'ensemble de la veine ovarienne gauche s'étendant à la veine rénale gauche.



Thrombose ovarienne gauche en coupe axiale. Néphromégalie gauche avec retard de

parenchymographie (opacification retardée du rein gauche en rapport avec la thrombose veineuse étendue) secondaire à l'occlusion veineuse.

Thrombose ovarienne gauche étendue à la veine rénale du post-partum

- Complication classique du post-partum avec mortalité importante évaluée à 5 %
- **Physiopathologie**
 - o Risque thrombotique accru en post-partum et contexte infectieux fréquent
- **Facteurs de risque**
 - o Grossesse (principal FdR) /Infection (principalement endométrite du post-partum) /Chirurgie récente (césarienne)
- **Clinique**
 - o Douleurs abdominales et lombaires du post-partum/Fièvre fréquente
- **TDM**
 - o Thrombose de veine ovarienne +/- étendue à la veine cave inférieure à droite
 - o +/- étendue à la veine rénale gauche à gauche
 - o +++ Fréquent à droite compte tenu de la latéro déviation droite de l'utérus durant la grossesse

Traitement :

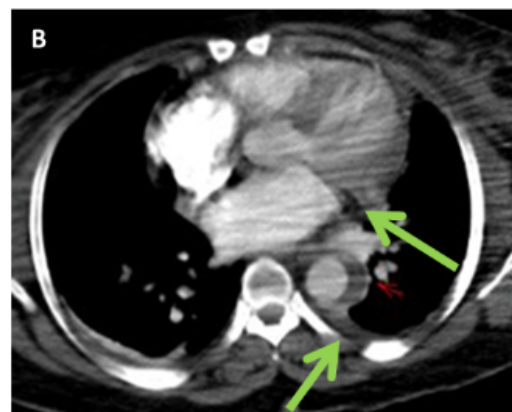
Anticoagulation et antibiothérapie (part de pyélophlébite très fréquente)

POINT CLE

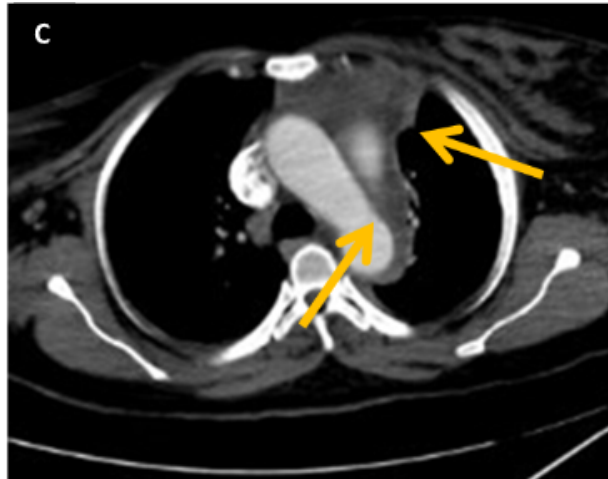
Complication rare mais classique du post partum. Traitement par anticoagulation et antibiothérapie. Diagnostic important car mortalité importante (5%).

Cas n°3

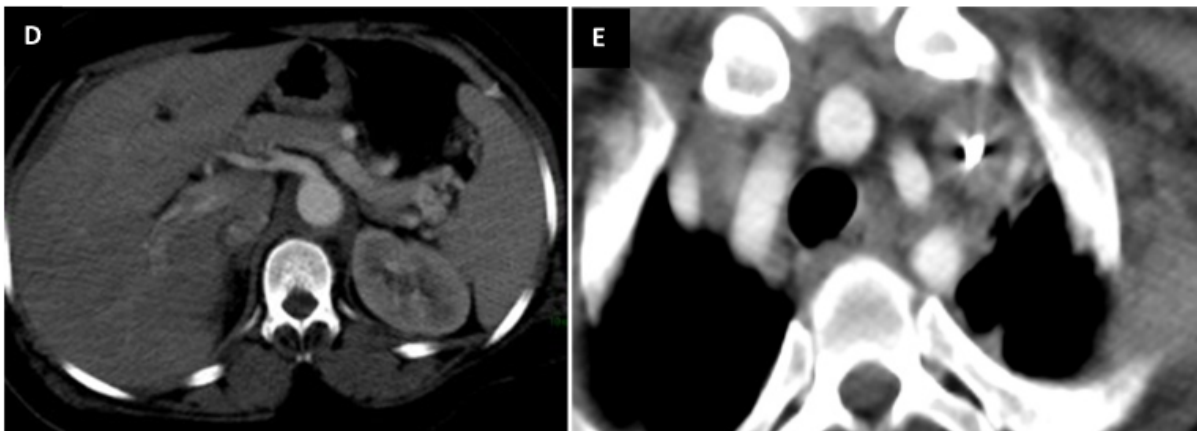
Patiente de 42 ans présentant une douleur thoracique brutale dans un contexte de post-partum à J2.



Hyperdensité spontanée à la portion latérale gauche de l'aorte thoracique descendante en rapport avec un hématome de paroi (image a). **Épaississement pariétal latéral gauche de l'aorte thoracique descendante** sans opacification pour un faux chenal perméable. Épanchement pleural gauche spontanément dense en rapport avec un hémithorax secondaire (image b).



Infiltration hématique médiastinale antéro supérieure et moyenne sans atteinte évidente de l'aorte thoracique ascendante (image c).



Absence d'extension de l'hématome pariétal au tronc supra-aortique, aux branches à destinée viscérale au niveau abdominopelvien (image d et e).

Dissection Aortique de type Stanford B

- Pathologie rare du post-partum
- **Physiopathologie**
 - o Issu de sang au sein de la paroi aortique (pas de faux chenal obligatoire). Hématome de paroi dans notre cas clinique.
- **Facteurs de risque principaux**
 - o Artériosclérose /Anomalies structurelles aortiques (Coarctation / Bicuspidie etc.) /Anomalie du tissu conjonctif (Marfan, Ehlers-Danlos, Loeys Dietz)

o Grossesse

→ **Clinique**

o Douleurs thoracique brutale /Choc cardiogénique possible si atteinte de l'aorte thoracique ascendante avec hémopéricarde entrainant un désamorçage cardiaque par compression des cavités droites /Choc hémodynamique si rupture complète de l'aorte /Atteintes secondaires liées à l'atteinte des branches de l'aorte (SCA, AVC, ischémie rénale/mésentérique etc.)

→ **TDM**

o Flap intimal

o Faux chenal/ Vrai chenal

o Hématome de paroi

o Dilatation de l'aorte

o +/- Hémopéricarde a retro si atteinte du segment I de l'aorte (risque vital+++)

o +/- Signes d'ischémies si atteintes de branches issues l'aorte

Traitement:

→ Contrôle tensionnel / bêta bloquant

→ Opération chirurgicale en urgence de type Bentall si atteinte du segment I

→ Possible traitement endovasculaire de seconde intention visant à faire communiquer vrai et faux chenal en cas d'ischémie secondaire d'organe



POINT CLE

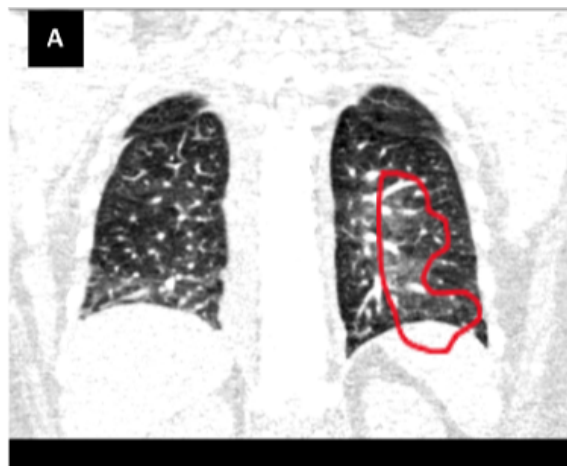
Scanner en urgence.

Importance de distinguer les dissections de type Stanford A/B pour la suite de la prise en charge (Chirurgie avec remplacement de l'aorte ascendante si atteinte).

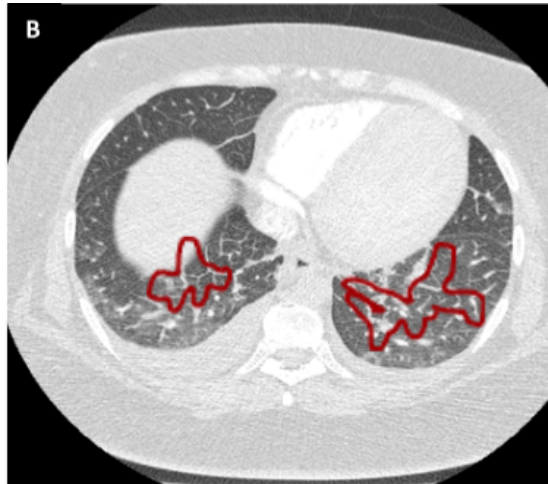
Intérêt de rechercher une HTA/pré-éclampsie dans le contexte.

Cas n°4

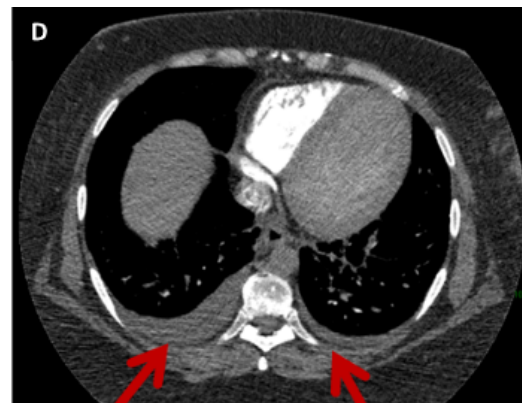
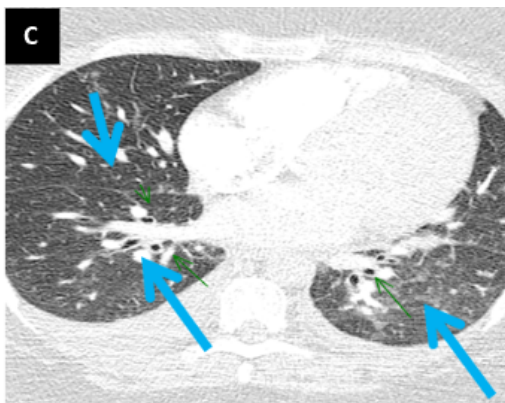
Patiente de 37 ans, J6 post-partum présentant une suspicion d'embolie pulmonaire dans un contexte de douleur thoracique et dyspnée. D-dimères positifs. Contexte de chirurgie récente avec césarienne. Score de Genève révisé simplifié : 2 (probabilité clinique intermédiaire).



Opacités en verre dépoli prédominant en péri hilaires bilatérales majoritairement (image a).



Réticulations interlobulaires bilatérales non nodulaire prédominant en postéro basal bilatéral (image b).



Syndrôme bronchique bilatéral prédominant en postéro-basal (image c).

Épanchement

pleural de faible abondance prédominant à droite (image d).

Œdème aigue pulmonaire du post-partum

→ Physiopathologie

- o Augmentation de la pression hydrostatique pulmonaire entraînant un œdème interstitiel et un comblement alvéolaire

→ **Étiologies**

- o Pré éclampsie /éclampsie
- o Tocolyse
- o Mycardiopathie du post-partum (Syndrome de Meadows)

→ **Clinique**

- o Dyspnée /orthopnée /expectoration mousseuse /aggravation nocturne

→ **TDM**

- o Comblement alvéolaire incomplet (opacités en verre dépoli) / complet (opacités alvéolaires) prédominant en péri-hilaire
- o Engorgement lymphatique avec : opacités linéaires interlobulaires (lignes septales non nodulaires) / épaissement des parois bronchiques (symptomatologie ressemblant à un « asthme ») / épanchement pleural

Traitement:

Traitement fonction de l'étiologie



POINT CLE

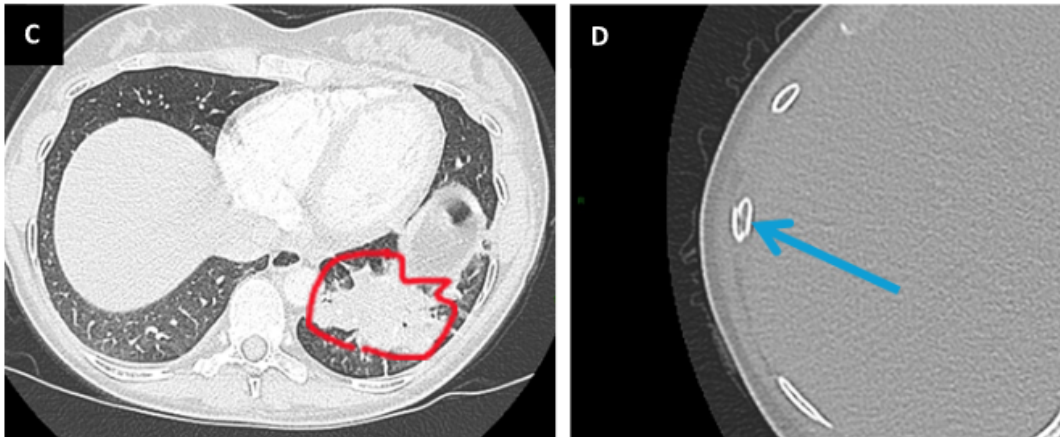
Recherche étiologique HTA/pré-éclampsie/tocolyse/remplissage/mycardiopathie du post partum.

Cas Bonus !



Pneumothorax droit de forte abondance en post-partum avec douleurs thoraciques et dyspnée à J4 de l'accouchement probablement en lien avec les efforts de poussée. Atélectasie complète du lobe inférieur droit. Absence de compression d'effet de masse sur les cavités cardiaques droites (image a et b).

Bronchopneumopathie chez une femme enceinte en fin de grossesse avec douleur en hypochondre droit (image c). **Fracture de côte inférieure droite** sur efforts de toux (image d).



Pour aller plus loin

- 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism, Stavros Konstantinides et Al. doi:10.1093/eurheartj/ehu283
- Chest Pain Syndromes in Pregnancy, Gagan Sahni doi:10.1016/j.ccl.2012.04.008
- Percutaneous treatment options for acute pulmonary embolism: a clinical consensus statement by the ESC Working Group on Pulmonary Circulation and Right Ventricular Function and the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions, Piotr Pruszczyk and Al. doi : 10.4244/EIJ-D-22-00246
- Epub 2020 Dec 21. Ovarian Vein Thrombosis: A Narrative Review Nicoletta Riva and Al. doi: 10.1055/a-1306-4327.
- Pathogenesis in Acute Aortic Syndromes: Aortic Dissection, Intramural Hematoma, and Penetrating Atherosclerotic Aortic Ulcer, Macura K and Al. doi:10.2214/ajr.181.2.1810309
- Clinical and Radiologic Features of Pulmonary Edema, Thomas Gluecker and Al. doi : 10.1148/radiographics.19.6.g99no211507

Dr BLYAU, Dr BERGEROT, Mme ARISTIZABAL et Mme SEUX

Vous voulez d'autres cas d'imagerie d'urgence ?
www.imaio.com/fr/e-cases ou 



Pour des rappels d'anatomie www.imaio.com/fr/e-anatomy

ON A LU, ON A VU

Parce qu'on est urgentiste, mais pas que ! On vous conseille un titre musical, un livre, un film, ... Une œuvre à nous partager ? —> contact@ajmu.fr

◆ Film ◆



Pour celles et ceux qui ne l'auraient pas encore vu, il est temps de replonger enfance avec Mufasa : Le roi lion
C'est à travers des flashback, que Rafiki raconte à la petite fille de Mufasa l'histoire de son grand-père depuis son enfance.

Maya

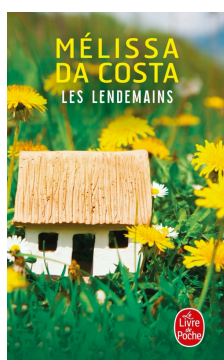
◆ Série ◆

Kyan Khojandi et Bruno Muschio reviennent nous faire découvrir Bref 2. Après le succès de la première saison sous un format inédit d'épisodes très courts, la saison 2 malgré son format plus long se dévore également à vive allure. Derrière les traits d'humour dispatchés un peu partout, se cachent des leçons de vie de plus en plus explicites au fil des épisodes.



Faustine

◆ Livre ◆



Amande décide de partir se reclure en Auvergne à la suite d'évènements tragiques. Alors que les heures sont sombres, la découverte de calendriers concernant le jardin de l'ancienne propriétaire va l'intriguer. C'est en essayant de rendre ce jardin de nouveau vivant qu'elle finit par elle-même réapprendre à vivre.

Faustine

RECETTES FACILES ET RAPIDES :

Pour débuter cette année, on vous propose une recette 100% végétal pour raviver vos papilles !

Sauté de riz gourmand Végétarien 🌱

Ingrédients : pour 2 personnes

- 180 g de riz thaï cuisson standard
- 1 boîte de maïs
- 2 petits oignons
- 2 oeufs
- Sauce soja
- Huile d'olive
- Poivre
- Paprika
- Curry
- Coriandre



Recette :

1. Faire revenir à la poêle un petit oignon coupé en lamelles dans de l'huile et un peu de sauce soja salée (qui ici remplace le sel)
2. Ajouter deux pincées de poivre et de paprika, et une cuillère à café de curry
3. Ajouter le maïs et mélanger à feu moyen
4. Ajouter le riz cuit et mélanger à feu moyen
5. Creuser une fosse au milieu et y déposer les œufs. Laisser cuire les oeufs à feu doux.
6. Parsemer de coriandre fraîche

Bonne dégustation !

Yasmine

ANNONCES : offres d'emploi

Retrouvez toutes nos annonces détaillées d'offre de poste et de remplacement sur notre site internet : <https://ajmu.fr/postes/>

◆ Le SAU de l'HEGP recrute dans l'hôpital le plus récent de l'APHP

- Temps plein ou partiel (20 à 100%) - possibilité de temps partagé au SAMU de Paris.
- 4 box de dé choc, 11 box circuit long, un circuit court, UHCD 20 lits
- Trauma center, SOS mains, SOS aorte
- les plus: planning choisi pour temps de travail jusqu'à 30%, taxi payé pour rentrer après demi-garde, temps additionnel au volontariat, planning équilibré et juste.

Pour en savoir plus: philippe.juvin@aphp.fr



Source: site APHP

◆ Le service médical des Terres Australes et Antarctiques Françaises recrute:



Une pratique médicale sur site isolé avec polyvalence unique : des soins allant de la médecine générale à la réanimation en passant par la médecine d'urgence, médecin de montagne.

Avec qui: les scientifiques, les agents qui s'assurent du bon fonctionnement de la base, la faune locale
Mission de 13 mois avec formation spécifique préalable de 3 à 5 mois

Plus d'informations sur:

<https://taaf.fr/recrutement/medecin-et-infirmier/>

◆ La polyclinique Saint-Privat à côté de Béziers recrute:

Plateau technique composé de 12 box d'urgence, un service d'imagerie et un laboratoire à proximité.
Présence de 2 médecins en journée et un médecin de nuit pour des vacations de 10 à 12 heures.

Contact: Nicolas.daude@stprivat.fr



<https://www.polyclinique-saintprivat.fr/etablissement-et-services/>

◆ **Poste de Médecin Urgentiste à l'Hôpital de Vienne (30min de Lyon):**



<https://www.ch-vienne.fr/services/urgences/index.html>

- Aux urgences en journée: 1 ligne de SMUR, 1 ligne de FC, 1 ligne UHCD, 1 ligne Urgences
 - Aux urgences de nuit: 1 ligne SMUR, 1 ligne SAU, 1 ligne 16h-00h (assuré par médecins des services de médecine)
 - Activité d'USIP: 2 médecins présents (urgentistes et réanimateurs) dont 1 ligne sénior et 1 ligne junior
- Contact : medical.recrutement@ch-vienne.fr

◆ **Poste de CDI aux urgences de la clinique Claude Bernard à Albi**



<https://www.centpourcent.com/>

- 9 box aux urgences
 - 5 UHCD, 12 box de déchocage
 - Réanimation polyvalente (10box), USIC (8box), UNV (4 box)
 - Entre 4 et 5 vacations de jour, 5 et 6 vacations de nuit par mois (12h/vacation)
- Contact: nathan.renier@elsan.care

◆ **Les urgences de Rambouillet (Yveline) recrute:**

- 1 ligne SMUR, 2 lignes de médecine, 1 ligne de traumatologie
 - 4 box de médecine, 2 box de traumatologie, 2 places de déchocage, UHCD de 12 lits
 - Immersion possible avec doublure, le service accueille également des docteurs juniors.
- Contact: y.sefi@ch-rambouillet.fr



<https://www.ch-rambouillet.fr>

Retrouvez toutes les offres d'emploi sur <https://ajmu.fr/postes/>

FILIERES DE SANTE MALADIES RARES

Vous êtes appelé.e en urgence dans une école maternelle. Un petit garçon de 4 ans a des difficultés respiratoires croissantes. Vous constatez qu'il est atteint d'un syndrome malformatif avec des pommettes plates, une rétrognathie et une limitation d'ouverture buccale. Vous anticipez de potentielles difficultés d'intubation si son état se dégrade. La directrice vous informe qu'il a un PAI pour un syndrome de Treacher-Collins. Que prévoir ? Qui contacter ?

A l'occasion de la journée internationale des maladies rares ([JIMR](#)), les filières de santé maladies rares et l'AJMU lance leur collaboration pour vous présenter la prise en charge des maladies rares dans les situations d'urgence. Au cours des prochains mois, les filières s'emploieront à vous présenter des cas concrets et permettre d'identifier les ressources disponibles pour améliorer le parcours de ces patients aux urgences.

QU'EST-CE QU'UNE MALADIE RARE ?

- Une maladie est dite rare lorsqu'elle atteint moins d'une personne sur 2000.
- 3 millions de personnes sont concernées en France.
- 7000 maladies rares sont identifiées à ce jour.
- 80 % sont d'origine génétique.
- 85 % de ces maladies ne disposent pas de traitement curatif.

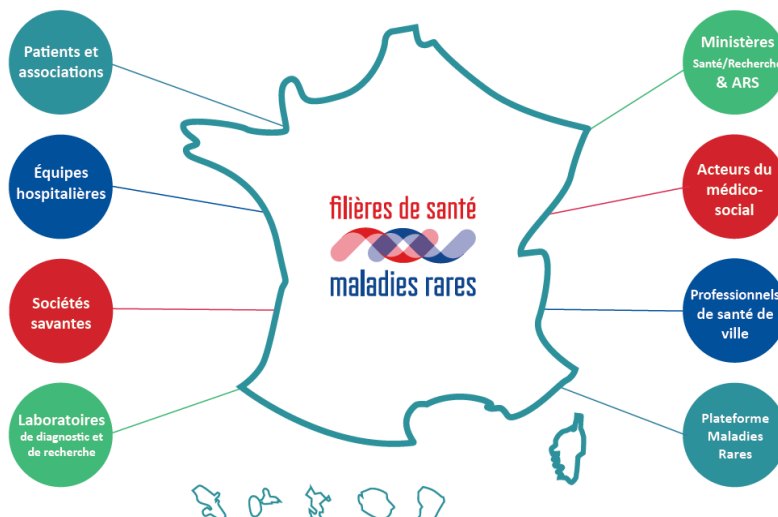


ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES RARES EN FRANCE

Dès les années 2000, la France a été la première à se doter d'un **Plan National Maladies Rares (PNMR)** et mobiliser l'ensemble des acteurs du domaine pour identifier les **centres** dits de **référence** et de **compétence**.

Les PNMR successifs ont visé à renforcer la qualité de la prise en charge des personnes malades la recherche sur les maladies rares et la coopération européenne et internationale.

Dès le 2^{ème} plan, **23 filières de santé maladies rares (FSMR)** ont été créées. Les filières labellisées par le Ministère de la santé ont pour vocation d'animer et de coordonner les actions entre les acteurs impliqués dans la prise en charge des maladies rares.



- Équipes hospitalières ;
- Laboratoires de diagnostic ;
- Équipes de recherche ;
- Associations de patients ;
- Partenaires comme les société savantes, fondations, etc.

Elles permettent de fédérer au niveau national les ressources et expertises dans le but de faciliter le parcours de soin, le diagnostic et la prise en charge des patients, de l'enfant à l'adulte. Elles coordonnent des réseaux de santé comportant plus de **2300 centres** de référence et de compétence adultes et pédiatriques sur l'ensemble du territoire. Les experts des centres de référence et de compétence ont créé diverses ressources à destination des premiers répondants, telles que les fiches urgences orphanet disponibles sur le portail [Orphanet](#), les cartes urgences et les protocoles nationaux de diagnostic et de soins (PNDS).



Maladies concernées :
 - Mésa-thalassémie majeure (anémie de Cooley)
 - Mésa-thalassémie intermédiaire
 - Hémo-globinose H

Définition :

Les thalassémies sont des **maladies génétiques** rares caractérisées par un déficit total ou partiel de synthèse des chaînes alpha ou bêta de l'hémoglobine (Hb).
 - La **bêta-thalassémie majeure** est à l'origine d'une anémie hypochrome microcytaire sévère par dysérythropoïèse et hémolyse hémolytique chronique. Elle se déclare le plus souvent entre les 6 et 24 mois de vie et va nécessiter des transfusions (TF) régulières toute la vie.
 - Dans la **bêta-thalassémie intermédiaire**, l'anémie moins profonde est diagnostiquée plus tardivement.
 - L'**hémo-globinose H** (alpha-thalassémie) se traduit par une anémie hémolytique chronique d'intensité modérée le plus souvent hypochrome, réticulocytaire, à corps de Heinz.

Orphanet Urgences est une collection destinée aux médecins urgentistes, soit de leur territoire (SAMU) ou dans les régions hospitalières. Ces recommandations sont élaborées dans le cadre de réseaux nationaux (ORFRA, le SAMU, le Service Urgences de Médecine Urgence) et de associations de médecins. Ces recommandations sont mises à disposition sur le portail Orphanet Urgences en tant que page de leur site Web à chaque situation sanitaire.



LES FICHES URGENCES ORPHANET

Ces recommandations sont spécifiques à la prise en charge aux urgences des patients atteints d'une maladie rare. Elles sont rédigées par les centres de référence maladies rares, en collaboration avec la

Société française de médecine d'urgence, l'Agence de biomédecine et les associations de patients. Il existe plus de 200 fiches urgences accessibles sur le portail [Orphanet](#). Les filières mettent également à votre disposition un [annuaire](#) regroupant ces fiches, classées par ordre alphabétique, accessibles par QR-codes.

LES CARTES D'URGENCE

Les [cartes d'urgence](#) portées par les patients, elles sont élaborées par les centres de référence maladies rares. Elles se présentent sous un format de carte vitale. Elles sont nominatives et contiennent les informations essentielles pour la prise en charge médicale d'urgence du malade à savoir :



- Les coordonnées des personnes à prévenir en priorité, du ou des médecins et du centre où le patient est suivi.
- Les recommandations principales pour la prise en charge de la pathologie en cas d'urgence, avec les indications et contre-indications.

PROTOCOLES NATIONAUX DE DIAGNOSTIC ET DE SOINS (PNDS)



Ce sont des référentiels de bonne pratique portant sur les maladies rares.

Destinés aux professionnels, les [PNDS](#) décrivent la prise en charge diagnostique et thérapeutique optimale et le parcours de soins d'un patient

Elaborés par les centres de référence et de compétence maladies rares, ils sont diffusés par la [HAS](#). Les filières les ont rassemblés et classés par ordre alphabétique au sein d'un [annuaire](#). Ils sont accessibles par QR-codes.

PATIENTS REMARQUABLES

Les patients rares peuvent également être déclarés « patient remarquable ». Les patients remarquables sont porteurs d'une maladie grave évoluée et évolutive, ou présentent des pathologies ou dysfonctionnements multiples et non curables.



Le signalement en tant que patient remarquable consiste à informer par une « fiche patient remarquable », le service de régulation des urgences (15) de la situation particulière d'un malade. Ce signalement permet de transmettre aux premiers réponders des informations utiles pour permettre une prise en charge appropriée : à l'état du patient, à ses souhaits (cf. [loi 2005-370](#) surnommée loi Léonetti du 22 avril 2005).

Les filières seront présentes lors du prochain congrès SFMU pour présenter ces outils et vous informer, n'hésitez pas à venir à notre rencontre sur le stand n°71.

PARTENAIRES

Tu trouveras plus d'informations sur notre site avec les avantages détaillés :
<https://ajmu.fr/partenaires/>



The logo for Mutuaide is a solid dark green square. The word "Mutuaide" is written in white, sans-serif font in the center of the square. A thin orange horizontal line is positioned below the text.

