

Étude descriptive de la population festive consultant aux urgences dans le cadre des fêtes patronales de Mont-de-Marsan en 2014

Kévin Nguyen

▶ **To cite this version:**

Kévin Nguyen. Étude descriptive de la population festive consultant aux urgences dans le cadre des fêtes patronales de Mont-de-Marsan en 2014. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01597690

HAL Id: dumas-01597690

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01597690

Submitted on 28 Sep 2017

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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017 N°120

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

QUALIFICATION MEDECINE GENERALE

Soutenue le 19/09/2017

NGUYEN Kévin

Né le 07.03.1986 à Pau (64)

Étude descriptive de la population festive consultant aux urgences dans le cadre des fêtes patronales de Mont-de-Marsan en 2014

Directeur de thèse :
Docteur Romain BLONDET

Membres du jury :

Professeur JOSEPH Jean-Philippe	Président du jury
Professeur associé CASTERA Philippe	Rapporteur
Professeur associé DURIEUX William	Jury
Docteur FOURCADE Sophie	Jury
Docteur BLONDET Romain	Jury

Remerciements :

A Monsieur le Président du jury,

A Monsieur le Professeur JOSEPH Jean-Philippe, Médecin généraliste, Professeur des Universités, Université de Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère et de mon profond respect.

Aux membres du jury,

A Monsieur le Docteur CASTERA Phillipe, Médecin généraliste, Professeur associé, Université de Bordeaux, Coordinateur médical de l'association addictologique AGIR33

Merci d'avoir accepté d'être mon rapporteur et membre du jury. Je vous remercie infiniment pour vos conseils et pour le temps accordé à relire et corriger ma thèse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur DURIEUX William, Médecin généraliste, Professeur associé, Université de Bordeaux.

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

A Madame le Docteur FOURCADE Sophie, Médecin urgentiste, Chef de service du SAU de l'hôpital de Mont-de-Marsan.

En plus des sincères remerciements pour avoir accepté d'être membre de mon jury, je retiendrai également tous les précieux conseils que vous avez pu me donner lorsque j'ai été votre interne.

A Monsieur le Docteur BLONDET Romain, Médecin urgentiste, Chef de service du SMUR de l'hôpital de Mont-de-Marsan.

Vous ayant côtoyé alors que je commençais mon internat et que vous finissiez le vôtre, puis lorsque vous avez été mon chef et enfin mon maître de thèse, je vous remercie tout d'abord de l'enseignement médical que vous avez pu m'apporter à tous ces stades de ma vie de médecin ; je garderai toujours de vous l'image d'une personne, certes joviale, mais surtout sérieuse et appliquée dans le travail. Merci de m'avoir proposé ce sujet. Merci de m'avoir dirigé de façon rigoureuse dans l'exercice de ma thèse. Merci pour tout le travail fourni en amont pour la réalisation de cette étude. Soyez assuré de ma plus grande reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur DARRIEUSSECQ Geneviève, Médecin dermatologue, ancienne maire de la ville de Mont-de-Marsan,

Merci d'avoir eu la gentillesse d'accepter de faire parti de mon jury, quand bien même cela n'aura duré que quelques semaines. Je vous souhaite le meilleur dans vos nouvelles fonctions.

Aux personnes qui m'ont aidé à la rédaction,
A ma compagne, Marie, sollicitée à de nombreuses reprises pour son avis sur ce travail de thèse. Merci de m'avoir soutenu durant ces années. Tu es mon inestimable partenaire et as fait basculé ma vie, 4 jours seulement après notre première rencontre. Tu fais de moi un homme meilleur chaque jour. Je t'en remercie et je t'aime.
A Anne-Lise, cousine par alliance, femme d'écrivain et correctrice de roman, pour avoir pris de temps de relire ce travail de thèse à la recherche de faute d'orthographe.
A Lam NGUYEN, grand-frère, dentiste aux États-Unis, parce que tu es plus efficace que « Google Translate » et pour ton aide dans la traduction de mon résumé en anglais.

Aux médecins et aux équipes soignantes qui ont participé à ma formation et à mon évolution de médecin avec une pensée particulière :

- à l'hôpital de Mont-de-Marsan qui m'a accueilli durant 2 semestres. Le service de cardiologie m'a aidé à grandir lors de mon premier stage d'interne et le service des Urgences m'a permis de m'affirmer lors de mon 4ème semestre.
  Un grand merci aux docteurs ROUGIER frère et sœur, BELHOMME, MOLDOVAN, BLONDET, FOURCADE, LIEGEOIS, BRUS, …
  Merci également à Loren, Rachel et Lucie qui ont contribué à ma formation.
- À l'hôpital de Périgueux qui m'a également accueilli durant 2 semestres et à son internat qui m'a permis de rencontrer ma moitié. Merci aux services de médecine interne et gynécologie ainsi que les services des urgences adultes et pédiatriques durant les très nombreuses gardes effectuées. Une pensée spéciale à Sophie, co-interne de 2ème semestre de gynéco-obs alors que j'étais sur la fin de mon internat ; merci de ta gentillesse et ta patience lorsque tu prenais le temps de me former à ta spécialité en lieu et place de nos chefs.
- Aux docteurs MOLIEXE et LABADIE MONNIER qui m'ont permis de voir deux facettes totalement différentes de la médecine générale.

A tous les médecins généralistes, pour leur travail quotidien et précieux auprès de la population et aux patients, qui contribuent à rendre le métier aussi varié qu'intéressant.

A ma famille

A mes parents qui m'ont toujours soutenu aussi bien financièrement que moralement dans ces longues études et qui m'ont fait devenir la personne que je suis aujourd'hui. Merci pour votre patience, votre amour et tous les sacrifices faits. Vous êtes les meilleurs parents du monde.

A mon frère Lam que je ne vois malheureusement que trop rarement. Merci une nouvelle fois pour ton coup de pouce.

A mon frère Nhi, également dentiste, merci d'avoir participé à faire de moi une meilleure personne et d'avoir aidé durant mes années d'études.

A ma sœur Marie-France, infirmière, d'avoir été là durant ma première année d'étude afin de m'aider à me familiariser avec la vie étudiante.

A ma belle famille, pour leur présence et leur soutien alors que je m'apprête à franchir une nouvelle étape de ma vie. Merci Jeannine, Eric, Amaury, Anne-Sophie, Sandra, Teddy.

A mes amis :

- Une pensée à différentes personnes que j'ai pu côtoyé durant mes premières années de médecine et qui auront eu plus ou moins de chance sur le concours de la première année : Thibault, Antoine, Pierre, Geoffrey, Laure, Marion, Pierre-Jean, Axelle,...
- Une pensée aux nombreuses heures passées à la bibliothèque avec les personnes avec qui j'ai passé mes années d'externat : Soufiane, Anthony, Karim, Nathalie,...
- A mon estimée amie Lætitia, merci d'avoir été là du début à la fin de notre internat : de notre première rencontre durant nos premiers cours de DES à Mont-de-Marsan, en passant par notre co-internat durant notre stage au CHU et enfin nos années folles à Périgueux.
- A toutes mes belles rencontres durant ces années d'internat dont une bonne partie se sont faites à Périgueux : Flavien, Talal, Antoine P., Cédric, Antoine D., Elsa, Els(ss)a, Alexia, Andrée-Anne, Anne-Laure, Sylvestre, …. Vous m'avez tous à votre manière « régalé » durant toutes ces années qui resteront très chères à mes yeux.

A Jean Pierre GOMER pour la patience dont tu as pu faire preuve. Je vais enfin pouvoir reprendre ton flambeau.

A ma passion pour la danse latine qui a probablement ralenti ce travail de thèse mais qui me rappelle qu'il y a une vie après le travail ; merci à toi Marie L. d'en être la digne représentante en ce jour si spécial.

Table des matières

REMERCIEMENTS :….....2-5
LISTE DES IMAGES :.....8
LISTE DES TABLEAUX :.....8
LISTE DES FIGURES :.....8-9
LISTE DES ABREVIATIONS :.....10

1.INTRODUCTION 11
1.1. Mont-de-Marsan et ses fêtes.....12
1.1.1. Rappel démographique.....12
1.1.2. Les fêtes patronales de la Madeleine.....13

1.2. La Madeleine, un grand rassemblement.....17
1.2.1. Généralités.....17
1.2.2. Les pathologies inhérentes aux grands rassemblements.....18
1.2.3. Les risques de l'intoxication éthylique aiguë.....20

1.3. Les urgences et l'organisation des secours pendant les fêtes.....23
1.3.1. Concepts de la médecine d'urgence.....23
1.3.2. Le SAU de l'hôpital Layné.....25
1.3.3. L'organisation des secours pendant les fêtes.....27
1.3.4. Analyse comparative de l'organisation des secours avec les férias de Bayonne 2010.....28

1.4. Question de recherche, hypothèse et objectifs.....29

2. MATERIELS et METHODES ….....31
2.1. Type d'étude.....31
2.2. Population de l'étude.....31
2.3. Données recueillies ….....31
2.4. Critères de jugement.....33
2.5. Saisie et traitement des données.....33
2.6. Mesures éthiques et réglementaires.....34

3. RESULTATS.....35

3.1. Population de l'étude.....35

3.2 . Établissement du profil du festayre.....36

3.2.1. Sexe....36
3.2.2. Âge....36
3.2.3 Origine....37
3.2.4. Mode d'arrivée aux urgences....38

3.3. Établissement du profil de la pathologie du festayre....39
3.3.1. Motif de consultation....39
3.3.2. Recours au plateau technique....41
3.3.3. État de conscience....42
3.3.4. Hospitalisations....45
3.3.5. Chirurgie....48
3.3.6. Prise en charge ambulatoire....50
3.3.7. Refus de prise en charge....51
3.3.8. Festayre non arrivé en ambulance....53

3.4. Impact sur le services des urgences....54
3.4.1. Horaire de consultation / Fréquentation horaire....54
3.4.2. Filières de soins....56
3.4.3. Délai avant prise en charge et temps de prise en charge au SAU....57
3.4.4. Hospitalisation aux urgences dite « ZPU »....60

4. DISCUSSION....62

4.1. Principaux résultats....62
4.2. Biais et limites de l'étude....64
4.3. Forces de l'étude....65
4.4. Discussion générales et perspectives....66
4.4.1. Comparaison des résultats à la littérature externe....66
4.4.2. La Madeleine, une organisation à revoir à moyen terme....66

5. CONCLUSION....73

6. REFERENCES....75

7. ANNEXES....81

8. SERMENT MEDICAL....87

Liste des images

Image 1 : Situation géographique de Mont-de-Marsan.....15
Image 2 : la place Saint-Roch au 18ème siècle.....16
Image 3 : Les arènes du Plumaçon.....17
Image 4 : Foulard et blason aux couleurs des fêtes.....17
Image 5 : la remise des clés synonyme de début des fêtes.....18

Liste des tableaux

Tableau I : Délai d'attente.....57

Tableau II : Temps de prise en charge.....58

Tableau III : Analyse comparative des délais et temps de prise en charge.....59

Liste des figures

Figure 1 : Proportion « festayres »/population générale.....35
Figure 2 : Sexe.....36
Figure 3 : Pyramide des âges..... 36
Figure 4 : Age - Proportion selon tranche d'âge.....37
Figure 5 : Origine selon les jours.....37
Figure 6 : Mode d'arrivée des patients.....38
Figure 7 : Mode d'arrivée selon le jour.....38
Figure 8 : Motif de consultation.....39
Figure 9 : Motif selon le jour.....40
Figure 10 : Motif selon le sexe.....40
Figure 11 : Recours au plateau technique.....41
Figure 12 : Plateau technique selon le jour.....41
Figure 13 : Analyse imagerie.....42
Figure 14 : État de conscience.....43
Figure 15 : Troubles de la conscience selon le jour.....43
Figure 16 : Analyse troubles de la conscience.....44
Figure 17 : Troubles de la conscience, natrémie et alcoolémie.....45

Figure 18 : Hospitalisation.....45
Figure 19 : Proportion d'hospitalisation selon le jour.....46
Figure 20 : Hospitalisation - Sexe, origine, mode et heure d'arrivée, âge.....46
Figure 21 : Hospitalisation – Motif.....47
Figure 22 : Hospitalisation - Plateau technique.....47

Figure 23 : Chirurgie - Sexe, origine, mode et horaire d'arrivée, type de fracture.....48
Figure 24 : Chirurgie – Âge.....48

Figure 25 : Chirurgie – Contexte.....49

Figure 26 : Ambulatoire - Sexe, origine, mode et horaire d'arrivée.....50
Figure 27 : Ambulatoire - Affluence selon le jour.....50
Figure 28 : Ambulatoire – Âge.....50
Figure 29 : Ambulatoire – Motif.....51
Figure 30 : Ambulatoire - Plateau technique.....51
Figure 31 : Ambulatoire - Temps d'attente et de prise en charge.....51

Figure 32 : Refus de prise en charge – Sexe/âge/origine/arrivée/motif.....52
Figure 33 : Refus de prise en charge - Selon jour.....52
Figure 34 : Type de refus de prise en charge.....53
Figure 35 : Festayre non arrivé en ambulance – Profil.....53
Figure 36 : Festayre non arrivé en ambulance – Plateau technique.....54

Figure 37 : Horaire de consultation.....54
Figure 38 : Fréquentation horaire selon le jour.....55
Figure 39 : Filières de soins.....56
Figure 40 : Filières de soins selon le jour.....56
Figure 41 : Délai d'attente.....57
Figure 42 : Temps de prise en charge.....58
Figure 43 : Analyse festayre ZPU.....60
Figure 44 : Orientation des hospitalisations selon le jour.....61

Liste des abréviations

ADPC : Association Départementale de Protection Civile
CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CH : Centre Hospitalier
CODIS : Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours
CNH : Certificat de Non-Hospitalisation
CPP : Comité de Protection des Personnes
DPM : Dispositif Préventif Médical
DPS : Dispositif Prévisionnel de Secours
DPSS : Dispositif Prévisionnel de Secours/Santé
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
IDE : Infirmière Diplômée d'État
IEA : Intoxication Éthylique Aiguë
IOA : Infirmière Organisatrice de l'Accueil
FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé
MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation
NIAAA : National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
PAO : Poste d'Accueil et d'Orientation
PC : Poste de Commandement
PMA : Poste Médical Avancé
PSP : Poste de Secours Principal
SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales
SDIS : Service d'Incendie et de Secours
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes
ZPU : Zone Post-Urgence

1/ Introduction

Tout au long de l'année, et notamment durant la période estivale, le département des Landes est le théâtre d'un bon nombre de rassemblements de population à l'occasion de fêtes taurines, appelées « férias », se déroulant généralement sur plusieurs jours.

Avec une fréquentation variable, pouvant aller de centaines à centaines de milliers de personnes, ces événements, considérés comme « grands rassemblements », nécessitent un dispositif spécifique de secours et d'encadrement sanitaire.

De mars à décembre, on dénombre 346 férias en 2014, 361 férias en 2017(1), dont les fêtes patronales de Mont-de-Marsan, plus connues sous le nom de « fêtes de la Madeleine » faisant parties des plus importantes dans le département, avec les fêtes de Dax.

Victime de son succès, Mont-de-Marsan accueille une population toujours plus nombreuse au fil des années, à l'origine d'une activité accrue des Services d'Accueil et d'Urgence (SAU) environnants, dont le principal est le SAU hospitalier de Layné, et ce malgré la mise en place d'un dispositif de secours.

A ce jour, il n'existe aucun travail antérieur spécifique aux consultations des fêtards des férias, appelés communément « festayres », malgré le caractère fréquent et fréquenté de ces grands rassemblements. On note cependant que les urgentistes du centre hospitalier de Layné s'accordent à dire que « *la majorité de ces consultations relèverait probablement de soins ambulatoires* » ; la majorité de la population générale avec qui j'ai évoqué ce travail de thèse n'y voit que de *« probables cas de coma éthylique »*...

Qu'en est-il vraiment ? Le festayre consultant au SAU nécessite-t-il réellement une prise en charge hospitalière ou relève-t-il plus de soins ambulatoires ?

L'objectif de l'étude est donc de caractériser la population festive consultant au SAU hospitalier de Layné pendant les fêtes patronales de Mont-de-Marsan via une étude épidémiologique observationnelle descriptive rétrospective sur l'année 2014. Cela permettra ainsi :
- d'établir le profil du festayre consultant aux urgences ainsi que le profil de sa pathologie.

- de discuter de l'impact sur le service des urgences de cette surcharge d'activité.
- de vérifier l'hypothèse selon laquelle « l*a majorité des « festayres » consultant aux urgences relèverait de soins ambulatoires* » amenant une réflexion sur le développement d'une offre de soins ambulatoires supplémentaire dans ce contexte.

PREAMBULE

Dans un contexte de grands rassemblements festifs, fréquents et fréquentés, prenant leur origine dans le XVIIème siècle, cette thèse va nous permettre de caractériser de manière claire le profil de la population festive se présentant dans les SAU hospitaliers et de sa pathologie. Il convient au préalable de faire le point sur les connaissances scientifiques ou sociales établies sur le sujet.

Le thème central de cette thèse est les fêtes patronales de Mont-de-Marsan. Il semble ainsi naturel, dans un premier temps, de vous situer très brièvement la ville de Mont-de-Marsan géographiquement et démographiquement puis de vous expliquer l'histoire, l'historique, les principes et le déroulement de ces festivités afin de bien comprendre la nature de ce grand rassemblement.

Événement très apprécié, les fêtes de la Madeleine font partie des grands rassemblements majeurs du département des Landes. En 2014, aucun travail approfondi n'ayant encore été fait sur les consultations aux urgences de festayres et notamment sur leur motif, nous allons dans un deuxième temps essayer de lister les pathologies potentielles passant en revue la littérature médicale des pathologies inhérentes aux grands rassemblements ; de par leur nature festive alcoolisée, nous nous attarderons spécifiquement sur l'intoxication éthylique aiguë et ses complications.

Enfin, la dernière partie traitera de l'organisation du SAU de Layné, ainsi que des principes du dispositif de secours lors des fêtes de la Madeleine, dispositif sur lequel un bref comparatif sera fait avec un grand rassemblement plus important : les fêtes de Bayonne.

1.1. Mont-de-Marsan et ses fêtes (2-5)

1.1.1. Rappel démographique

Fondée au XIIème siècle par Pierre de Lobaner, vicomte du Marsan, du Tursan et du Gabardan, Mont-de-Marsan, commune du sud-ouest de la France, devient en 1790 la préfecture des Landes,

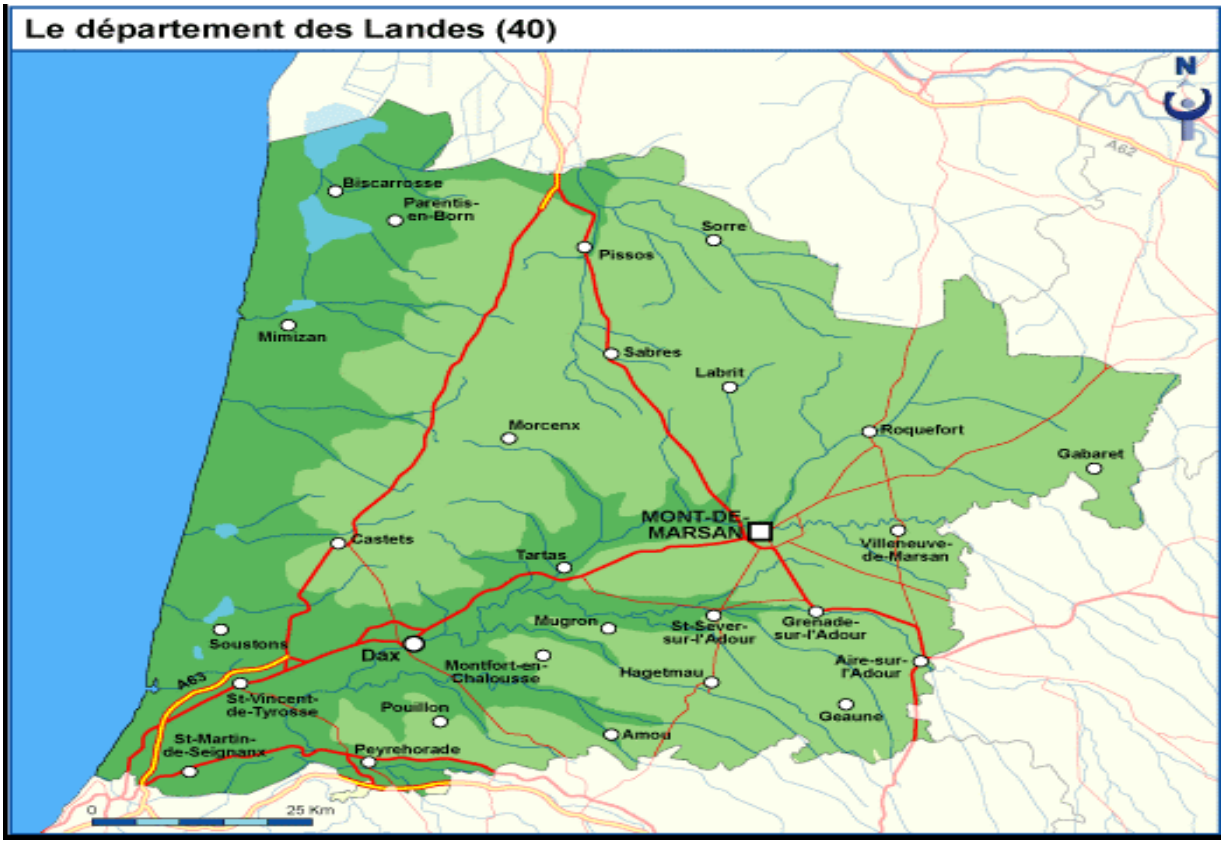
l'un des cinq départements qui forment la région Aquitaine.

D'une superficie de 36,9 km2, elle est la ville principale du Pays du Marsan. Surnommée « ville aux trois rivières », elle s'établit aux confluents (ou à la confluence) de deux rivières: le Midou et la Douze, qui se rejoignent en plein centre-ville pour en former une troisième : la Midouze, principal affluent de l'Adour.

Au dernier recensement de 2014 (6), la commune comptait 31 009 habitants, appelés *Montois*. Mont-de-Marsan est aussi à la tête d'une agglomération qui compte 18 communes rassemblant 54 087 habitants (7). L'aire urbaine de la ville regroupe quant à elle 47 communes pour un total de 70 752 habitants comptabilisés en 2014 (8).

Image 1 : Situation géographique de Mont-de-Marsan

Source : Canal Monde. Le département des Landes



1.1.2. Les Fêtes patronales de la Madeleine

Plus gros événement organisé par la ville, elles constituent celui auquel les Montois sont sans doute le plus attachés. La renommée de ces fêtes est telle que la foule des participants devient au fil des ans de plus en plus importante. En 1998, le nombre de participants était estimé à 250 000 personnes

(9) ; entre 500 000 et 650 000 personnes ont pris part aux festivités 2014 (10).

Comme leur nom l'indique, elles sont placées sous le patronage de Sainte Marie-Madeleine, dont la fête a lieu le 22 juillet. Elles prennent leurs origines au XVIIème après un document officiel de 1636 adressé au Gouverneur de Guyenne indiquant l'importance " *de solenniser la fête de Sainte Marie-Madeleine patronne de ladite ville et même de faire des courses de taureaux par privilège de sa Majesté*". A cette époque, les lâchers de taureaux dans les rues de la cité étaient pratiques courantes ; la place Saint-Roch, entourée de charrettes et de sommaires barrières, accueillait alors les premières "arènes" de la cité. Devant l'affluence des spectateurs, la municipalité dût intervenir pour imposer des normes. Vers la fin du 18ème siècle, elle installa un amphithéâtre en bois puis de nouvelles arènes en 1852.

Image 2 : la place Saint-Roch au 19ème siècle

Source: patrimoine course landaise. 23/02/2016



La place Saint-Roch fut le haut lieu de la tauromachie à Mont-de-Marsan jusqu'au 19 juillet 1878, veille des fêtes de la Madeleine où les arènes ont été la proie des flammes. De là, mûrit l'idée d'une construction en dur, moins vulnérable… C'est ainsi que furent bâties les arènes du Plumaçon, entre 1880 et 1889, puis rénovées en 1933.

Image 3 : Les arènes du Plumaçon.

Source : Julien Daniel. Arènes du Plumaçon à Mont-de-Marsan. 25/06/2011



Depuis leurs origines, les fêtes de la Madeleine n'ont connu que deux interruptions correspondant à la période des guerres mondiales (9).

Elles commençaient traditionnellement la veille du samedi le plus proche du 14 juillet à condition que le 14 juillet ne soit pas un samedi, et se terminaient le jeudi soir suivant. Depuis 2012, les fêtes commencent le premier mercredi après le 14 juillet et se finissent le dimanche.

Au début des années 2000, Mont-de-Marsan opte pour une tenue en bleu et blanc, rappelant les couleurs de son blason et la démarquant ainsi des autres cités gasconnes et basques, qui préfèrent le rouge et blanc, copiés des fêtes de San Fermin à Pampelune.

Image 4 : Foulard et blason aux couleurs des fêtes.

Source : A.H., journal France 3 région, édition du 17/07/2013



Chaque année, les fêtes de Mont-de-Marsan ne débutent officiellement qu'après la *symbolique remise des clés* par le maire et le conseil municipal aux jeunes de la ville, le mercredi à 12h, bien

que certaines festivités aient déjà eu lieu tels que le premier spectacle de tauromachie la veille en nocturne ainsi qu'une course pédestre *« les 10 kilomètres du Moun en fête »* le mercredi matin.

Image 5 : la remise des clés, synonyme de début des fêtes

Source : journal le Sud-Ouest. Edition du 17/07/2013



Afin de rappeler les origines religieuses de ces fêtes, une messe a traditionnellement lieu le premier jour à l'*église de la Madeleine* dont la statue est portée en procession de l'église jusqu'à la chapelle des arènes de Plumaçon.

Le programme des festivités est varié, aussi bien diurne que nocturne (de 9h à 4h du matin), et convie petits et grands.

Durant la journée, les activités se déroulent aussi bien :

- dans la rue, avec musique festive autour de bars en plein air, les « bodegas » d'associations où les festayres, jeunes et moins jeunes, sont invités à prendre part à des activités ludiques (danse, concerts, concours sportifs, fête foraine), à se réunir autour d'un repas ou d'une consommation, à admirer la *« grande cavalcade »*, défilé de chars ou le feu d'artifice de clôture. L'animation est assurée par les « bandas », fanfares ambulantes jouant des airs folkloriques du Sud-Ouest ou d'ailleurs.
- qu'à l'espace des arènes avec spectacles de tauromachie journaliers, encierro (lâcher de taureau dans un espace confiné), initiation de jeux taurins pour enfants, présentation de l'école taurine, exposition taurine TOREART.

Durant la nuit, une multitude de concerts a lieu dans chaque recoin d'une ville. L'alcool coule à flot, les excès ne sont pas rares amenant leur lot de complications...

1.2. La madeleine, un grand rassemblement

Si l'esprit de la fête est toujours présent, il ne doit pas occulter les nombreux problèmes qu'engendrent ce type de grand rassemblement, dont les caractéristiques (surdensité de la population et consommation d'alcool) font de ces fêtes des manifestations à haut risque tant au niveau de la sécurité qu'au niveau médical.

1.2.1. Généralités

La définition d'un grand rassemblement définie en 2008 a été récemment modifiée en 2015 (11–13): alors qu'auparavant on faisait attention au nombre de participants (>1000), il s'agit maintenant d'un *« rassemblement de personnes à un endroit précis, dans un but précis, sur une période de temps définie qui impose de la part des organisateurs une évaluation des risques et la mise en place d'un dispositif de sécurité et une organisation de soins spécifique ».*

Selon la circulaire du 20 avril 1988, en dehors de rassemblements faisant l'objet d'une réglementation spécifique (meeting aériens, courses automobiles), il n'existe pas de disposition définissant avec précision les règles minimales d'organisation et de suivi d'un grand rassemblement. (14)

L'évaluation des risques lors d'un grand rassemblement tient normalement en 4 questions (13):

1. Quels sont les **problèmes de santé préexistants** dans le pays/région/ville hôte?
2. En cas d'événement international, quels pourraient être les **problèmes de santé importés** ?
3. Quels pourraient être les **problèmes de santé exportés** au décours du grand rassemblement ?
4. Y a t-il un **risque particulier de terrorisme** ?

L'organisateur est tenu de prendre toute mesure nécessaire pour garantir la sécurité du public et des participants. Il doit en particulier :

- mettre en place un ou plusieurs DPS (**Dispositif Prévisionnel de Secours** = Poste de secours) dont les objectifs seront (11) :

- un accès rapide à des premiers soins et le traitement des pathologies mineures permettant de limiter l'augmentation d'activités au sein des hôpitaux locaux

- un triage efficace des patients avec transport vers structure hospitalière adaptée si besoin
- mais également la gestion d'éventuelles crises

- faire une déclaration à la préfecture concernée deux mois avant la date de l'événement lorsque le nombre de personnes attendues dépasse 1500 personnes.

Dès lors qu'un dispositif prévisionnel de secours est mis en place, un Dispositif Préventif Médical (DPM) doit aussi être mis en place ; il est articulé avec le DPS pour créer un Dispositif Prévisionnel de Secours/Santé (DPSS). (15)

La médicalisation de la manifestation est organisée soit par le Samu-Centre 15 territorialement compétent, soit par des organisations sanitaires qui se sont spécialisées dans ce type d'activité, soit parfois par des médecins « isolés », contactés directement par l'organisateur.
L'établissement de santé titulaire de l'autorisation prévue à l'article R.6123-1 du code de santé publique (16) participe, en fonction de ses moyens, aux travaux d'élaboration et à la mise en œuvre des plans d'organisation des secours.

Tout rassemblement de population peut être à l'origine d'une **augmentation des risques sanitaires** notamment du fait (17) :
- de la concentration d'un grand nombre de personnes dans un même lieu dans le même temps, ce qui favorise par exemple la diffusion de maladies à potentiel épidémique, l'augmentation du nombre de traumatismes (mouvements de foule…).
- d'une saturation des structures de soins.
- de la mise en place de structures temporaires d'accueil/de restauration collective avec parfois des conditions d'hygiène précaires.
- d'un plus grand nombre de personnes exposées à des agressions environnementales (chaleur/froid,
- des maladies d'importation en provenance de pays où ces pathologies sont endémiques pollution atmosphérique…)..
- de la mobilité de la population concernée qui peut rendre difficile la mise en œuvre de mesures de prévention/contrôle au sein de cette population.
- d'actions malveillantes, notamment d'actes terroristes.

1.2.2. Les pathologies inhérentes aux grands rassemblements

Les grands rassemblements sont plus dangereux qu'il n'y paraît: on constate une incidence

supérieure de blessures ou maladies à celle de la population générale, et ce, bien que les participants soient généralement en « bonne santé ». (13)

Après revue bibliographique de la littérature scientifique concernant les pathologies inhérentes aux grands rassemblements de personnes, des pathologies à surveiller ont été établies et réparties en quatre catégories (17):

1/ Les pathologies liées à la densité de la population :

- C'est le cas pour les **maladies infectieuses** en général, notamment les pathologies respiratoires. En effet, des épidémies de grippe ont déjà été décrites à l'occasion de Journées Mondiales de la Jeunesse en Australie en 2008. (18)
- Nombre important de **blessures** (accidentelles et résultantes de rixes) par rapport aux autres pathologies.
- Enfin, les **pathologies cardiaques**, pouvant être favorisées par la chaleur et le confinement, sont généralement les pathologies chroniques les plus observées pendant un grand rassemblement.

2/ Les pathologies liées à l'environnement avec :

- **Les conditions climatiques** : compte tenu de la période estivale de la manifestation (deuxième moitié de juillet), le nombre de **pathologies liées à la chaleur** (notamment déshydratations, coups de chaleur, malaises, insolations, coups de soleil) sont accrues. D'autres pathologies infectieuses environnementales telles que la légionellose ou la leptospirose (19) ont également été décrites dans certains grands rassemblements
- **Le lieu ou la disposition du grand rassemblement**

3/ Les pathologies liées à l'offre de restauration :

Malgré les progrès de l'hygiène alimentaire et les contrôles effectués dans les restaurations ambulantes, des flambées de maladies gastro-intestinales (virales mais également shigellose multi-résistante (20, 21), salmonellose, etc.) ont déjà été décrites dans des rassemblements de personnes.

4/ Les pathologies liées au type de population :

Certains types de manifestations concentrent un public spécifique, générateur de pathologies particulières : rixes entre supporters, pathologies toxiques (alcool, stupéfiants…), malaises de

«fans »…

L'OMS a établi un tableau (13) concernant les caractéristiques de grands rassemblements et les problématiques habituellement retrouvées ; dans le contexte des fêtes de la Madeleine, on note qu'il s'agit d'un événement (annexe 1):

-culturel estival de grande densité entraînant :

- risque d'alcoolisation/usage de stupéfiants
- infection sexuellement transmissible
- déshydratation, hypo/hyperthermie, coup de chaleur

-avec **mouvement de foule/station debout** majorant risque de traumatisme, fatigue, écrasement.

-d'une **durée comprise entre un jour et une semaine, annuel et répétitif** avec risque de préparation insuffisante du système de soins et confiance excessive dans les plans de soins précédents.

-comprenant **vente d'alcool** : traumatisme, intoxication éthylique aiguë, conduite en état d'ivresse, agression/violence, vandalisme.

-et **moyens d'alimentation multiples** : intoxication alimentaire.

1.2.3. Les risques de l'intoxication éthylique aigue (IEA)

Du fait du caractère festif et alcoolisé des fêtes de la Madeleine, il nous semblait important de nous attarder sur les risques de l'intoxication éthylique aiguë.

Un mode de consommation particulier répandu et partagé par une bonne partie des festayres (et notamment des plus jeunes) est le ***« binge drinking »*** (22), soit « biture express », correspondant à la recherche d'une ivresse aiguë la plus rapide possible. S'étant étendu à partir des pays anglo-saxons depuis les années 90, il est à l'origine d'une évolution des modes d'alcoolisation avec passage d'une consommation régulière et quotidienne à une exposition plus ponctuelle mais massive et concerne actuellement plus de 50 % des jeunes de 17 ans en France.

La définition par le NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) correspond à un « *type de consommation qui amène la concentration sanguine d'alcool à 0,80 g/L pendant une période de 2 heures ou moins* (pour un adulte standard, cela correspond à 5 verres pour un homme et 4 verres pour une femme) »

La cinétique clinique de l'IEA, dans sa forme non compliquée, évolue en 3 phases (12) :

- 1/L'excitation psycho-motrice : apparition d'une euphorie avec diminution de l'inhibition, du jugement, de l'attention et du contrôle

- 2/ L'incoordination motrice associée à une désorientation et un début de confusion mentale. Les états émotionnels sont exacerbés, les perceptions sensorielles modifiées et le seuil de tolérance de la douleur augmenté. A ce stade, la démarche est ébrieuse voire impossible.

- 3/ Les troubles de la vigilance : troubles de la conscience pouvant aller de la somnolence au coma profond sans signe de focalisation neurologique.

En présence d'une IEA, il est impératif de reconnaître sa gravité pouvant être liée à :
- l'intoxication elle-même.
- à un état pathologique associé (traumatisme crânien, intoxication associée, infection).
- aux différentes complications possibles:

- **Coma éthylique** hypotonique, sans signe de localisation. Les pupilles sont classiquement dilatées en mydriase, parfois peu réactives. Spontanément régressif, le coma ne serait guère dangereux s'il n'induisait pas un risque de détresse respiratoire. Deux mécanismes sont en cause :
- une inhalation de liquide gastrique
- une obstruction du massif pharyngé et chute de la langue

Il faut toujours rechercher une autre cause au coma : hypoglycémie, traumatisme crânien, hémorragie méningée, hématome sous dural.

- **Inhalation de liquide gastrique,** principal risque du coma éthylique et d'autant plus grand que l'IEA favorise les vomissements. L'inhalation est liée à l'hyporéflexie pharyngo-laryngée et trachéale générée par le coma. Deux tableaux cliniques peuvent survenir :
- détresse respiratoire aiguë pouvant entraîner arrêt respiratoire et décès en cas de coma profond et de patient sur le dos
- pneumopathie d'inhalation

- **Hépatite alcoolique aiguë,** mortelle dans 25% des cas par insuffisance hépatique grave.

- **Convulsions** fréquentes chez l'éthylique chronique et exceptionnelles chez les consommateurs occasionnels.

- **Hypothermie** qui est fréquente au cours des IEA. Elle reste modérée (>35°c) et de courte durée chez l'éthylique occasionnel et peut être plus sévère (<32°c) chez l'éthylique chronique.

- **Rhabdomyolyse** qui est fréquente au cours de l'IEA, par toxicité directe de l'éthanol et favorisée par la position couchée sur sol dur.

- **Accident vasculaire cérébral ischémique**

- **Hypoglycémie** plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, elle n'est pas corrélée avec la dose d'éthanol ingérée. Le mécanisme en jeu correspondrait à l'inhibition de la néoglucogénèse hépatique. L'hypoglycémie peut également survenir en situation de « post-ivresse » et justifie sa recherche systématique dans tous les cas d'IEA.

- **Risques cardio-circulatoires.** Une consommation aiguë d'éthanol provoque une diminution de la contractilité du myocarde et engendre une vasodilatation périphérique et une baisse modérée de la pression sanguine compensée par une augmentation de la fréquence cardiaque. Ces effets, classiquement sans répercussion clinique chez une personne sans pathologie cardiologique, peuvent être symptomatiques chez le patient cardiaque.
Des allongements des espaces PR et QTc à l'électrocardiogramme sont également possibles et peuvent se compliquer en arythmie auriculaire, ventriculaire ou tachycardie paroxystique même chez un patient indemne de toute pathologie cardiaque, syndrome appelé « *holiday heart* »

- **Troubles hydroélectrolytiques.** Différents troubles peuvent être retrouvés :
  - ➔ une hypernatrémie modérée, en rapport avec une déshydratation hyperosmolaire mais également une hyponatrémie vraie (intoxication à la bière).
  - ➔ une hyperchlorémie
  - ➔ une hypokaliémie
  - ➔ augmentation du taux de lactates
  - ➔ acidocétose par lipolyse du jeun à l'origine de production de corps cétoniques.

- **Intoxication associée.** La recherche d'une sensation de « défonce » conduit de plus en plus fréquemment à associer l'alcool à d'autres toxiques.

- **Traumatismes associées.** Une alcoolémie supérieure ou égale à 0,5g/l est un facteur de risque de traumatisme mais également de gravité du traumatisme.

- **Manifestations psychiatriques : Ivresse pathologique**

Les IEA se manifestant par des troubles graves du comportement sont qualifiées d'ivresse pathologique. On distingue les manifestations:

- excito-motrice : ivresse agitée associant impulsions verbales et motrices avec décharges clastiques fréquentes ; l'alcool devient un facteur criminogène favorisant l'acte antisocial et les conduites à risque.

- d'allure maniaque : euphorie, idée de grandeur et de toute puissance.

- délirante : thème de persécution, jalousie, auto-dépréciation.

- hallucinatoire : principalement hallucinations visuelles allant de la distorsion cauchemardesque à un véritable état hallucinatoire. Le diagnostic différentiel est le delirium tremens.

- dépressive avec facteur de risque suicidaire.

- **Mortalité.** Le décès par IEA est rare mais possible avec alcoolémie relevée > 5g/L ; certains décès ont été rapportés dès 3g/l chez l'enfant. Chez le consommateur occasionnel, la mort est le plus souvent le fait d'une complication : détresse respiratoire aiguë, pneumopathie d'inhalation

1.3. Les urgences de Mont-de-Marsan et l'organisation des secours pendant les fêtes.

Devant un grand rassemblement de cette ampleur, une organisation spécifique est mise en place. Est-elle cependant suffisante ?

1.3.1. Concepts de la médecine d'urgence:

La ***médecine d'urgence***, historiquement conçue afin de répondre aux drames de la traumatologie routière, est exercée par des ***urgentistes*** afin de répondre à une ***urgence***.

Pour Claude Evin, ancien ministre de la Santé, et la FNORS (Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé), l'***urgence médicale*** est définie comme un phénomène survenant de façon brutale et inattendue, inquiétant l'intéressé et/ou son entourage et nécessitant une prise en charge quelle que soit la gravité du problème. (23)

L'absence d'offre de soins adaptée peut constituer l'urgence et à contrario, l'existence d'une offre structurée (ex : service de maternité) exclut les situations concernées du champ de la médecine

d'urgence.

Ces définitions sont importantes et intéressantes par les deux visions complémentaires qu'elles apportent du problème :

– c'est le patient (ou son entourage) qui définit initialement « son urgence ».

– mais l'urgence peut également être définie par l'impossibilité de trouver, ailleurs dans le système de soins, une réponse à son problème de santé.

La médecine d'urgence est une discipline:

- hospitalière qui s'exerce exclusivement au sein de structures de médecine d'urgence par un médecin spécialiste en médecine d'urgence.
- sans patientèle déterminée, fortement attachée à un territoire de santé, qui s'exerce à la fois « dans les murs » (structure des urgences) et « hors des murs » (Samu-Centre 15 et Smur).
- qui ne se conçoit que dans le cadre d'une prise en charge limitée dans le temps.

Son objectif est de trier les urgences en fonction de la gravité, de les traiter et de les orienter vers la structure médicale la plus adéquate, initiant le parcours de soins le plus adapté à la situation. Elle s'intéresse aux adultes comme aux enfants, aux pathologies médicales, chirurgicales, psychiatriques … dans un souci constant de polyvalence.

Les structures de médecine d'urgence assurent une mission de service public. Elles comportent :

– les **Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) - Centre 15**

– les **Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR)**

– les **Services d'Accueil des urgences (SAU).**

Le SAMU-CENTRE 15 est un service hospitalier qui a vu le jour dans les années 1970 (24), ses missions sont multiples et précisées par la loi 86-11 du 6 janvier 1986 (25):

– il assure une **écoute médicale permanente**, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 via le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) et un numéro d'appel national unique depuis 1978, le « 15 ». (23)

– il détermine et déclenche la **réponse la plus adaptée à l'appel** dans le délai le plus rapide.

– il **s'assure de la disponibilité des moyens d'hospitalisation**, publics ou privés, adaptés à l'état du patient.

– il organise le **transport du patient** et son accueil hospitalier.

Par ailleurs, le Samu participe à l'**élaboration des plans de secours, à la prise en charge des**

situations sanitaires exceptionnelles et contribue à la **formation initiale et continue des acteurs en santé au sein des CESU** (Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence) .

Les SMUR ont vu le jour suite au décret du 2 décembre 1965 (26). Ce sont des équipes de réanimation envoyées directement sur les lieux d'une détresse et sont réglementairement composées d'un médecin urgentiste, d'un infirmier et d'un ambulancier (27) (article D 6124-13 du CSP).
Déclenchés par le Samu-Centre 15, la mission est la **prise en charge des détresses médicales, la réalisation de soins d'urgence avant et pendant le transport** du patient vers l'établissement adapté, désigné par le Samu.

Les Services d'Accueil des urgences (SAU) sont des services hospitaliers assurant la prise en charge des "*venues non programmées de toute personne, sans sélection, se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique dans un établissement de santé public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année* ".
L'augmentation d'activité des SAU et la diversité des pathologies prises en charge ont rapidement nécessité une **organisation rigoureuse** afin de répondre en priorité aux détresses médicales. L'époque du « premier arrivé, premier servi » n'est plus de mise et une formalisation de l'accueil, autour de l'**infirmière organisatrice de l'accueil (IOA)**, est mise en place permettant de déterminer la priorité de prise en charge et l'orientation du patient au sein du service.
Le SAU est généralement organisé en **filières de prise en charge** disposant souvent de locaux et de personnels spécifiques. Les patients relevant de pathologies spécifiques et bien identifiées (syndrome coronaire aigu, accident vasculaire cérébral, gynéco-obstétricaux...) sont habituellement directement dirigés par le Samu-Centre 15 vers les services concernés.
Une telle organisation permet une prise en charge rapide des patients : selon une récente enquête de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), la moitié des patients restent moins de deux heures au SAU.
Aujourd'hui, on dénombre 655 établissements disposant d'un SAU dont la grande majorité (80%) appartient au service public hospitalier. (23)

1.3.2. Le SAU de l'hôpital Layné

Comme toute structure d'urgence, le SAU de l'hôpital de Mont-de-Marsan répond à un **cahier des charges.** (23)

Les obligations du **cahier des charges** exigent d'un SAU :

– une ouverture 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

– la présence d'un médecin diplômé en médecine d'urgence.

– la présence d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV).

– la présence d'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD).

– la présence d'un « poste d'accueil et d'orientation (PAO)» tenu, 24/7 par un IOA ou un MAO (Médecin d'Accueil et d'Orientation).

– une hélisurface dans l'enceinte de l'établissement.

– une formalisation de l'accueil des enfants.

– une formalisation de l'accueil des urgences psychiatriques.

– une formalisation de l'accueil des urgences médico-sociales.

– possibilité de réaliser, 24/7, les examens d'imagerie médicale courants ainsi qu'une échographie d'urgence (type FAST écho) et des examens tomodensitométriques (scanner).

– la possibilité de réaliser, 24/7, les examens de biologie d'urgence.

En 2014, le SAU de Mont-de-Marsan était globalement organisé en **3 filières différentes ainsi qu'une UHCD**:

– filière A « traumatologique/circuit court/pédiatrie» comprenant 4 boxes.

– filière B « hospitalisation » comprenant également 4 boxes.

– filière C « déchoc » pour les urgences vitales comprenant 3 boxes.

– A noter que, dans certaines circonstances (absence de place dans les services, nécessité à la surveillance médicale), certains patients peuvent être hospitalisés aux urgences et sont étiquetés « ZPU », soit Zone Post-Urgence.

Les **patients en attente** de prise en charge étaient installés:

– soit dans la salle d'attente de l'accueil des urgences.

– soit dans une « salle d'attente couchée » au sein même du SAU.

La **gestion du SAU** se faisait par l'intermédiaire de :

– 4 médecins urgentistes (les 3 premiers gérant les filières A/B/C mais dont l'un d'eux étaient d'astreinte SMUR; le dernier avait la charge de l'UHCD). A noter que sur l'horaire de garde, soit de 18h à 8h du matin, il ne restait que 3 médecins (dont un à l'UHCD et un autre toujours d'astreinte

SMUR)

– 2 internes des urgences travaillant sur des plages horaires différentes : un était de garde durant 24h soit de 8h30 à 8h30 le lendemain, l'autre travaillait de 13h à 23h.

– 4 IDE (dont un d'astreinte SMUR, un gérant l'UHCD et un IOA).

– 3 aides-soignants.

L'affluence moyenne au SAU de Layné est de 35000 passages annuels.

1.3.3. L'organisation des secours pendant les fêtes

Dans sa thèse, J-P. Farbos a fait l'étude de l'organisation des secours lors des fêtes de la Madeleine en 1998. (9)

Les secours faisaient intervenir **différents acteurs** :

- le **SAMU 40.**
- le **SDIS** (Service d'Incendie et de Secours**)** sous la direction du CODIS (Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours).
- les **associations de secouristes** : la Croix Rouge Française et l'Association Départementale de Protection Civile (ADPC).

Différentes **structures et moyens** étaient mis en place :

- un PC (poste de commandement), **« la Cellule de Coordination »,** dont le rôle est de superviser les fêtes. Elle est composée du préfet, des CRS, de la gendarmerie, du SDIS, de la mairie, du comité des fêtes et du SAMU 40.
- une **régulation téléphonique interconnectée** SAMU 40/CODIS 40 dédiée aux fêtes.
- **2 postes de secours non médicalisés** gérés Croix Rouge et ADPC en liaison avec le SAMU 40.
- le **plan rouge** en cas de problème grave géré par le PC fixe du commissariat avec mise en place d'un poste médical avancé au niveau du garage du SMUR.
- le **service médical des arènes** à chaque spectacle taurin.

Depuis cette étude faite en 1998 :

- on a vu l'apparition d'un **Poste Médical Avancé (PMA)** au sein même des fêtes (place Saint Roch) géré par 3 médecins sapeur-pompier.
- cependant, on déplore toujours l'absence de médicalisation des postes de secouristes et un

fonctionnement du SAU inchangé en période de fêtes malgré une affluence doublée depuis 1998.

1.3.4. Analyse comparative de l'organisation des secours avec les férias 2010 de Bayonne (12)

L'étude comparative du dispositif de secours semble intéressante dans la mesure où :

– le nombre de participants aux fêtes de Bayonne est estimé au million de personnes depuis des dizaines d'années. (9,28,29)

– son efficacité a permis en 2010 une prise en charge de 85% des patients dans les différents postes de secours et 15% dans la structure d'Urgences de l'Hôpital.

Les différents points forts sont :

● **La régulation des secours « multi partite »** :

– installée dans les locaux du SAMU 64.

– regroupement protection civile, Pompiers et SAMU.

● **L'informatisation des dossiers via un logiciel unique partagé** par les Postes de Secours, SAMU, services des Urgences.

● **4 postes de Secours médicalisés** assurés par une bonne coordination entre équipe soignante et secouristes :

– un *Poste de Secours Principal (PSP) hospitalier* ouvert la journée pour renforcer le service des urgences géré par 1 médecin urgentiste, 1 interne, 1 infirmier, 5 secouristes de la Croix rouge et de la protection civile, 1 aide-soignant.

– un *2ème PSP situé en périphérie des fêtes*, « GLAIN », dont le but est de regrouper les patients « à surveiller » avec une zone appelée « Château Margaux » d'une capacité de 100 patients gérée par 3 médecins de l'hôpital dont 1 urgentiste, 3 infirmiers de l'hôpital, 27 secouristes, 1 aide-soignant.

– les *2 Postes de Secours secondaires à proximité des fêtes* sont gérés par des médecins et IDE hospitaliers et sapeurs-pompiers ainsi que des secouristes.

● **Les structures des urgences multiples et renforcées.**

Elles sont sollicités dès qu'une hospitalisation est nécessaire ou par admission directe de patient se

présentant par leurs propres moyens.

– 2 structures d'urgence privées participent au dispositif : clinique Saint-Étienne à Bayonne et Aguiléra à Biarritz.

– la Structure d'Urgence du CH de la Côte Basque avec renfort organisé à plusieurs niveaux : IDE et AS, astreinte supplémentaire de chirurgie orthopédique.

● **Un SMUR également renforcé.**

Une 2ème équipe est mise en place pour les nuits des Fêtes.

● **Le point de rassemblement unique des moyens de Transports**

L'ensemble des moyens est localisé à l'arrière du PSP GLAIN ; les transports primaires sont réalisés par VSAV, les transports « poste à poste » ou « poste à hôpital » par une ambulance de l'association départementale de la protection civile (ADPC)

1.4. Question de recherche, hypothèse et objectifs.

Abordant le thème ludique des férias et sa population festive, notre travail porte spécifiquement sur Mont-de-Marsan, ville organisatrice de fêtes et spectacles de tauromachie depuis le XVIIème siècle et réputée à notre époque pour faire partie des trois villes les plus fréquentées du Sud-Ouest lors de ce type de grand rassemblement.

L'affluence des participants est en constante augmentation ; elle a plus que doublé depuis 1998 (de 250000 à une estimation 500000 à 650000 participant en 2014) et correspond à plus de 20 fois le nombre total de montois. Le bon déroulement de ces fêtes est un enjeu non négligeable de santé publique. Le dispositif de secours se doit d'être à la hauteur de l'événement.

L'hypothèse selon laquelle *« les festayres relèveraient en majeure partie de soins ambulatoires »* est évoquée par les urgentistes de Mont-de-Marsan.. Qu'en est-il vraiment ? Le festayre consultant au SAU nécessite-t-il réellement une prise en charge hospitalière ou relève-t-il plus de soins ambulatoires ?

Notre objectif principal est de cibler plus précisément le profil du festayre et de sa pathologie (sur lesquels aucun travail antérieur n'a été réalisé à notre connaissance) permettant une meilleure compréhension de son impact sur l'hôpital et sur le service des urgences de l'hôpital Layné. Cela

amènera ainsi une réflexion sur le système de soins actuellement mis en place, ses éventuelles failles/limites, ses possibles améliorations et la discussion d'une offre de soins complémentaire pouvant inclure la médecine générale avec les moyens possiblement nécessaires à fournir afin qu'elle soit crédible.

2. Matériel et méthodes

2.1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle monocentrique réalisée au SAU de Mont-de-Marsan, épidémiologique, rétrospective sur les fêtes de la Madeleine 2014, soit sur le période du mercredi 16/07 au lundi 21/07/2014.

2.2. Population de l'étude :

La population cible est l'ensemble des personnes ayant participé aux fêtes de la Madeleine.

La population source est, parmi celles-ci, celles ayant consulté au SAU.

La population de l'étude a répondu aux critères d'inclusion suivants :

- les patients déclarant avoir participé aux fêtes de la Madeleine ou qui, après lecture complète du dossier médical, sont venus en consultation suite à une activité en lien avec les différentes activités proposées lors des festivités.
- les patients déclarés comme festayres par leur entourage en cas de troubles cognitifs.
- les patients reconnus comme festayres selon leur habillage par l'équipe soignante.
- les patients pour lesquels la mention « FM » (soit « Fête de la Madeleine ») était notée dans le dossier médical informatisé lors du bilan initial fait par l'IOA ou par le médecin.

Les patients non inclus étaient ceux dont la consultation n'avait aucun rapport avec les férias, déclarés comme non participants, dont le style vestimentaire n'était pas en accord avec le code vestimentaire des fêtes et qui, après lecture de leur dossier, n'apparaissaient pas comme festayres.

2.3. Données recueillies

Les données ont été recueillies par mes soins à différentes reprises au secrétariat du SAU se situant au sein même du service des urgences grâce aux archives du logiciel informatique « SIDSU » (logiciel utilisé en 2014 et depuis remplacé). Le recueil a été fastidieux et s'est fait après lecture et étude de l'intégralité des dossiers médicaux informatisés des patients ayant consulté au SAU entre le mercredi 16/07 et le lundi 21/07/2014. Toutes les données ont été consignées sur un « tableau excel » géant grâce au logiciel informatique « open office ».

L'étude étant épidémiologique observationnelle descriptive, de nombreux critères étaient disponibles à la lecture des dossiers ; certains ont été retenus, d'autres non.

La page d'accueil de la liste des patients donnait déjà accès à différentes informations avec successivement:

- nom/prénom (critères non retenus) permettant de déterminer le **sexe** du patient
- date de naissance permettant un calcul de l'**âge** des patients
- **date** de consultation
- **mode d'arrivée**, à savoir si les patients venaient d'eux même, en ambulance/VSAV ou étaient amenés par la police
- **filière de soins** dans laquelle les patients étaient orientés (circuit court/hospitalisation/déchoc) ainsi que le box dans lequel ils étaient affectés
- l'heure d'enregistrement du dossier médical informatisé par l'IOA, l'heure à laquelle le patient a vu le médecin et l'heure de clôture du dossier médical. Cela a permis le calcul des :
  - **délais d'attente** avant prise en charge, correspondant au temps écoulé entre 1'admission aux urgences (bilan IAO compris) et le 1er contact avec le médecin urgentiste.
  - **temps de prise en charge** avant sortie ou hospitalisation, correspondant au temps écoulé entre le 1er contact avec le médecin urgentiste et la clôture du dossier médical.
- le nom du médecin en charge du dossier (non retenu)
- le **devenir** du patient : sortie ou hospitalisation avec orientation de l'hospitalisation

Le dossier des patients donnait accès à d'autres informations.
Une case « identifiant » permettait d'avoir accès aux données administratives du patient : sexe, date de naissance et adresse nous permettant de catégoriser l'**origine** des patients (landais ou touriste).
Une case « IOA » donnait les informations sur le bilan initial fait par l'IOA avec en premier lieu la mention « FM », ainsi que les constantes des patients, **glycémie** capillaire et **glasgow** notés si réalisés. Cela nous a permis d'avoir accès à un minimum de données sur les patients et notamment les seules données disponibles sur les patients partis sans attendre.
Enfin la case « médecin » donnait accès à l'observation médicale du médecin:

- l'annotation « FM » était de nouveau inscrite.
- le **motif de la consultation** permettait de faire ressortir six grands motifs de consultation.
- la présence de **troubles de la conscience** à travers le score de Glasgow lorsqu'il était réalisé.
- le recours éventuel aux différents **plateaux techniques** (prise de sang, imagerie, ECG et chirurgie) et leurs résultats.
- les **refus de prise en charge** parmi lesquels ont été différenciés les patients sortis contre avis médical, ceux partis sans attendre (bilan initial avec l'IAO cependant fait) et les dossiers

vides (ayant également bénéficié d'un bilan IOA avec la mention « FM »).

2.4. Critères de jugement

Les critères de jugement principaux sont ceux permettant une analyse du profil du festayre qui consulte aux urgences et de sa pathologie :

- concernant son profil, au delà des données démographiques recueillies, nous avons réalisé une analyse de la variation de certains indicateurs (proportion festayre/population générale, origine, motif de consultation, refus de prise en charge) selon les jours de fête et selon le sexe.
- concernant le profil de sa pathologie, nous avons fait une analyse de la variation d'autres indicateurs (motif de consultation, recours au plateau technique, troubles de la conscience, patient ambulatoire/hospitalisation) selon les jours de fête.

Différents critères de jugement secondaires ont été notés :

- ceux permettant de discuter de l'impact du surplus d'activité sur l'hôpital et le service des urgences à savoir une analyse de la variation de la fréquentation, des filières de soins empruntés, des hospitalisations aux urgences dite « ZPU » selon les jours ainsi qu'une analyse comparative du délai d'attente et de prise en charge selon les jours de fête.
- l'analyse des différents indicateurs recueillis a également permis d'établir le profil de certaines catégories de patients:
  - présentant des troubles de la conscience
  - hospitalisés
  - ayant été opérés
  - ambulatoires
- enfin, afin d'amener et d'argumenter une discussion sur une éventuelle offre de soins supplémentaire, une analyse du patient non arrivé en ambulance, à savoir le patient venu de lui-même ou amené par la police, et de son éventuel recours au plateau technique a été réalisée.

2.5. Saisie et traitement des données

Une analyse comparative sur les *délais d'attente* et *temps de prise en charge* en fonction des jours a été réalisée. Les données quantitatives ont été exprimées par leur médiane encadrée par les 1er et

3ème quartiles. Le test de Mann - Whitney/Wilcoxon a été utilisé pour les comparaisons des effectifs. Cette analyse a été réalisée par mon maître de thèse, le docteur Romain BLONDET.

2.6. Mesures éthiques et règlementaires

Dans le cadre de la recherche médicale, le décret d'application de la loi Jardé (30), référant aux recherches impliquant la personne humaine et à sa protection, a été publié le 17 novembre 2016 et mis en application le 18 novembre 2016.

Ce décret précise les modalités de réalisation des recherches impliquant la personne humaine. Il précise notamment les définitions applicables aux différentes catégories de recherche, le fonctionnement des comités de protection des personnes et de la commission nationale des recherches impliquant la personne humaine ainsi que les règles applicables en matière de vigilance.

En fonction du type d'étude, il impose ou pas l'avis du CPP (comité de protection des personnes). Dans le cadre de notre étude descriptive rétrospective avec recueil de données déjà existantes sur dossier, l'avis du CPP n'est pas requis et l'avis d'un comité d'éthique peut être demandé mais est non obligatoire : nous n'avons donc pas sollicité ce comité d'éthique.

Une demande a été formulée au CNIL fin juin 2017 (demande n°2078921) ; elle a été approuvé le 5 septembre 2017. (annexe 2)

3. Résultats

3.1. Population de l'étude

Entre la période du mercredi 16/07 au lundi 21/07/2014, 650 patients ont consulté dans le service des urgences de l'hôpital Layné.

Après lecture des dossiers, **153 patients étiquetés « festayres » ont été inclus soit 23,5% des consultations totales.**

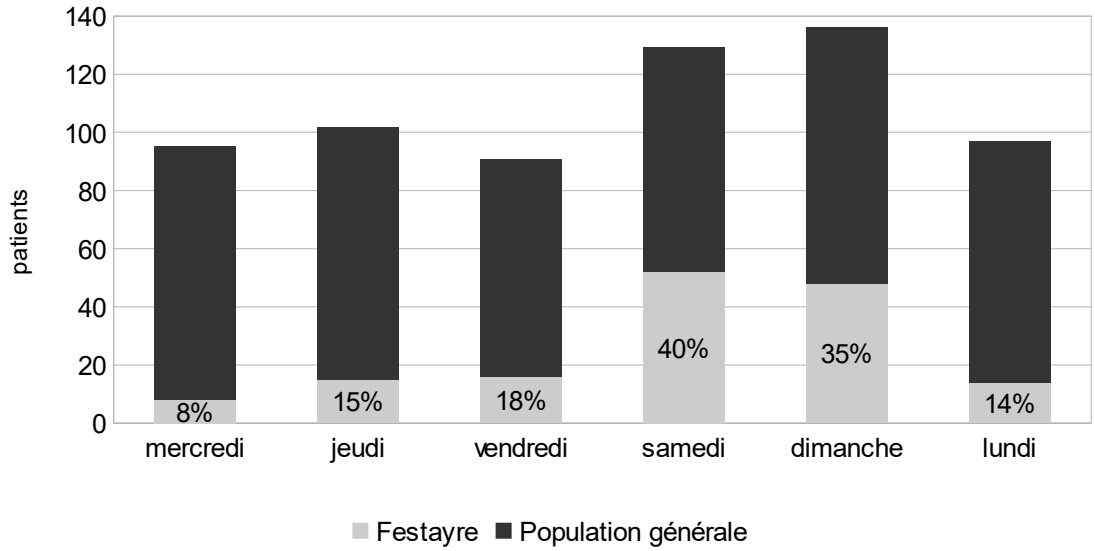


Fig. 1 : Proportion festayres/population générale (n=153)

La figure 1 nous permet de voir le pourcentage des consultations de festayre en fonction des différents jours. On constate ainsi :

- un pourcentage et un nombre plus élevé sur le week-end avec respectivement 52 patients le samedi et 48 patients le dimanche (représentant respectivement 40% et 35% des consultations totales).
- les autres jours de la semaine, on en comptait moins d'une vingtaine par jour et cela représentait une proportion inférieure à 20% des consultations totales de la journée.

3.2. Établissement du profil de la population festive consultant aux urgences

3.2.1 Sexe

Sur les 153 patients inclus dans l'étude, on dénombrait 101 hommes et 52 femmes soit une proportion de 2 hommes pour 1 femme

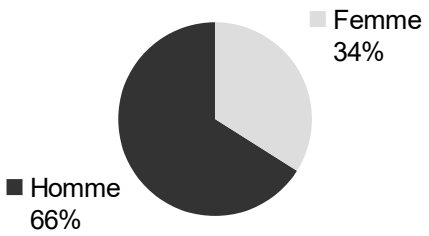


Fig. 2 : Sexe (n=153)

3.2.2. Âge

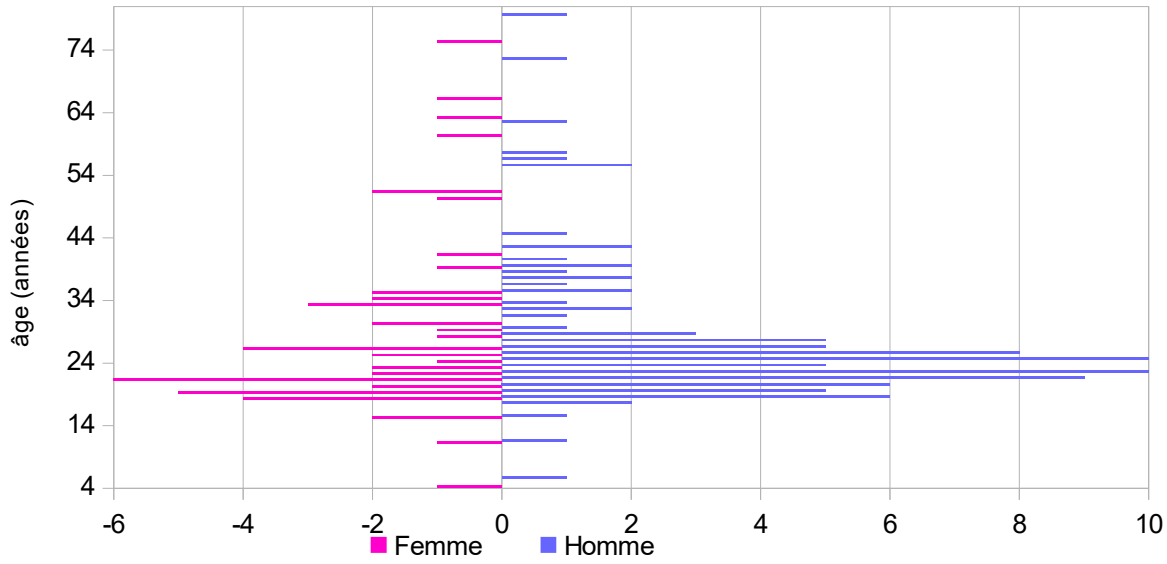


Fig. 3 : Pyramide des âges (n=153)

L'âge de la population étudiée variait de 4 à 79 ans avec une moyenne à 27,8 ans et une médiane à 24 ans (IQR 21 - 31). Concernant les hommes, la moyenne était à 27,3 ans et la médiane à 24 ans (IQR 21 – 28) ; la moyenne étant à 28,8 ans et la médiane à 24,5 ans (IQR 19,75 - 33,25) pour les femmes.

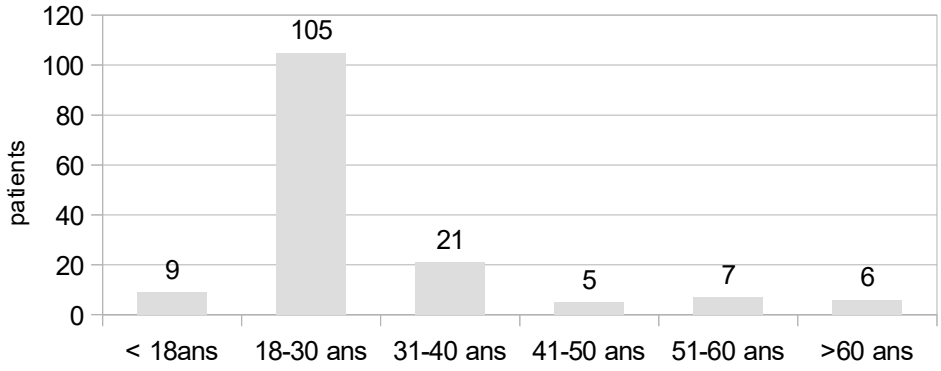


Fig. 4 : Age - Proportion selon tranche d'âge (n=153)

La figure 4 nous montre que :

-les **« 18-30 ans »** représentaient la majorité des festayres consultant aux urgences, soit environ 7 patients sur 10 (105 patients soit 69%).

-suivaient les **« 31-40 ans »** avec 14% (21 patients), les « moins de 18ans » avec 6% (9 patients) ; enfin, les **« 51-60 ans »**, les **« plus de 60 ans »** et les **« 41-50 ans »** avec respectivement 5, 4 et 3% (soit 7, 6 et 5 patients).

3.2.3. Origine

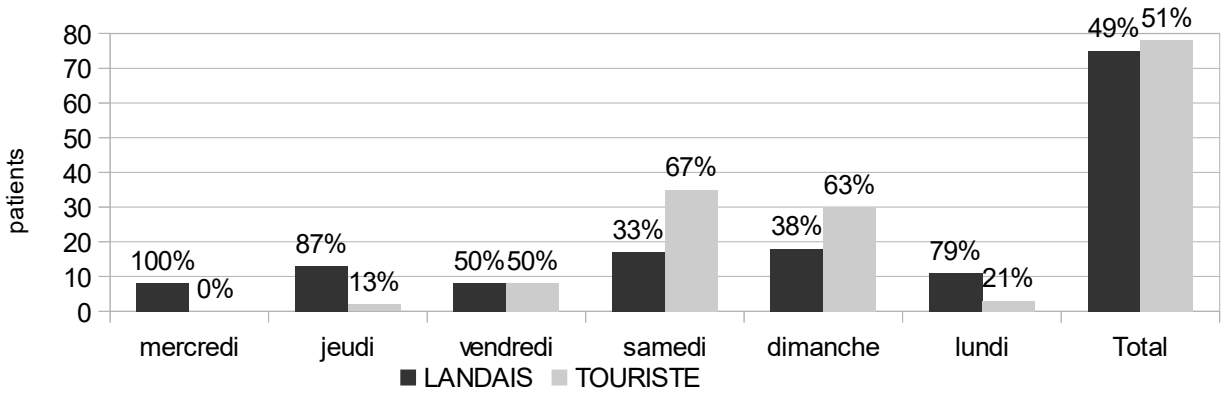


Fig. 5 : Origine selon les jours (n=153)

Sur l'ensemble des fêtes, on comptait une proportion presque égale de patients résidant dans les Landes (75 patients soit 49%) et de touristes (78 patients soit 51%).

La figure 5 révèle cependant que la balance penchait du côté « Landais » sur les jours de semaine (mercredi, jeudi et lundi), alors qu'à l'approche et durant le week-end (vendredi, samedi et dimanche), la tendance s'inversait et basculait du côté «Touriste».

3.2.4. Mode d'arrivée aux urgences

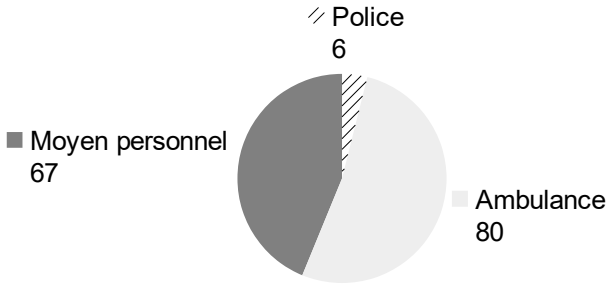


Fig. 6 : Mode d'arrivée des patients (n=153)

La figure 6 montre que sur la totalité des consultations aux urgences de festayres :

– 52% (80 patients) étaient arrivés en ambulance. Le dossier médical ne nous permettait cependant pas de différencier les patients transférés du PMA/poste de secours des autres patients.

– 44% (67 patients) par leurs propres moyens

– une petite partie par la police soit 4% (6 patients)

Presque la moitié des patients sont venus d'eux même au SAU.

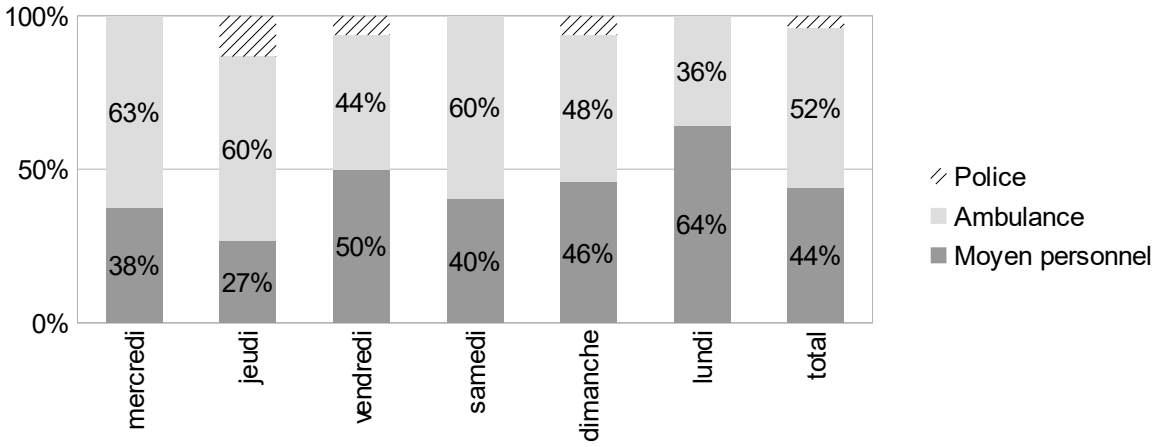


Fig. 7 : Mode d'arrivée selon le jour (n=153)

L'analyse en fonction des jours de la semaine (figure 7) montre un pourcentage de festayres venus par leurs propres moyens à 27% le jeudi alors qu'il est à 64% le lundi. Mais au vu du faible nombre de « consultations festayres » sur ces jours (respectivement 15 et 14 patients), on retiendra seulement qu'il n'y avait pas de grosse différence entre les jours de la semaine et le week-end.

3.3. Établissement du profil de la pathologie du « festayre »

3.3.1 Motifs de consultation

L'étude des 153 dossiers a fait ressortir plusieurs types de motifs de consultation pouvant se chevaucher.

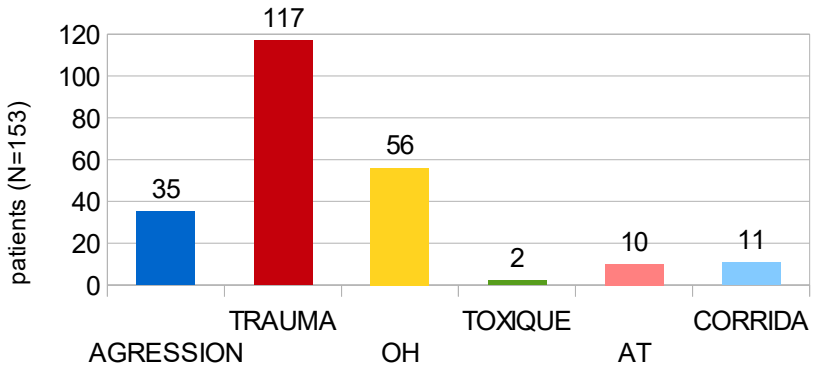


Fig. 8: Motif de consultation (n=153)

D'après la figure 8, on attribue ainsi au « festayre » :

– une « *tendance à la maladresse* » à l'origine de consultations à **motif traumatologique** dans plus de ¾ des cas (76,5% soit 117 patients).

– un « *coté malchanceux/bagarreur* » dans la mesure où presque une personne sur 4 se présentait à la suite d'une **agression** (22,9% soit 35 patients).

– un « *coté festif alcoolisé* » avec une notion d'**alcoolisation** dans plus d'un 1/3 des cas (36,6% soit 56 patients).

– d'autres contextes de consultation étaient retrouvés mais dans de plus faibles proportions : les consultations suite à **corrida** et **accident du travail** pour respectivement 7,2% et 6,5% des patients.

– la notion de **consommation de toxiques** était de 1,3% soit 2 cas, chiffre probablement sous estimé sur probable biais de recueil d'information.

A noter 4 consultations post-activités de fête foraine (dont 2 fractures), 3 consultations suite à la course du Moun et une pour baignade nocturne dans la Midouze. Aucun cas de mortalité n'était à signaler, les cas engageant le pronostic vital étaient peu nombreux ; à noter 2 traumatismes abdominaux à l'origine d'une dissection de l'aorte abdominale (avec ischémie mésentérique secondaire) et d'une rupture de rate.

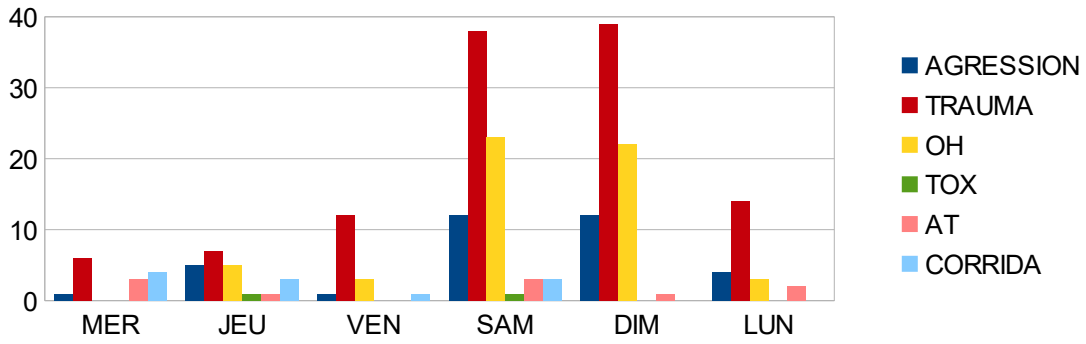


Fig. 9 : Motif selon le jour (n=153)

L'analyse des motifs de consultation en fonction du jour (figure 9) montre qu'il y avait un **nombre plus important de consultations traumatologiques, d'alcoolisations et d'agressions sur le week-end** avec respectivement :

- *sur la traumatologie*, 38 et 39 patients les samedi et dimanche pour 6 à 14 patients par jour, les autres jours.
- *sur les alcoolisations*, 23 et 22 patients samedi et dimanche pour 5 cas relevés le jeudi et 3 cas les vendredi et lundi.
- *sur les agressions*, 12 patients sur chacun des jours du week-end et respectivement 1, 5, 1 et 4 cas sur les mercredi, jeudi, vendredi et lundi.

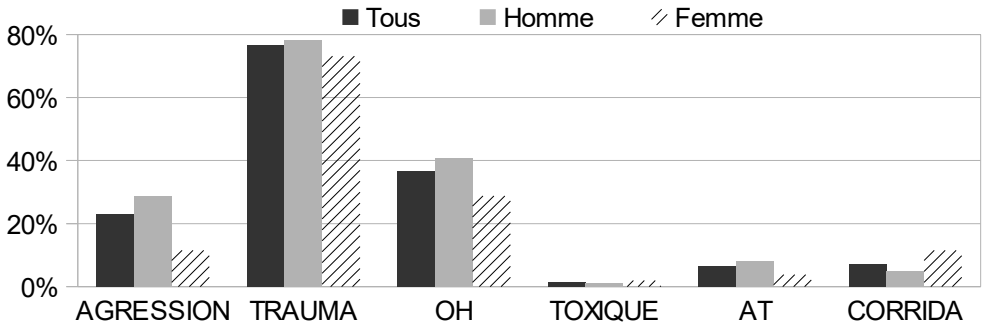


Fig. 10 : Motif selon le sexe (n=153)

Concernant la comparaison homme/femme (figure 10), on constate:

– un taux équivalent sur les **traumatismes** (78,2% versus 73,1%) et à un moindre degré les **toxiques** (un cas de chaque côté, 1% versus 1,9%)

– une prédominance chez les hommes des **agressions** (28,7% versus 11,5%), des **alcoolisations** (40,6% versus 28,8%) et des **accidents de travail** (7,9% versus 3,8%)

– une prédominance chez les femmes des consultations en lien avec les **corridas** ; notons que les 5 cas répertoriés chez les hommes (soit 5%) étaient survenus chez des « toreros » avec 4 traumatismes et 1 malaise et que les 6 cas recensés chez les femmes (soit 11,5%) pendant ou décours de spectacle taurin avec 4 malaises et 2 traumatismes.

3.3.2. Recours au plateau technique

4 différents types de plateau technique ont été répertoriés : l'ECG, la biologie, l'imagerie et enfin la chirurgie.

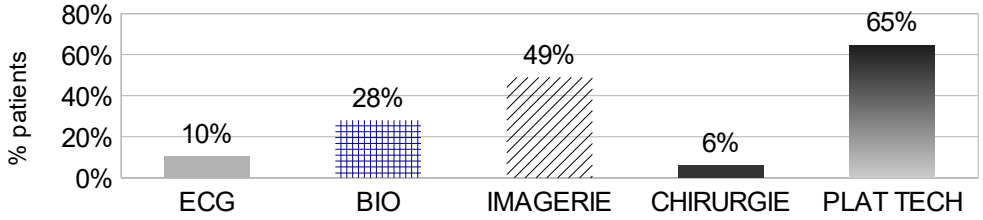


Fig. 11: Recours au plateau technique (n=153)

D'après la figure 11, 65% de la population étudiée a eu recours au plateau technique. On constate :
- une prédominance de l'imagerie réalisée pour la moitié des patients (49%).
- dans plus d'un quart des cas (28%), une prise de sang est faite.
- un recours à la chirurgie pour 9 patients, soit 6% des consultations.
- un recours à l'ECG (10%) ; cependant après lecture des dossiers, il semblerait que ce chiffre soit sous-estimé et lié à une mauvaise tenue des dossiers médicaux. En effet, seulement 1 des 9 patients opérés « aurait eu un ECG ».

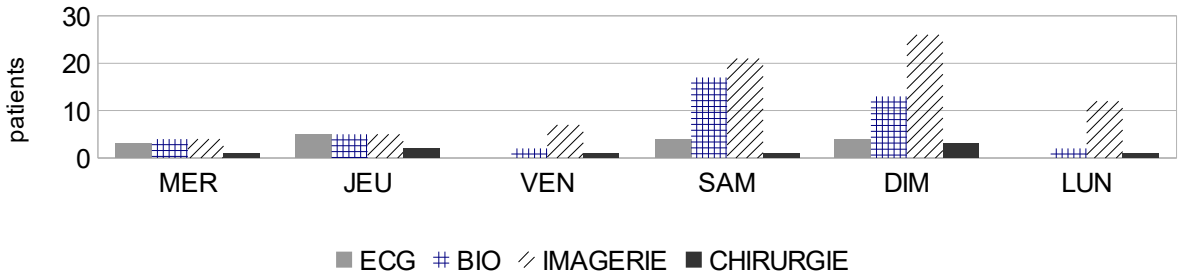


Fig. 12 : Plateau technique selon le jour (n=153)

En faisant l'analyse en fonction des jours de la semaine (figure 12), il en ressortait une prédominance de l'imagerie et de la biologie durant le week-end (respectivement 21 et 26 patients pour l'imagerie et 17 et 13 patients pour la biologie).

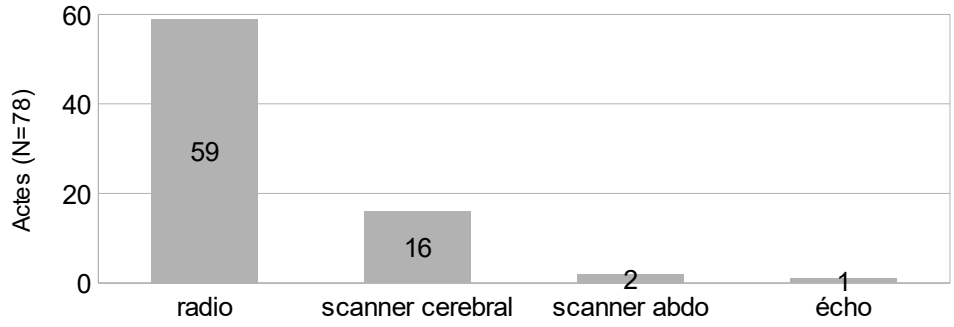


Fig. 13 : Analyse imagerie (n=78)

78 imageries ont été réalisés sur 75 patients (soit 49% de patients) et le détail des actes réalisés (figure 13) a montré que :

- Les radiographies étaient l'examen d'imagerie prédominant et représentaient 76% des actes réalisés (soit 59 actes).

- Suivaient **les scanners** dans 24% des cas:
    - cérébral dans 20% des cas (soit 16 actes) et réalisé dans des contextes de traumatismes crâniens ou de troubles de la conscience
    - abdominal dans 3% des cas (soit 2 actes)

- L'échographie a été un outil très peu utilisé pour le festayre avec seulement 1% (un cas)

3.3.3 État de conscience

Sur la population étudiée, 87 patients (soit 57%) ont bénéficié d'une évaluation de la conscience avec le score de Glasgow.

Au vu de la littérature actuelle (31-34), on ne retrouve pas d'interprétation uniforme du score total de Glasgow qui est avant tout une échelle de vigilance et de conscience et qui ne représente en aucun cas un examen neurologique suffisant pour la prise en charge d'un malade dans le coma.

Il est cependant admis que :

– un score de Glasgow à 15 équivaut à l'*état normal de conscience*

– entre 14 et 9, il y existe des *troubles modérés de la conscience*

– $\leq$ 8, le patient est dans un *état de coma profond* supposant une nécessité à l'intubation

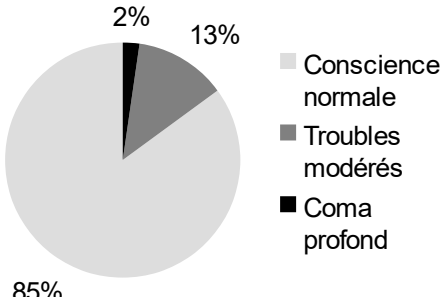


Fig. 14 : État de conscience (n=87)

La figure 14 nous montre que 13 patients sur 87 (soit 15%) ayant eu une évaluation présentaient des troubles de la conscience :

– **troubles modérés** pour 11 d'entre eux (soit 13%)

– **coma profond** pour 2 d'entre eux (soit 2% des patients ayant eu un score de Glasgow et 1,3% de notre population totale)

Aucun patient n'avait un score de Glasgow inférieur à 8

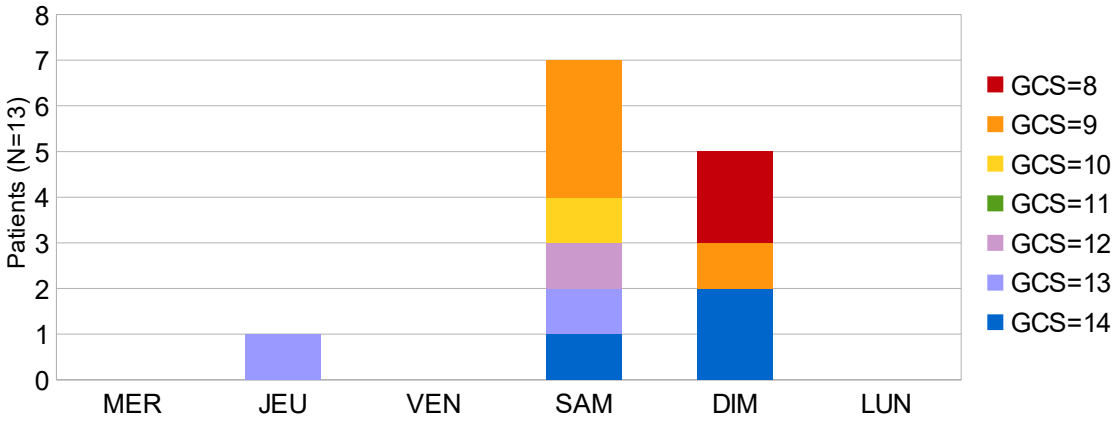


Fig. 15 : Troubles de la conscience selon le jour (n=13)

La figure 15 montre que 12 des 13 patients ayant présenté des troubles de la conscience ont été pris en charge durant le week-end.

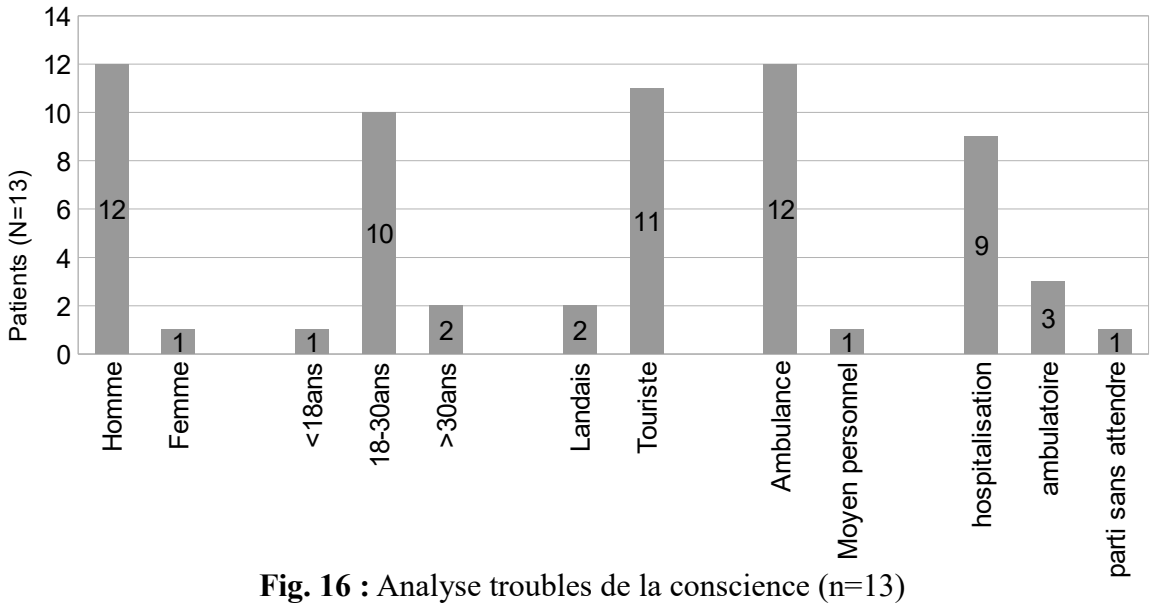


Fig. 16 : Analyse troubles de la conscience (n=13)

L'analyse sur les 13 festayres présentant des troubles de la conscience (figure 16) montre que le patient était:

– un **homme** dans 92% des cas

– âgé de **18 à 30 ans** dans 77% des cas ; à noter que les âges vont de 17 à 42 ans

– un **touriste** dans 85% des cas

– arrivé en **ambulance** dans 92% des cas

La surveillance de ces patients en hospitalisation a été retenue dans 69% des cas, soit 9 des 13 patients ; sur les 4 patients non hospitalisés, on notait:

– deux patients avec troubles de la conscience modérés (Glasgow 13 et 14) dont un parti sans attendre.

– deux autres patients avec des scores de Glasgow de 9 et 8 ; les dossiers médicaux ne permettant cependant pas d'en savoir plus.

Dans tous les cas, le motif de consultation était une alcoolisation aiguë même si l'on retrouve également l'association avec :

–un traumatisme crânien pour 3 des patients, soit 23%.

–une fibrillation auriculaire pour un patient de 24 ans, probable complication de l'alcoolisation, dite « holiday heart ».

–un traumatisme d'un membre supérieur.

Une prise de sang a été réalisée sur 11 des 13 patients avec troubles de la conscience.

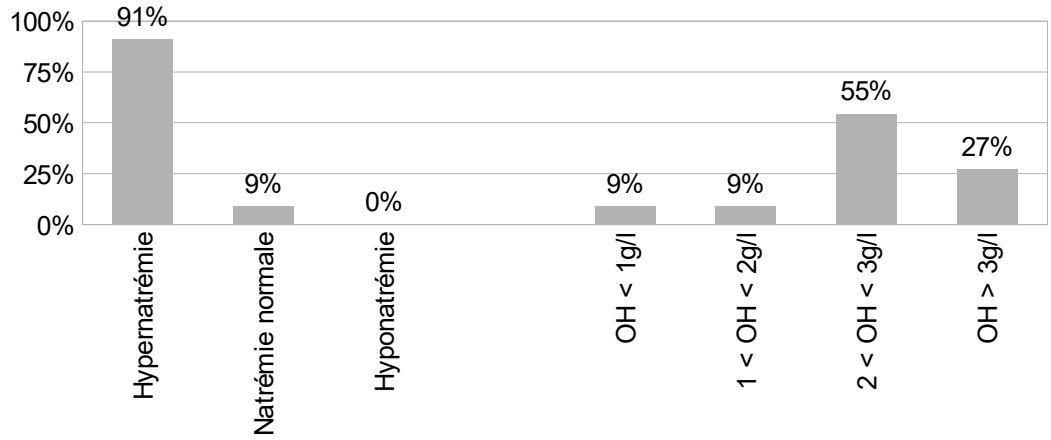


Fig. 17 : Troubles de la conscience, natrémie et alcoolémie (n=11)

La figure 17 nous révèle :

– une alcoolémie sanguine positive retrouvée pour tous les patients ayant eu une prise de sang avec des chiffres allant de 0,74 g/l à 3,81 g/l :

- 82% des patients avaient une alcoolémie > 2g/l dont 27% supérieur à 3g/l
- la médiane était à 2,61g/l (IQR 2,25 - 3,08)

– à noter une hypernatrémie pour 10 des 11 patients prélevés, soit dans 91% des cas (le seuil d'hypernatrémie retenu étant la norme du laboratoire d'analyse sanguine de l'hôpital soit >145mmol/l) ; la médiane étant à 150 mmol/l (IQR 147,5 – 150,5).

3.3.4. Hospitalisations

Sur les 153 festayres ayant consulté aux urgences, 32 d'entre eux ont été hospitalisés, soit un **taux d'hospitalisation à 21%**. Comme attendu, les figures 18 et 19 montrent que presque ¾ des festayres hospitalisés l'ont été durant le week-end avec 14 patients le samedi et 9 patients le dimanche (soit 72%).

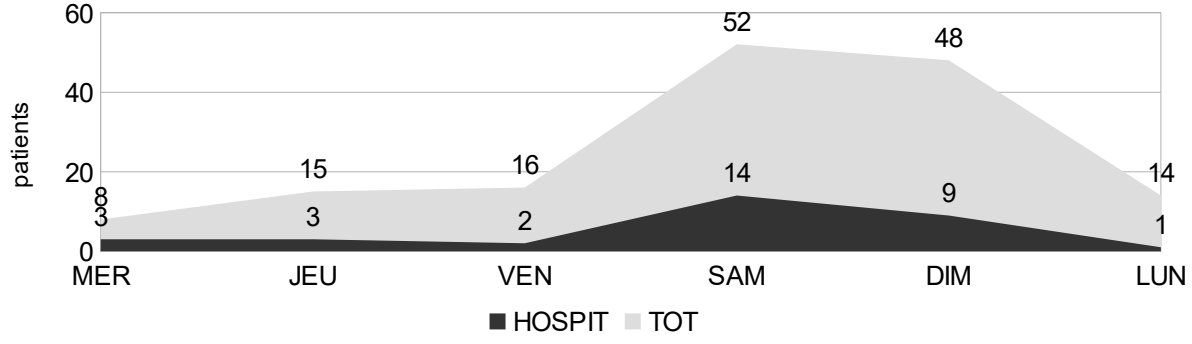


Fig. 18 : Hospitalisation (n=153)

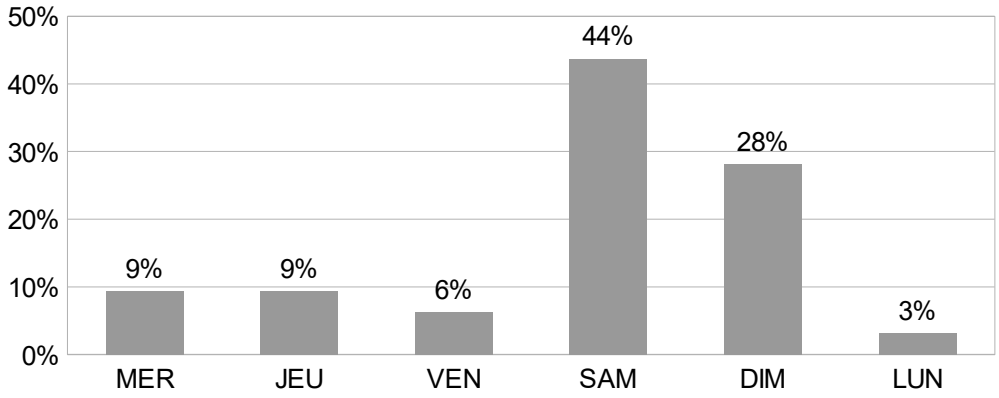


Fig. 19 : Proportion d'hospitalisation selon le jour (n=32)

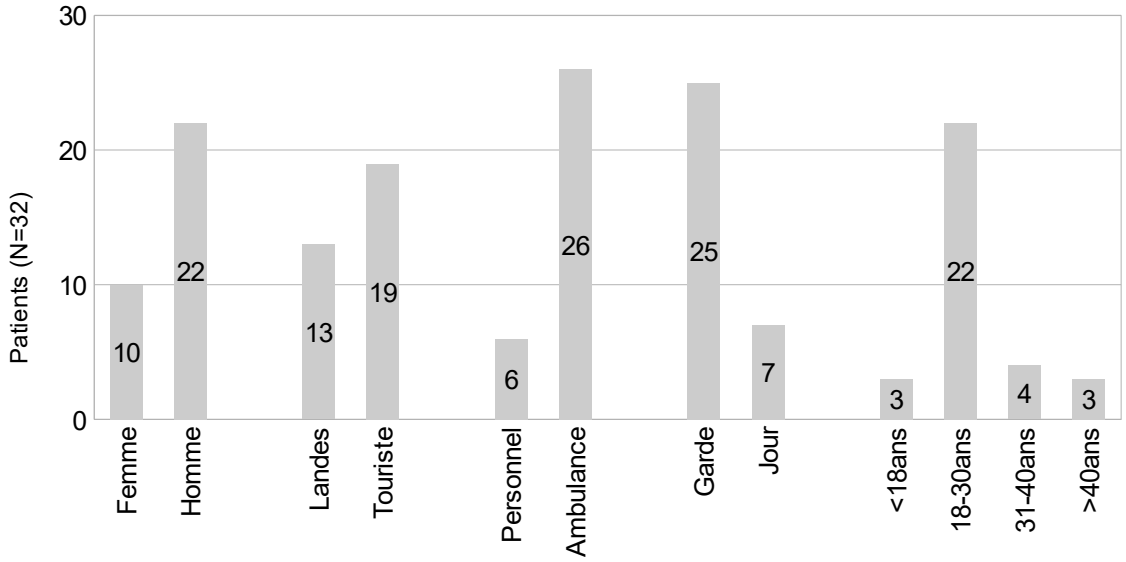


Fig. 20 : Hospitalisation -
Sexe, origine, mode et heure d'arrivée, âge (n=32)

L'analyse plus détaillée des patients hospitalisés (figure 20) montre qu'il s'agissait:

- dans plus de 2/3 des cas d'un **homme** (22 patients soit 69%)
- âgé de **18 à 30 ans** également dans 2/3 des cas (22 patients soit 69%)
- d'un **touriste** dans 59% des cas
- arrivé en **ambulance** plus de 8 fois sur 10 (26 patients soit 81%)
- et arrivant sur un horaire de **garde** à peu près 8 fois sur 10 (25 patients soir 78%)

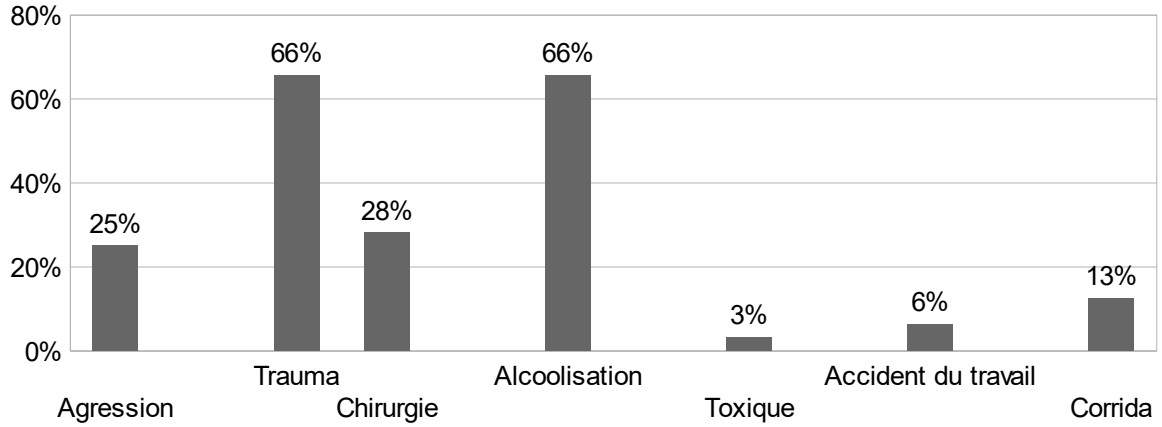


Fig. 21 : Hospitalisation – Motif (n=32)

L'analyse du motif d'hospitalisation (figure 21) révèle :

– une d'**alcoolisation aiguë** et/ou de la **traumatologie** dans environ 2/3 des cas (21 patients soit 66%) dont 9 cas ayant recours à la **chirurgie** (28%)

– une **agression** dans ¼ des cas (8 patients soit 25%)

– les hospitalisations en lien avec la corrida dans 13%, accident du travail 6% et toxique dans 3% des cas.

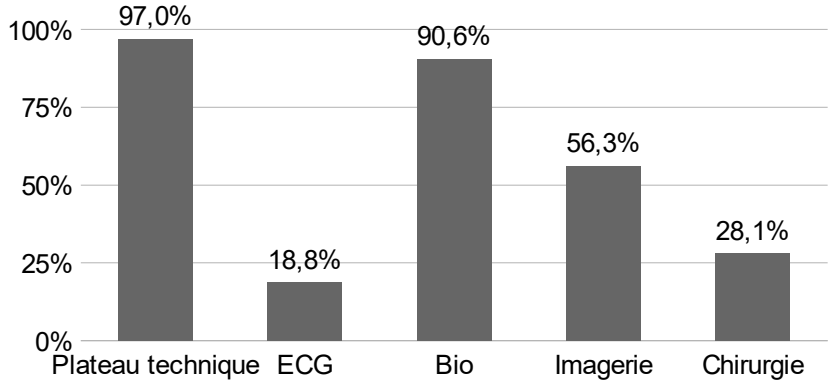


Fig. 22 : Hospitalisation - Plateau technique(n=32)

Enfin, les patients hospitalisés ont eu recours au plateau technique de manière quasi-systématique (97%) avec une prédominance de la biologie (90,6%) et de l'imagerie (56,3%). (figure 22)

3.3.5. Chirurgie

9 « festayres », soit 6% de la population étudiée, ont bénéficié d'une chirurgie.

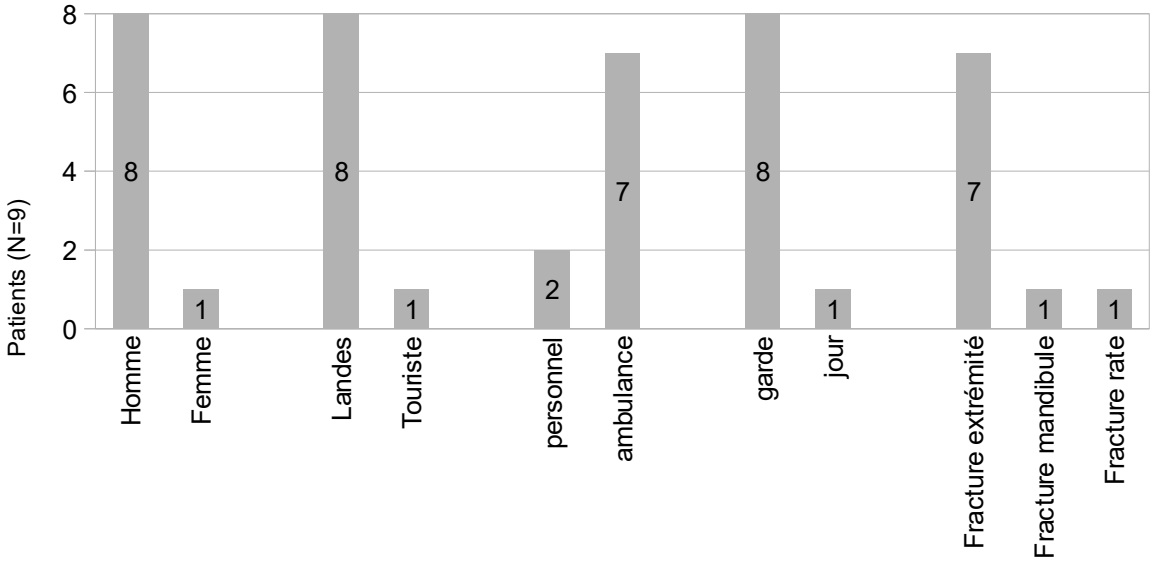


Fig. 23: Chirurgie

Sexe, origine, mode et horaire d'arrivée, type de fracture (n=9)

Le « festayre » opéré (figure 23 et 24) était :

- un **homme** (89%)
- **landais** (89%)
- **entre 18 et 40 ans** (6 patients sur 9 soit 67%)
- arrivant en **ambulance** (78%)
- pendant un horaire de **garde** (89%)

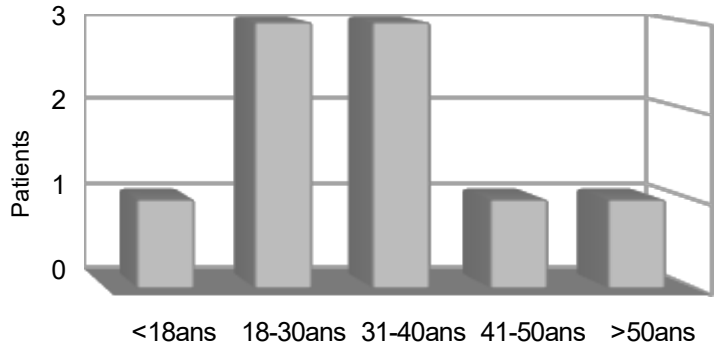


Fig. 24 : Chirurgie – Âge (n=9)

Le type de chirurgie effectué (figure 23) était dans la majorité des cas une chirurgie orthopédique (89%) avec une fracture d'un membre pour 7 patients (soit 78%) et un cas de fracture de la mandibule (soit 11%). Un seul cas de chirurgie digestive est à signaler : il s'agissait d'une fracture de rate.

A noter également le cas atypique d'une femme de 23 ans ayant eu un accident de voiture en état d'ébriété. Se plaignant de vives douleurs abdominales, malgré une antalgie par morphine et échographie rassurante, une dissection de l'aorte abdominale a finalement été découverte sur un scanner abdominal injecté. Transférée secondairement au centre hospitalier universitaire de Bordeaux, la décision d'un traitement médical fut prise. Cependant, devant la persistance du syndrome douloureux à J+1, de nouvelles explorations découvrirent une péritonite sur ischémie mésentérique à l'origine d'une colectomie partielle.

Le contexte du traumatisme à l'origine du geste chirurgical (figure 25) est :
- dans plus de la moitié des cas lié à une alcoolisation aiguë (5 cas soit 56%)
- dans moins d'¼ des cas en lien avec une agression (2 cas soit 22%)
- à noter un cas unique de fracture de torero (corrida et accident du travail) et enfin une fracture sur traumatisme aux auto-tamponneuses

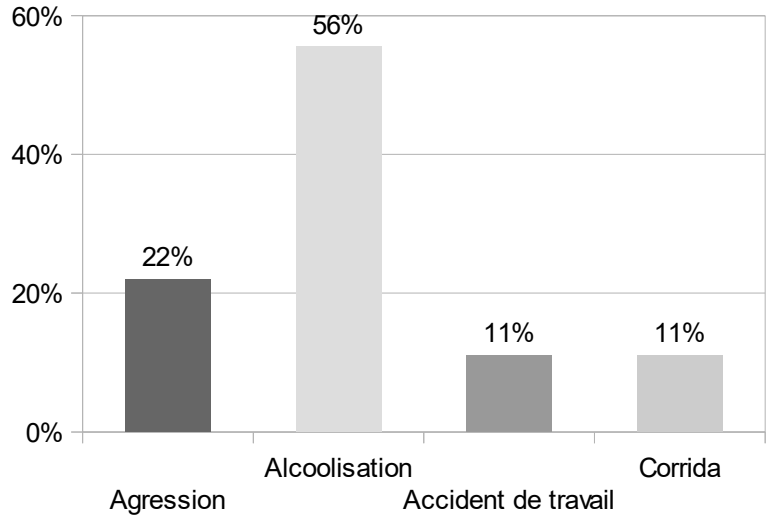


Fig. 25 : Chirurgie – Contexte (n=9)

3.3.6. Prise en charge ambulatoire

Ont été définis ambulatoires, les patients qui ont consulté aux urgences, avec recours au plateau technique ou pas, et qui n'ont pas été hospitalisés. On comptait ainsi 121 « festayres ambulatoires»; cependant l'analyse s'est faite sur 106 d'entre eux (les 15 patients étiquetés « refus de prise en charge » n'étant pas inclus).

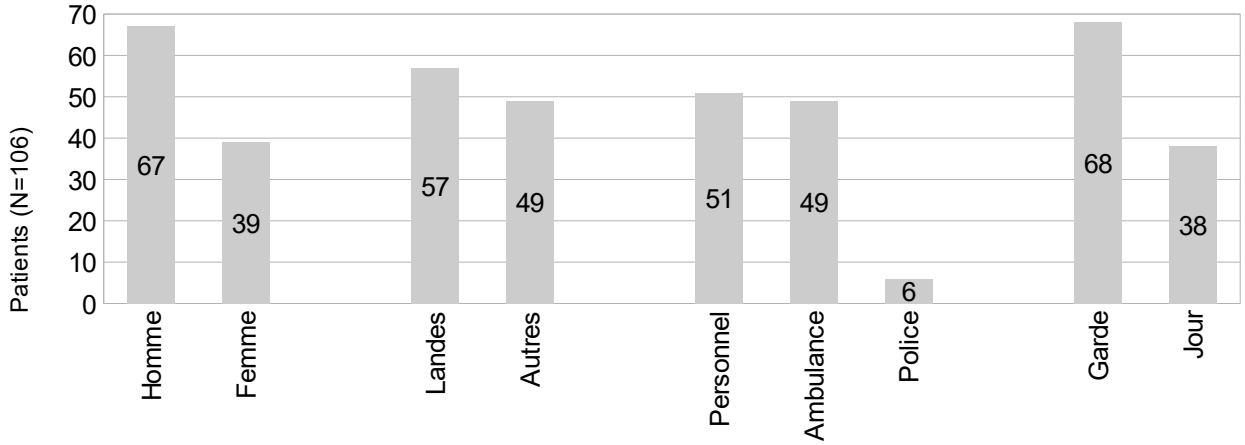


Fig. 26 : Ambulatoire - Sexe, origine, mode et horaire d'arrivée (n=106)

L'analyse du patient ambulatoire révèle (figures 26 à 28):

- qu'il s'agissait en général d'un **homme** (63%)
- âgé de **18 à 30 ans** (71 patients sur 106 soit 67%)
- consultant durant un horaire de **garde** (64%)
- et durant le **week-end** (62%)
- pas de grande différence sur l'origine et le mode d'arrivée.

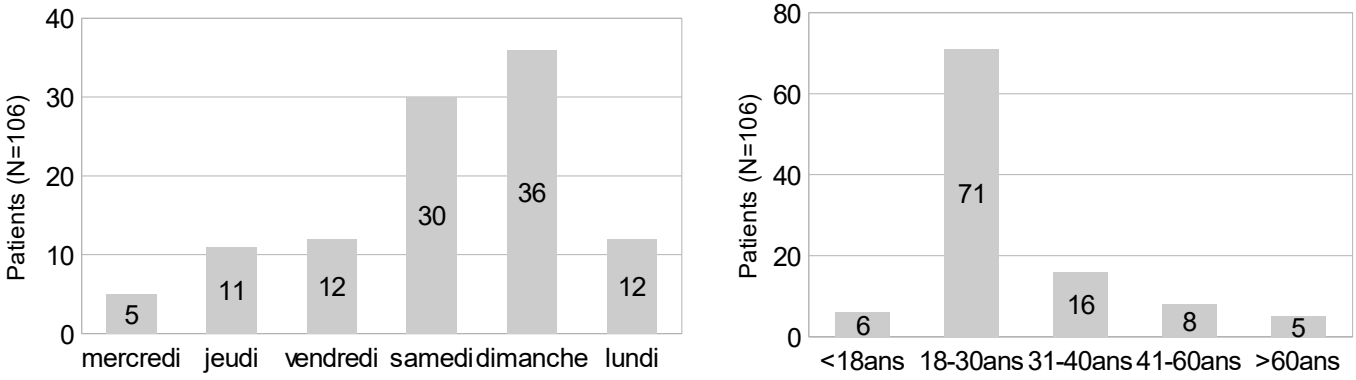


Fig. 27- 28: Ambulatoire- Affluence selon le jour et âge (n=106)

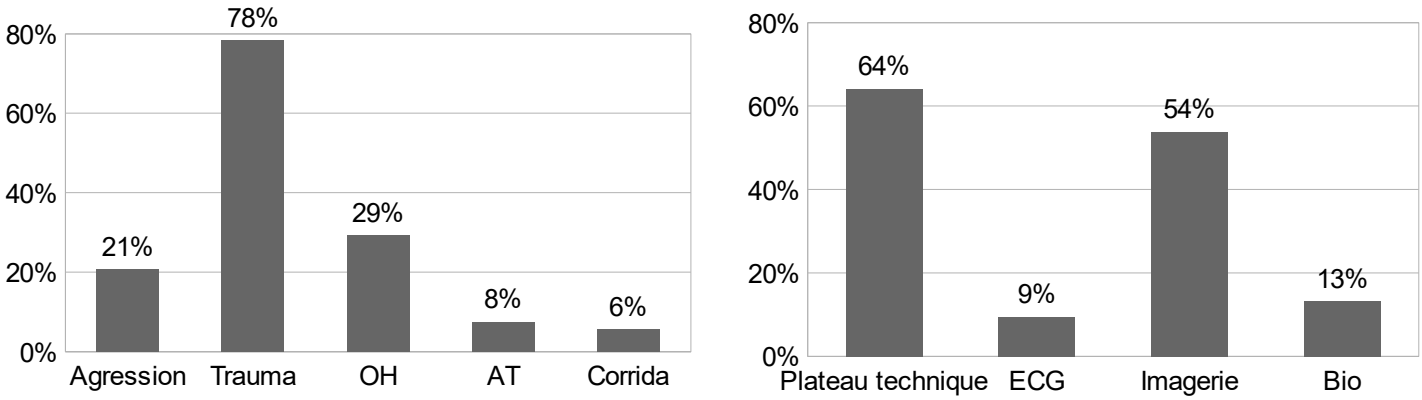


Fig. 29-30: Ambulatoire – Motif/Plateau technique (n=106)

Le motif de consultation (figure 29) était en majeure partie traumatologique (78%)

Le plateau technique (figure 30) était utilisé dans presque 2/3 des cas (64%) avec en priorité un recours à l'imagerie (54%), ce qui semble logique au vu du motif de consultation.

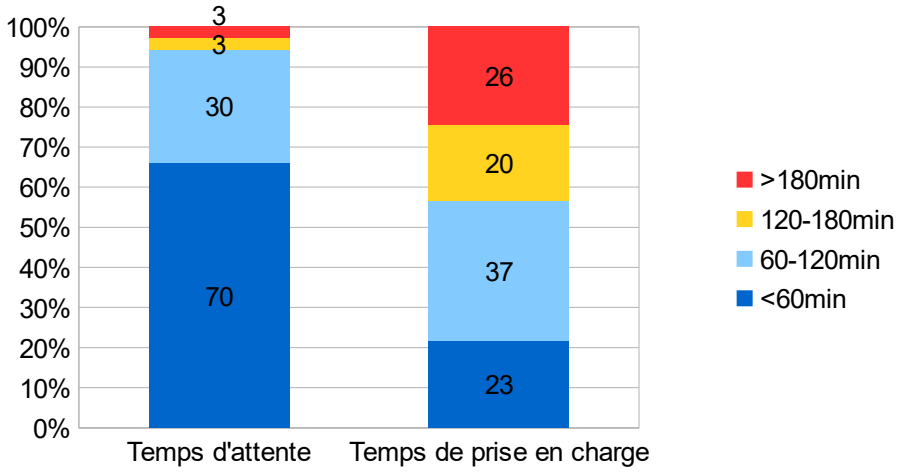


Fig. 31 : Ambulatoire

Temps d'attente et de prise en charge (n=106)

Enfin l'analyse du temps d'attente et du temps de prise en charge (figure 31) montre que le patient ambulatoire:

– n'attendait globalement pas longtemps avant d'être vu par le médecin; 2/3 d'entre eux étaient vus dans l'heure de leur arrivée et plus de 90% dans les 2 heures.

– restait environ 2 à 3 heures aux urgences avant de repartir : plus de la moitié ressortaient dans les 2 heures et 3 patients sur 4 dans les 3 heures suivant le début de la prise en charge.

3.3.7. Refus de prise en charge

Parmi les 153 festayres ayant consulté aux urgences, on a noté 15 refus de prise en charge, soit presque 1 patient sur 10 (9,8%).

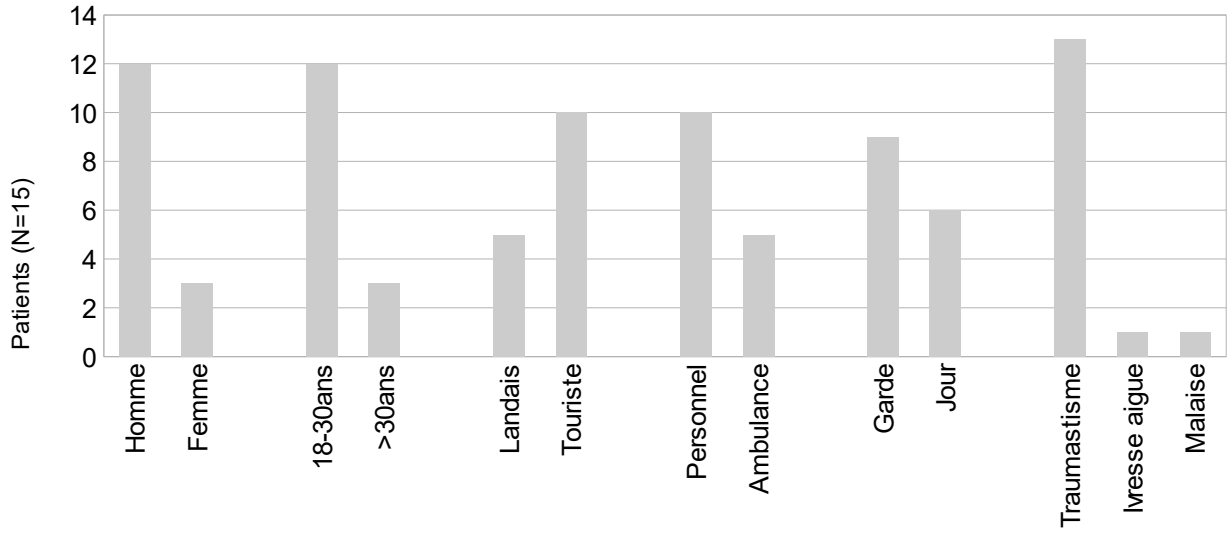


Fig. 32: Refus de prise en charge
Sexe/âge/origine/mode et heure d'arrivée/motif (n=15)

Selon les figures 32 et 33, on constate qu'il s'agissait généralement d'un patient:

–de sexe **masculin** (80%)

–âgé de **18 à 30 ans** (80%)

–**touriste** (67%)

–venant aux urgences par ses **propres moyens** (67%)

–pendant un horaire de **garde** (60%)

–dans le **week-end** (11 patients sur 15 soit 73%)

- pour un problème **traumatologique** (87%)

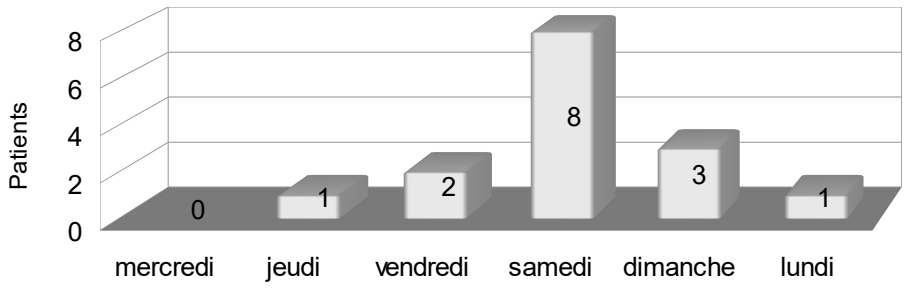


Fig. 33 : Refus de prise en charge - Selon jour (n=15)

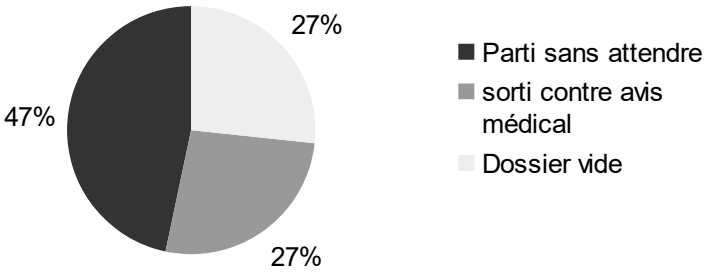


Fig. 34 : Type de refus de prise en charge (n=15)

Concernant le type de refus de prise en charge (figure 34), il s'agissait :

– dans la moitié des cas de patients **partis sans attendre** (7 patients soit 47%)

– auxquels s'ajoutaient probablement quelques-uns des patients **« au dossier médical vide »** (4 patients soit 27%)

– enfin 4 patients sont **sortis contre avis médical** ; il s'agissait d'une surveillance de malaise et de 3 surveillances de traumatisme crânien.

3.3.8. Festayre non arrivé en ambulance

Dans le cadre d'une réflexion sur une offre de soins supplémentaire que nous argumenterons ultérieurement, l'analyse des 73 patients non arrivés en ambulance (67 venus d'eux-mêmes et 6 CNH) nous révèle (figure 35) :

- un profil démographique similaire au profil établi dans le chapitre 3-2, à savoir un homme dans 2/3 des cas avec proportion égale au niveau de son origine consultant généralement le week-end.

- un motif traumatologique prédominant dans 89% des cas, 7% de CNH, 3% d'IEA, 1 cas d'allergie (soit 1%) et un taux d'hospitalisation à 8% (soit 6 patients sur 73)

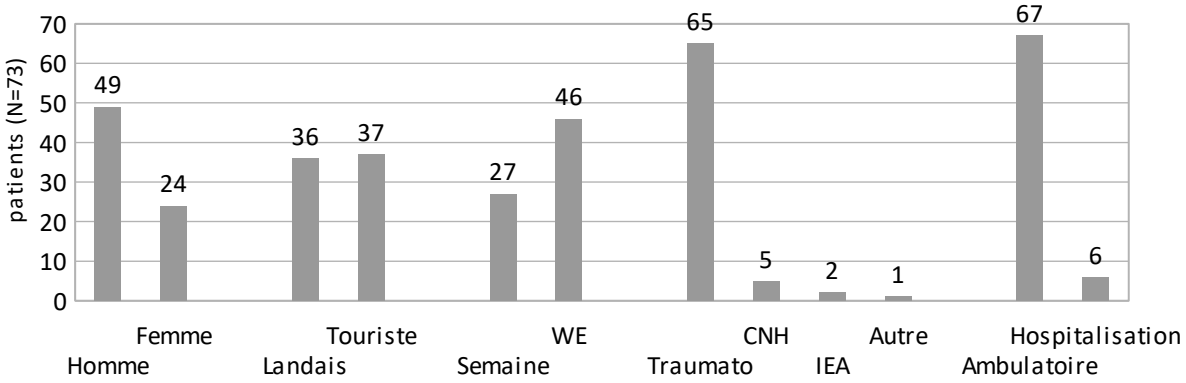


Fig.35 : Festayre non arrivé en ambulance

Profil (n=73)

La figure 36 met en avant un recours à l'imagerie pour 35 patients (soit 48% des patients), 5 prises de sang (soit 7%), 2 chirurgies et 1 ECG (soit respectivement 3% et 1%). Concernant l'imagerie, il s'agissait en majorité de radiographies (44% des patients), 3 scanners (soit 4% des patients) et aucune échographie.

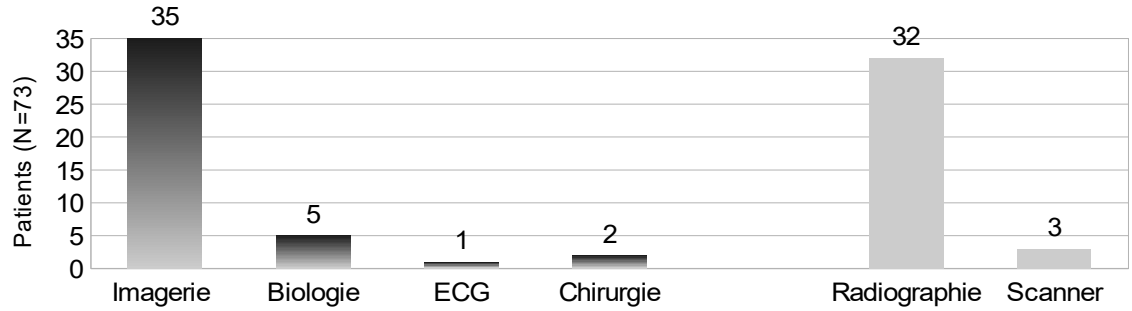


Fig.36 : Festayre non arrivé en ambulance

Plateau technique (n=73)

3.4. Impact sur le service des urgences

3.4.1 Horaire de consultation / fréquentation horaire

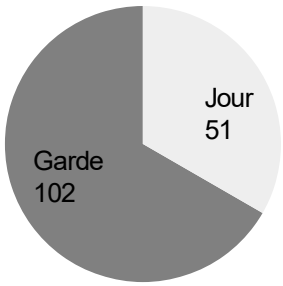


Fig. 37 : Horaire de consultation (n=153)

Sur les 153 patients inclus, 2/3 ont consulté sur un horaire de garde (entre 18h à 8h) et 1/3 durant la journée. L'analyse de la fréquentation horaire selon le jour (figure 38) confirme :

- le surplus d'activité le week-end débutant dans la nuit du vendredi au samedi et un flux de patients constant de samedi minuit à dimanche 21h
- ainsi qu'un pic d'activité durant la nuit.

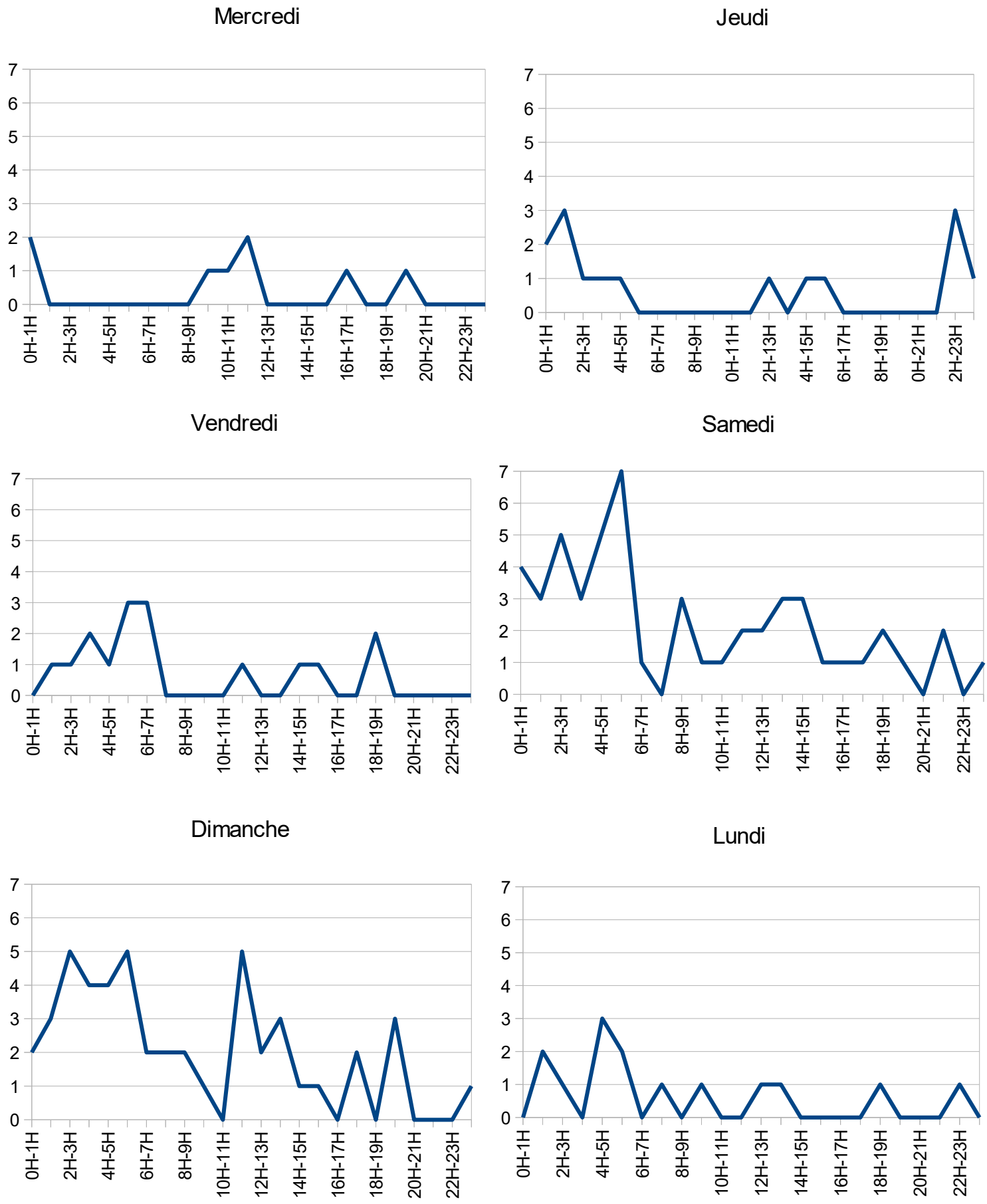


Fig. 38 : Fréquentation horaire selon le jour (n=153)

3.4.2. Filières de soins

Lors de leur passage aux urgences, nos 153 patients festayres ont bénéficié d'un bilan initial fait par l'IAO permettant un tri vers les différentes filières de soins.

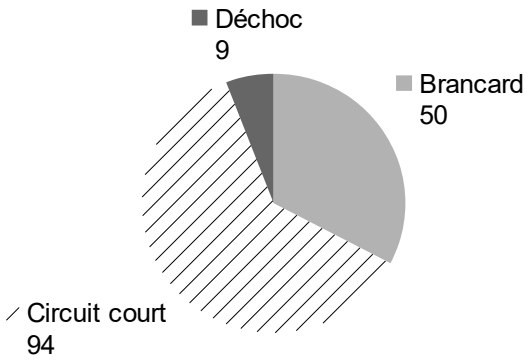


Fig. 39 : Filières de soins (n=153)

L'analyse des dossiers médicaux (figure 39) nous montre :

-une prédominance logique de la voie « circuit court » (61%), ce qui semble logique au vu de l'écrasante majorité de consultations traumatologiques.

-1/3 des patients étaient étiquetés « brancard ».

-enfin 6% des patients (soit 9 patients) étaient directement dirigés au « déchoc » dont:

• quatre patients présentant des troubles de la conscience sur alcoolisation aiguë (alcoolémie > 2g/l) dont un coma éthylique (alcoolémie > 3g/l).

• la fracture de rate et la dissection aortique évoquées plus haut.

• une déshydratation suite aux « 10 kms du Moun », un traumatisé crânien avec plaie et un torero traumatisé multiple.

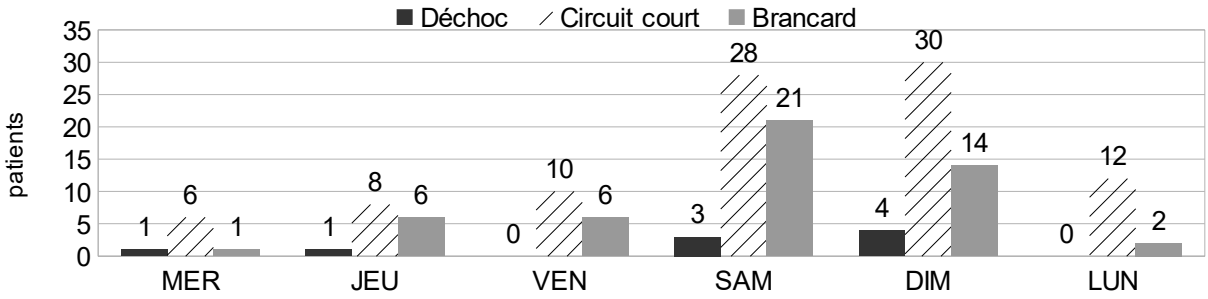


Fig. 40 : Filières de soins selon le jour (n=153)

L'analyse de la répartition des patients selon le jour (figure 40) confirme que l'activité était accrue dans les 3 secteurs pendant le week-end.

3.4.3. Délai avant prise en charge et temps de prise en charge au SAU

Le *délai avant prise en charge* est défini comme le temps écoulé entre l'admission et le premier contact avec le médecin.

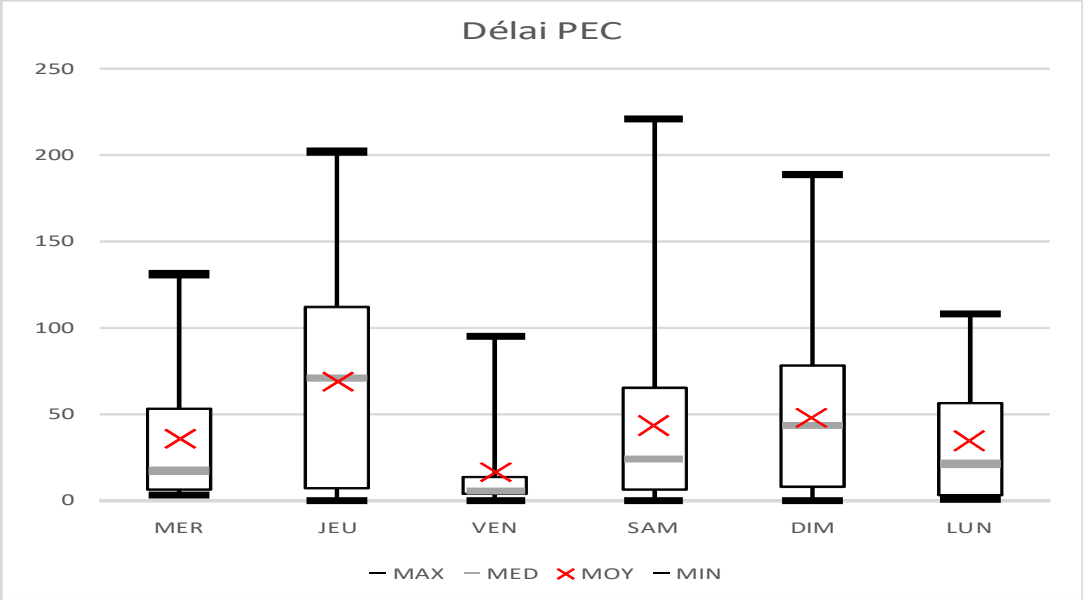


Fig. 41: Délai d'attente (minutes) (n=153)

La figure 41 montre le délai d'attente en fonction des jours; les données quantitatives sont exprimées par leur médiane encadrée par les 1er et 3ème quartiles ; la moyenne, ainsi que les délais d'attente maximal et minimal sont notés de manière indicative.

On peut ainsi constater que le délai d'attente des patients semblait satisfaisant : la médiane de prise en charge est de 27,5 minutes (IQR 6 – 73,25).

Le délai d'attente le vendredi semblait plus court contrairement au jeudi où il était plus long.

Tableau I : Délai d'attente (minutes)

	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	TOTAL
MAX	131	202	95	221	189	108	
Q3	53,5	112	14	65,5	78	56	73,25
MEDIANE	17,5	71	6	24,5	44	21,5	27,5
MOYENNE	36	68,8	16,5	43,4	47,8	34,5	43,4
Q1	6	7	4	6,5	8	3	6
MIN	3	0	0	0	0	1	

Le temps de prise en charge avant sortie ou hospitalisation correspondant au temps écoulé entre le 1er contact avec le médecin urgentiste et la clôture du dossier médical par celui-ci

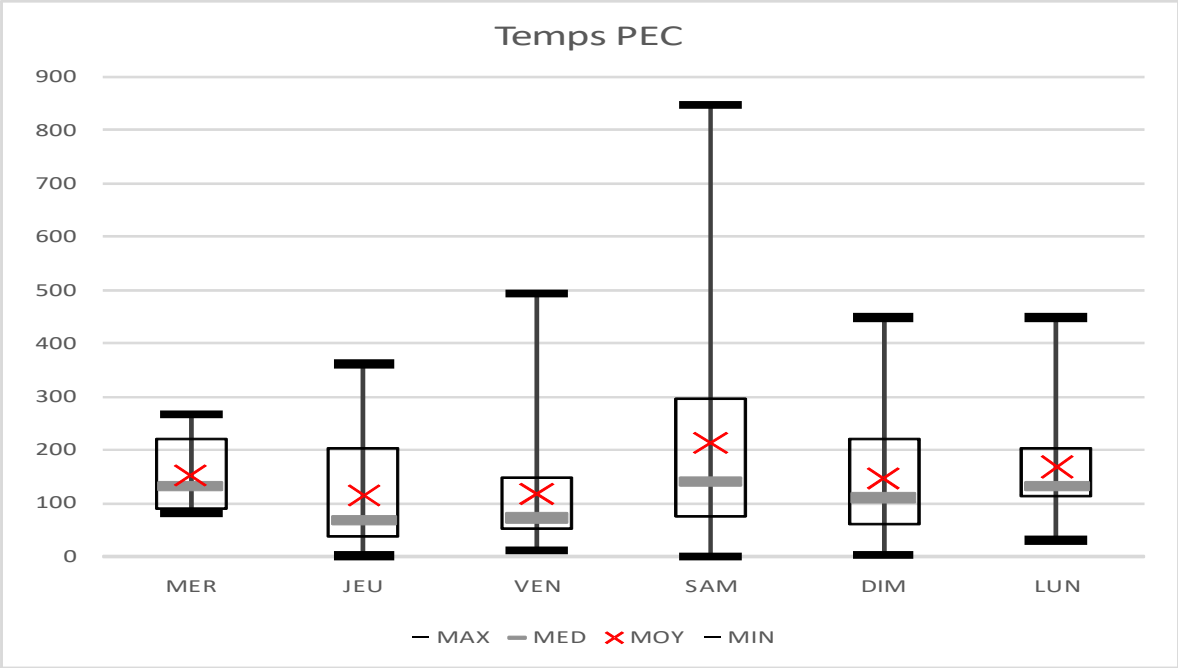


Fig. 42 : Temps de prise en charge (minutes)

La figure 42 montre le temps de prise en charge médicale en fonction des jours; les données quantitatives sont exprimées par leur médiane encadrée par les 1er et 3ème quartiles ; la moyenne, ainsi que les délais d'attente maximal et minimal sont notés de manière indicative.

La médiane du temps de prise en charge est de 118,5 minutes (IQR 65,25 – 223,5) :

- la moitié des patients reste dans le service des urgences au moins 2 heures
- un quart des patient plus de 220 minutes soit 3 heures et 40 minutes.

Sur le graphique, le temps de prise en charge médicale semble plus long le samedi.

Tableau II: Temps de prise en charge (minutes)

	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	TOTAL
MAX	266	360	493	848	448	448	
Q3	219	202	148	294,5	221	203	223,5
MEDIANE	131	68	72	139	109	130,5	118,5
MOYENNE	153,1	115,3	118,1	213,2	147,2	168,9	166,4
Q1	89,5	36	51,5	74	61	114	65,25
MIN	80	1	11	0	2	30	

Certains chiffres peuvent sembler surprenant avec notamment (tableau II):

• une maximale notée le samedi excédant les 14 heures (848minutes); ce délai très important est cependant expliqué par une hospitalisation aux urgences.

• des minimales pouvant être très basses représentant en générale le temps mis au médecin pour clôturer les dossiers administratifs des patients partis sans attendre.

Tableau III : Analyse comparative des délais et temps de prise en charge

	SEMAINE		WEEKEND		
	médiane	IQR	médiane	IQR	p=
Délai PEC (min)	15	(5 - 70)	34	(7,5 - 73,5)	0,2498 NS
Temps PEC (min)	114	(60 - 190)	122,5	(68 - 244)	0,2016 NS

	GARDE		JOUR		
	médiane	IQR	médiane	IQR	p=
Délai PEC (min)	28,5	(7 - 74)	20	(5 - 69)	0,3169 NS
Temps PEC (min)	115	(67 - 221)	136	(53 - 231)	0,6944 NS

	VENDREDI		AUTRE jour		
	médiane	IQR	médiane	IQR	p=
Délai PEC (min)	6	(4 - 14)	36	(7 - 76)	0,009
Temps PEC (min)	72	(52 - 148)	121	(67 - 239)	0,1218 NS

	SAMEDI		AUTRE jour		
	médiane	IQR	médiane	IQR	p=
Délai PEC (min)	24,5	(7 - 66)	31	(6 - 74)	0,957 NS
Temps PEC (min)	139	(74 - 295)	114	(61 - 202)	0,1138 NS

Le tableau III, montrant les comparaisons des effectifs via le test de Mann-Whitney/ Wilcoxon, nous permet de voir :

– qu'il n'y avait **pas de différence significative pour le délai et le temps de prise en charge entre jour de semaine et week-end**, **ainsi qu'entre la garde et la journée** montrant un travail efficace de l'équipe soignante sur les périodes d'afflux de festayres.

– de la même manière il n'y a **aucune différence significative entre le samedi et les autres jours de la semaine** alors que la figure 40 semblait donner une tendance à un temps de prise en charge supérieur le samedi.

– un délai de prise en charge significativement moins long le vendredi en comparaison avec les autres jours (p= 0.009).

3.4.4. Hospitalisation au SAU dite « ZPU »

Le concept d'hospitalisation aux urgences, ou « hospitalisation en ZPU (Zone Post-Urgences)», n'est pas propre aux fêtes de la Madeleine. Quelle que soit la raison médicale (saturation des services avec impossibilité de trouver un lit, nécessité d'une surveillance accrue, etc.), tout patient peut être « hospitalisé » au sein même du service des urgences durant une longue période de temps, permettant ainsi une rémunération supérieure à l'établissement de santé.
Les patients « ZPU » sont installés sur des brancards dans la salle d'attente du SAU à la vue de l'équipe soignante ; les IDE passent à intervalle fréquent réévaluer constantes et conscience.

9 festayres, âgés de 17 à 35 ans, ont été hospitalisés aux urgences.

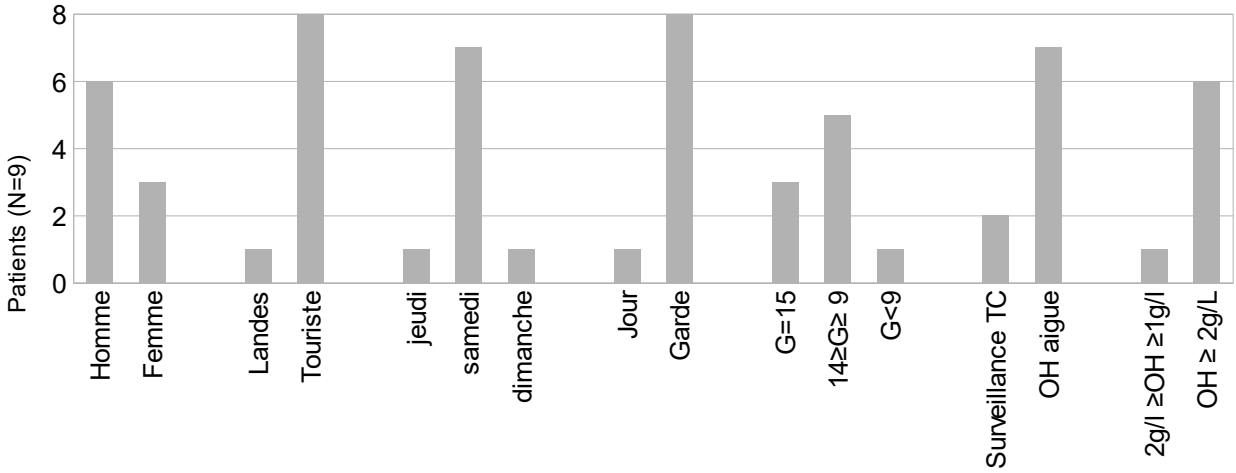


Fig. 43 : Analyse festayre ZPU (n=9)

L'analyse des données (figure 43) nous révèle que ces hospitalisations concernaient:

- un **homme** (67%)
- **touriste** (89%)
- durant le **week-end** (89%)
- pendant un **horaire de garde** (89%)
- présentant des **troubles de la conscience** (67%) à chaque fois liés à une alcoolisation aiguë.

Le motif à l'origine de ces « hospitalisations ZPU » était :

- **en majorité une alcoolisation aiguë** pour 7 des 9 patients (soit 78%) ; ces patients avaient tous bénéficié d'un dosage d'alcoolémie revenu positif dans 100% des cas et même supérieur à 2g/l dans 86% des cas.
- une surveillance de traumatisme crânien pour les 2 patients restants (22%)

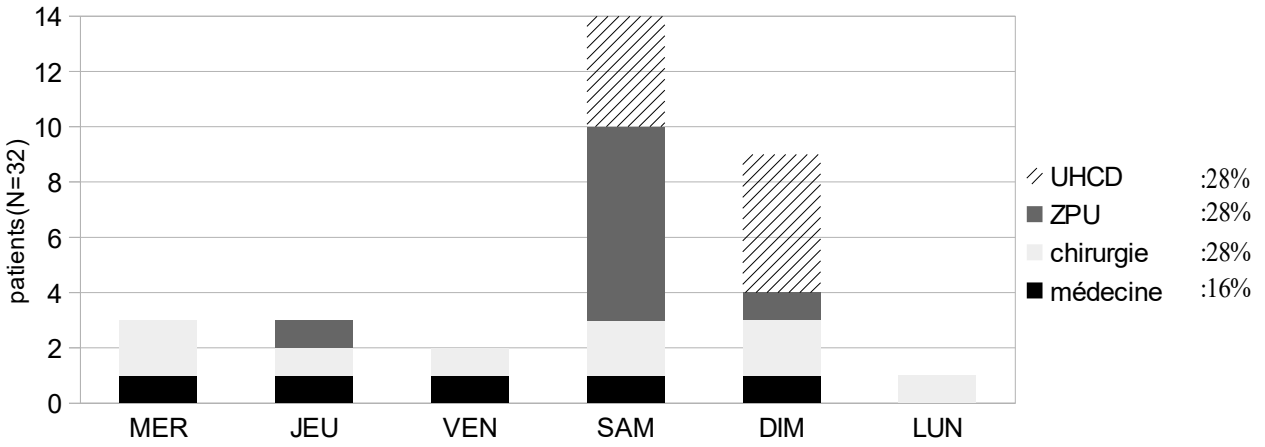


Fig. 44 : Orientation des hospitalisations selon le jour (n=32)

L'analyse de l'orientation des 32 patients hospitalisés (figure 44) nous révèle que :

- **plus de la moitié des hospitalisations de patients se faisaient au sein du SAU** : UHCD (9 cas soit 28%) et ZPU (9 cas soit 28% également). Elles sont survenues en majorité le week-end et correspondent à l'afflux de patients en état d'ébriété et/ou trop complexes à surveiller dans les services de médecine.
- les **hospitalisations en service de médecine étaient rares** et se comptaient sur les doigts de la main (5 patients, soit 16% des hospitalisations). Il s'agissait dans tous les cas de patients non alcoolisés ; le détail montre 2 enfants, 1 malaise à la suite de la course du Moun, 1 suspicion de viol et le patient à la fracture de rate hospitalisé en réanimation.
- **28% d'hospitalisations en service de chirurgie** (9 cas).

On en déduit ainsi que les patients ont été hospitalisés aux urgences :

- dans la mesure où ils nécessitaient pour la plupart une **surveillance appropriée et impossible à réaliser dans les services de médecine**.
- **lorsque l'UHCD,** seul service pouvant assurer la même surveillance médicale des patients qu'au SAU**, était saturée.**

4. DISCUSSION

4.1. Principaux résultats

Si petits et grands sont conviés aux fêtes de la Madeleine, l'analyse des résultats nous permet de faire ressortir un **profil du « festayre »** qui consulte aux urgences :

- il s'agissait généralement d'un **homme** âgé de **18 à 30 ans** qui consultait durant la **nuit** (horaire de garde).
- alors que l'analyse globale montre une quasi équivalence concernant l'origine des patients ; on constate cependant qu'elle variait en fonction du jour de consultation : le fêtard se présentant à l'hôpital était **landais en jour de semaine** et **touriste durant le week-end**.
- il arrivait presque autant par ses propres moyens qu'en ambulance.

Concernant le **profil de sa pathologie** et sa prise en charge :

- L'analyse du motif et de la filière de soins empruntée montre qu'il s'agissait en majorité d'un motif **traumatologique** (76,5%) dans un contexte ou non d'a**gression** (22,9%), ainsi que de cas d'alcoolisation aiguë (36,6%).
- **La « pathologie du festayre » nécessitait généralement le plateau technique**, utilisé dans 65% des cas :
    - **l'imagerie semble indispensable** au vu de la prédominance des consultations traumatologiques ; 50% des patients y ont eu recours. Parmi les actes d'imagerie, la radiographie était utilisée dans 76% des cas, le scanner dans 23% des cas et l'échographie, rarement utilisée dans 1% des cas.
    - **la prise de sang n'est également pas négligeable, réalisée dans plus d'un ¼ des consultations**
- **La majorité des festayres (79%) venant consulter aux urgences relevaient de soins ambulatoires**. Leur prise en charge était globalement rapide :
    - 2/3 ont été vus dans l'heure de leur arrivée et plus de 90% dans les 2 heures
    - plus de la moitié ressortaient dans les 2 heures et 3 patients sur 4 dans les 3 heures suivant le début de la prise en charge.
- **Environ 1 festayre sur 5 était hospitalisé (21%), et généralement durant le week-end.** On retrouvait en majorité des motifs :
    - traumatologique (66%), à l'origine d'une chirurgie pour plus d'un ¼ des patients hospitalisés.
    - alcoolisation aiguë (66%), étiologie directe des troubles de la conscience observés chez les

« festayres »; ces patients mêmes finissant hospitalisés aux urgences.

-Les analyses diverses et variées des patients (troubles de la conscience/hospitalisation/ chirurgie/ambulatoire/refus de prise en charge) ont fait ressortir cependant certaines tendances :

- **Une majorité des patients hospitalisés sont arrivés en ambulance (81%)**
- « Le Touriste » est téméraire, il boit plus que de raison...ou « tient moins bien la bouteille »: les patients présentant des troubles de la conscience (lié à l'alcool) étaient en majorité des touristes (85%) ; de la même manière, la proportion de touristes hospitalisés était également supérieure (59% des hospitalisations)
- « Le Landais » est en revanche plus casse-cou : 89% des patients ayant nécessité une chirurgie étaient des locaux. Il s'agissait dans 100% des cas de chirurgies orthopédiques.

- A noter un refus de la prise en charge médicale environ 1 fois sur 10, survenant en général le week-end (73%) et pour un motif traumatologique à priori bénin (87%). A l'origine, un patient, tantôt impatient, tantôt désirant sortir contre avis médical, mais également une défaillance possible de tenue du dossier médical informatisé (dossiers vides).

Les fêtes de la Madeleine, au vu de l'organisation actuelle des secours, ont un impact direct sur l'activité du SAU de l'hôpital Layné :

- Si 153 patients ont été inclus dans l'étude (soit 23,5% des consultations totales sur la période des fêtes), la répartition des consultations n'a pas été homogène sur les différents jours; on constate ainsi une **recrudescence de l'activité durant le week-end** (100 patients, soit 65% des consultations « festayres ») débutant dans la nuit du vendredi au dimanche soir et coïncidant avec l'arrivée des touristes.
- L'équipe médicale a également été contrainte de surveiller de manière étroite certains fêtards ; en effet, **plus de la moitié des patients hospitalisés l'ont été au SAU** (18 patients, soit 56%) avec notamment, dans un premier temps, embolisation de l'UHCD, qui une fois saturée, entraînait des hospitalisations au sein même du service des urgences, hospitalisations dites « ZPU », dont le motif le plus fréquent était une alcoolisation aiguë avec troubles de la conscience (66%).

Malgré tout, il faut souligner que l'organisation des soins est efficace à l'heure actuelle au vu du nombre de consultations festayres aux urgences et du nombre total de participants. De plus, grâce au bon fonctionnement du service et de l'équipe soignante, ces difficultés durant le week-end ne sont pas traduites par une augmentation significative du délai d'attente et du temps de prise en charge médicale des patients.

4.2. Biais et limites de l'étude

Notre étude présentait quelques limites.

Les caractéristique de notre étude étant épidémiologique et descriptive, elle bénéficie d'un **faible niveau de preuve scientifique** : niveau 4 de preuve des études et grade de recommandations C. (35)

Un **biais d'information** était probable, notamment sur le recueil d'information et de tenue du dossier, et ce, à différents niveaux:

- les patient pouvaient avoir, volontairement ou pas, omis de donner certaines informations comme la consommation d'alcool ou de drogue, avoir été auteur ou victime d'agression, etc.
- le recueil d'information s'est fait par de nombreux et différents intervenants (IAO, internes et médecins urgentistes) avec méthodologie d'interrogatoire et de tenue de dossiers probablement différentes.

On peut ainsi légitimement se poser des questions sur :

- une sous-estimation des certaines données recensées et leur chiffre réel : alcoolisation, agression, troubles de la conscience avec score de Glasgow plus ou moins fait, notamment.
- la notion de prise de toxiques est probablement sous estimée (2 cas), semblant relever plutôt d'une absence de questionnement dans l'interrogatoire des soignants. Une étude concernant les consommations de substances psychoactives pendant les férias du Sud-Ouest (Dax et Mont de Marsan) en 2015 (36) incluait 27 patients et retrouvait une consommation de substances très variées avec une prédominance de stimulants ; les deux drogues majoritairement consommées étaient la cocaïne et le cannabis.
- le nombre d'ECG réalisé qui est certainement supérieur aux comptes rendus consignés dans les dossiers ; en effet, comme vu précédemment, on se doute que parmi les 9 « festayres » ayant eu une chirurgie, le nombre d'ECG réalisé était supérieur à 1.
- le nombre de patients partis sans attendre est probablement également sous estimé. En effet, nos données ne nous permettent seulement de répertorier que les patients partis après avoir eu leur bilan initial avec l'IOA.

La réalisation d'une étude prospective aurait permis de limiter ces biais ; cependant, s'agissant d'une première étude, nous ne savions pas dans quels types de résultats allaient ressortir. Il était donc plus confortable de travailler sur une base de données déjà disponible.

Une réflexion peut également être faite sur l'utilisation du plateau technique. Notre étude ne nous permettait pas de déterminer si les examens complémentaires réalisés étaient réellement justifiés ou s'ils tenaient plus de «l'obligation de mise en place de moyens ».

Enfin, on a également regretté, du fait de cette mauvaise tenue du dossier médical, l'impossibilité de différencier parmi les patients arrivant en ambulance, les patients adressés :

- par le poste médical avancé
- par les postes de secours
- par la régulation du SAMU

4.3. Force de l'étude

Malgré le faible niveau de preuve scientifique de notre étude et au delà du caractère ludique de la thématique des férias, notre étude se préoccupe d'un réel phénomène de santé publique qui touche non seulement la ville de Mont-de-Marsan mais également toutes les autres villes organisant les mêmes types de festivités et sur lequel il n'existe que peu de travaux réalisés à notre connaissance. Les résultats en découlant sont ainsi applicables pour tout autre grand rassemblement du même type.

L'étude étant rétrospective et descriptive et non comparative, il n'y avait pas de calcul d'un nombre minimal de patients à fournir ; cependant le recrutement a été exhaustif, il a englobé l'intégralité de la population cible avec un nombre de patients recrutés semblant satisfaisant afin que les résultats soient pris en considération. Les patients aux données manquantes ont également été inclus dans l'étude afin de limiter les biais. De nombreuses données ont été relevées afin d'établir le profil du festayre le plus précis possible.

Le recueil de données a été réalisé par un seul investigateur avec la même méthodologie.

L'hôpital de Layné étant le seul établissement médical disposant d'un SAU dans la ville de Mont-de-Marsan et agglomération, la population étudiée correspond à la population cible.

Tirant parti des caractéristiques d'une étude transversale, à savoir un faible coût et une relative rapidité, notre étude a fait ressortir les limites de système de soins actuel, certes encore suffisant, mais indéniablement amené à être dépasser à moyen terme et pour lequel de multiples propositions

d'améliorations sont faites un peu plus bas. De plus, nous espérons qu'elle permettra aux lecteurs de dépasser certains préjugés notamment celui selon lequel « les festayres qui se présenteraient au urgences ne seraient que des patients en coma éthylique » et qu'elle sera à la base de réflexions amenant d'autres travaux de thèse.

4.4. Discussion générale et perspectives

4.4.1. Comparaison des résultats à la littérature externe.

L'analyse de la pathologie du festayre semble assez proche du profil attendu après revue de la littérature.

Selon le tableau par l'OMS ciblant les pathologies attendues en fonction des caractéristiques du grand rassemblement (annexe 1) (13), nous retrouvons les motifs de consultation alcoolo-traumatologique, des rixes/agressions. On retrouve quelques cas d'usage de drogue, à priori sous-estimé, quelques cas de malaises sur possible déshydratation, un unique cas de pathologie lié à l'offre de restauration et aucun cas de maladie infectieuse autre et notamment infection sexuellement transmissible, diagnostic cependant fait en ambulatoire plus souvent qu'au SAU.
Le docteur MARCHAND, dans sa thèse incluant 376 patients et ciblant la prise en charge de l'intoxication éthylique durant les fêtes de Bayonne 2010 retrouvait une proportion homme/femme similaire , un taux d'hospitalisation inférieur à celui de notre étude (10% contre 21%). (12)

Le docteur FARBOS, dans sa thèse sur la comparaison des systèmes de soins lors des fêtes populaires de Mont-de-Marsan, Dax et Bayonne avait fait un bref résumé de l'activité du SAU de Mont-de-Marsan en 1998: 107 passages aux urgences (le PMA n'existait pas encore à cette époque), une proportion homme/femme à 60%/40%, le motif traumatologique étant également prépondérant (81 consultations traumatologique (dont 18 rixes), 14 alcoolisations aiguës, 12 malaises), un taux d'hospitalisation à 16% (17 patients). A noter que les fêtes se déroulant du vendredi au jeudi soir suivant, l'activité semblait étalée sur la semaine avec un 40% des consultations durant le week-end contre 75% en 2014. (9)

4.4.2. La Madeleine, une organisation des soins à revoir à moyen terme...

Au vu de la fréquentation actuelle des fêtes de la Madeleine, le dispositif préventif médical, dans lequel le SAU de l'hôpital Layné joue un rôle primordial, laisse entrevoir ses limites ; limites

amenées à être dépassées au vu l'attractivité des fêtes et de l'affluence croissante de la population année après année.

Pourquoi ?

Afin de respecter les normes de l'exercice légal de la médecine et d'éviter ce qui pourrait facilement devenir de la « médecine foraine ». Le SAMU de France propose certaines règles concernant le calcul des effectifs médicaux et infirmiers nécessaires aux grands événements (15) :

- Il est admis que la présence d'un médecin urgentiste est nécessaire dès que le nombre de participants dépasse 5 000 à 10 000 personnes, voire moins en cas de risque avéré. Il est toujours associé à un infirmier.
- Au-delà, l'effectif médical minimal requis est déterminé grâce au *ratio intervenant médecin (RIM)*. Il est calculé en fonction de l'indice Global de Risque (IGR) qui est défini par la somme des indices de risques de 4 tableaux (cf annexe 3): IGR = A + B + C + D ; *RIM* = IGR x nombre de spectateurs/10.000.
- En prenant l'estimation de la fréquentation la plus basse pour les fêtes de la Madeleine 2014, soit 500.000 personnes, le *RIM* est de 58 médecins dédiés aux férias. A ce jour, sans compter les médecins urgentistes et en considérant que les médecins pompiers du PMA font un roulement 1 fois par jour, le nombre de médecins présents pour les fêtes est de 30 (3 médecins sapeur pompiers x 2 x 5 jours).

Comment ?

Afin de décharger le travail du SAU, qui, rappelons-le une nouvelle fois, doit également prendre en charge les urgences de la population générale, plusieurs mesures peuvent être discutées en vue de l'amélioration de l'organisation des soins. L'hypothèse selon laquelle « la majorité des festayres consultant aux SAU de Layné durant les fêtes de la Madeleine relèverait de soins ambulatoires » est vérifiée.

Une réflexion concernant la **mise en place d'une maison médicale** au sein même des fêtes, structure indépendante et supplémentaire au PMA pouvant impliquer la médecine générale, a été menée et ce, afin de prendre en charge la majeure partie des patients ambulatoires venant emboliser le SAU de Layné. Cependant, de nombreuses conditions logistiques doivent être réunies afin que le projet ait une chance de voir le jour.

Le profil de la pathologie de la population étudiée impose la **disponibilité d'une certaine partie du plateau technique** :

- L***'ECG*** est un examen facilement réalisable, il suffit d'avoir un appareil portatif à disposition.
- Sur le plan de la ***biologie***, utilisée dans 28% des cas, différentes options peuvent être envisagées :
    - Avoir à disposition un laboratoire d'analyse médicale de garde à proximité de la maison médicale ou un coursier pouvant amener les prélèvements sanguins réalisés au laboratoire de l'hôpital.
    - La réalisation du prélèvement sanguin en elle-même impose un médecin formé et surtout habitué à réaliser le geste technique ; ou la possibilité d'avoir à disposition un IDE pouvant le faire.
    - Différentes possibilités: le prélèvement veineux standard mais également la prise de sang capillaire, pouvant sembler plus simple mais qui ne permet pas certaines analyses pouvant être nécessaires en fonction des situations (exemple coagulation) (37).
    - A l'heure actuelle, il existe des appareils portatifs d'auto-mesure de la glycémie capillaire, de la coagulation (38) , de l'hémoglobine (39); de la même manière, des chercheurs français viennent tout juste d'inventer un appareil portatif, encore au stade du prototype, permettant d'analyser 10 à 20 bio-marqueurs (liste malheureusement au 6 septembre 2017 non disponibles); appareil lauréat 2016 du trophée de la e-santé dans la catégorie « objet connecté de santé » (40-42); la commercialisation, initialement prévue pour le courant de l'année 2017, ne semble pas encore d'actualité début septembre 2017. Ce dispositif pourrait éventuellement résoudre cette problématique en fonction des examens sanguins disponibles.

- ***Les examens radiologiques*** étant utilisés pour 49% des patients, et de ce fait indispensables, la maison médicale DOIT disposer d'un recours à la réalisation d'imagerie. Différentes options sont discutables :
    - La possibilité de faire appel à un centre de radiologie de garde à proximité serait LA solution permettant de pallier au problème de l'imagerie notamment pour les scanners. Cependant, cette idée semble utopiste...
    - La radiographie étant l'examen le plus utilisé (76% des imageries réalisées), il faudrait disposer d'un appareil de radiographie portable. Cela imposerait au médecin généraliste d'avoir une formation complémentaire aux techniques de réalisation de radiographie, de la même manière que certains médecins de montagne (43-44) ou vétérinaires ou avoir à disposition un manipulateur radio.
    - Une thèse réalisée en février 2016 (45) révélait que l'utilisation de l'échographie reste une

pratique rare par les médecins généralistes : 8,1% des médecins généralistes ayant fait une formation à l'échographie utilisaient un appareil dans leur pratique courante. Ses indications retenues en médecine générale sont: gynéco-obstétricale, abdominale (appendicite, cholécystite), vasculaire, urinaire et rénale, ostéo-articulaire. Concrètement, quand bien même l'échographie pourrait être une aide diagnostique dans certains cas de traumatologie abdominale ou thoracique à la recherche de complications, elle était très peu utilisée (1% des imageries réalisées) au vu du profil de la pathologie du festayre et n'est donc pas indispensable, chose rassurante au vu la faible proportion de médecins généralistes formés.

- **Le recours fréquent au scanner (23% des imageries réalisées) semblait clairement être LE facteur limitant à la mise en place de cette maison médicale** ; cependant cette limite est discutable après réflexion. Nos données nous rapportent que :
    - Les patients arrivés en ambulance, soit 52% de notre population (figure 6), représentaient 81% des patients hospitalisés (soit 26 patients sur 32) (figure 20).
    - Les autres (venus d'eux-même et amené par la police), en dehors du faible taux d'hospitalisation (8% selon la figure 35), ont un recours à l'imagerie dans 48% des cas avec en majorité des radiographies (44% des patients), 3 scanners (soit 4% des patients) et aucune échographie.

  En considérant que l'objectif premier de cette offre de soins supplémentaire est la prise en charge des patients ambulatoires et non l'hospitalisation, il pourrait être intéressant d'envisager la **prise en charge des patients arrivés en ambulance aux urgences du SAU et des autres (arrivés d'eux même/CNH) au sein de la maison médicale** ; patients qui, dans l'éventualité de nécessité de scanner, seraient rapatriés au SAU de la même manière que si ils avaient été vus au PMA ou poste de secours.

La maison médicale, si elle voyait le jour, permettrait un drainage du flux des patients ambulatoires. Avec une bonne compréhension concernant son rôle et une bonne coordination de la part des différents acteurs, elle pourrait devenir une alternative intéressante au rapatriement systémique des patients au SAU de Layné notamment dans les cas de traumatologie bénigne nécessitant une radiographie. En revanche, on regretterait une utilisation à tort à l'origine de multiplication de trajets, véhiculés ou pas, pour les patients.

D'autres mesures peuvent être discutées afin d'améliorer l'organisation de soins, dont la mise à jour régulière est nécessaire selon l'OMS et ce, en se basant sur des événements précédents du même type (13). Plusieurs mesures adoptées pour les fêtes de Bayonne évoquées dans l'introduction sont

intéressantes et, si reproduites pour Mont-de-Marsan, pourraient avoir un impact significatif.
En effet, la première mesure possible serait une **multiplication des postes médicaux avancés en médicalisant les deux postes de secours** (Croix rouge et ADPC) assurant une prise en charge complémentaire. Les avantages peuvent être décrits selon 3 axes : (15)

– Avantages médicaux : les pathologies les plus graves bénéficient d'une médicalisation spécialisée plus rapide, avant leur prise en charge par le SAMU/SMUR.

– Avantages organisationnels : l'expérience montre que la grande majorité des patients peuvent être traités sur place, dans un local dédié (infirmerie) et que les évacuations vers un établissement de santé sont rares : selon le rapport du SAMU de France (15), 5% lors de la coupe du monde de football 1998, 7% lors de la coupe du monde de rugby 2007, 2% durant la tournée de Johnny Halliday 2009... De plus, il est admis que le tri effectué par les secouristes est moins efficace. Une telle organisation permet d'éviter une surcharge inutile des structures des urgences.

- Avantages opérationnels : en cas d'accident catastrophique, cette organisation préalable permet une évaluation initiale plus rapide de la situation et une meilleure adaptation des moyens sanitaires à engager.

Au vu de la place importante du SAU de Layné dans l'organigramme des secours, la deuxième mesure, à envisager en priorité, serait un **renforcement de l'effectif hospitalier** à travers différentes propositions plus ou moins réalisables en fonction des moyens :

– la mise en place d'un **poste de secours intra-hospitalier** installé à proximité immédiate des urgences et du déchoc. Le recours fréquent au plateau technique rend ce caractère « intra-hospitalier » nécessaire, la « proximité au déchoc » afin que tout patient en urgence vitale puisse bénéficier de soins rapides. Ce poste de secours devrait posséder des boxes médico-chirurgicaux mais également des places de surveillance continue afin de prendre en charge les patients habituellement hospitalisés aux urgences et à l'UHCD. La gestion pourrait être faite par deux médecins dont un interne, un infirmier, un aide-soignant et si possible quelques secouristes. L'astreinte avec présence obligatoire d'un chirurgien orthopédique, ou à un moindre degré d'un interne de chirurgie peut se justifier au vu de la prédominance de la pathologie traumatologique du festayre.

– à un moindre degré, si la mise en place du poste de secours intra-hospitalier est impossible, il s'agirait de **renforcer l'effectif du SAU** avec ajout de 2 médecins dont un interne, un infirmier et un aide-soignant.

Enfin, une troisième mesure intéressante serait la mise en place d'un **logiciel informatique unique partagé par SAU/PMA/postes de secours/SAMU**. Cela permettrait, d'une part, une analyse en temps réel de l'activité des différents sites et, d'autre part, une meilleure prise en charge des patients, notamment grâce au gain de temps sur le versant logistique quant à la tenue du dossier médical.

Quand ?

Comme vu précédemment sur l'analyse du relevé d'activité des urgences pendant les fêtes, le flux des fêtards venant consulter n'est pas homogène. On constate ainsi clairement une prédominance des consultations « festayres » à partir du vendredi soir jusqu'au dimanche soir, soit sur la période d'affluence des touristes. Les propositions évoquées plus haut (hormis le logiciel informatique partagé) seraient donc à mettre en place durant le week-end dès le vendredi soir.
L'étude montre également que 2/3 des consultations sont « nocturnes ». En fonction des moyens possibles, en cas d'impossibilité de moyens supplémentaires sur 24h, il faudrait donc privilégier cette couverture médicale supplémentaire sur l'horaire de garde, soit de 18h à 8h.

Qui ?

De manière théorique, différentes possibilités seraient envisageables.
Les recommandations du SAMU-Urgences de France (15) vont vers des intervenants formés à la médecine d'urgence et de catastrophe, soit des **médecins urgentistes**. L'analyse des motifs de consultations, le faible nombre d'urgences vitales et la grande proportion des patients ambulatoires nous amènent à penser que ce rôle ne devrait pas leur être imposé de manière systématique.

Ainsi, pour la médicalisation des postes de secours pré-existants gérés par les secouristes, une couverture médicale pourrait, en théorie, être envisagée par :
- un **médecin hospitalier** urgentiste ou pas
- **sapeur-pompier**
- mais également par un **médecin généraliste**.

En cas de renforcement de l'effectif hospitalier, la logique serait de faire appel à des médecins hospitaliers, urgentistes ou pas, connaissant les lieux, la logistique et le personnel. Cependant avec une formation antérieure adaptée, il semble également envisageable d'intégrer des médecins généralistes aux urgences.

Alors qu'à l'heure actuelle, l'organisation des soins ne comprend exclusivement que la médecine publique, il pourrait être intéressant d'y inclure la médecine libérale. Le problème consiste à trouver des médecins libéraux intéressés et motivés ainsi qu'à déterminer un cadre légal de travail.

5. Conclusion

Les fêtes de Madeleine, plus populaires d'année en année, sont aujourd'hui un événement incontournable de la saison estivale du département des Landes. Le nombre de festayres participant à ce grand rassemblement de renommée nationale est toujours plus nombreux. Le succès est lié à la ferveur populaire et à la convivialité rencontrée mais ces moments festifs et souvent alcoolisés sont à l'origine d'inévitables excès.

L'organisation des soins pendant les fêtes, dans lequel le SAU de l'hôpital Layné joue un rôle primordial, commence à atteindre ses limites. En plus de son activité habituelle, le service des urgences doit faire face à un flux incessant de fêtards à la demande de prise en charge médicale et qui, pour la plupart, relèvent de soins ambulatoires.

Le festayre consultant aux urgences est en règle générale un homme jeune, âgé de 18 à 30 ans. Les motifs de consultation sont en majeure partie de la traumatologie bénigne, dans un contexte ou non de rixe, ainsi que des problèmes d'alcoolisation aiguë associée ou non à des complications. La suractivité qu'il engendre se ressent généralement sur la nuit sur des horaires de garde et à l'approche du week-end, notamment avec l'afflux massif de touristes.

A l'heure actuelle, le travail effectué par l'équipe médicale de SAU de Layné est plus que satisfaisant au vu du délai d'attente moyen et de prise en charge de la population étudiée ; cependant, devant l'augmentation croissante de l'affluence, en sera t-il toujours de même dans les années à venir ?

Différentes propositions d'amélioration concernant l'organisation actuelle des soins ont été évoquées :

– une réflexion concernant la mise en place d'une maison médicale au sein même des fêtes a été menée, projet ne pouvant voir le jour sans la mise à disposition de moyens humains et matériels.

–d'autres sont directement inspirées des fêtes de Bayonne, événement similaire de plus grande ampleur et vont vers l'amélioration de dispositifs de soins déjà existants : médicalisation des postes de secours pré-existants, mise en place d'un poste de secours intra-hospitalier, renforcement de l'équipe médicale du SAU de Layné, mise en place d'un logiciel informatique unique partagé par les différents acteurs de l'organisation de soins.

Si le Samu de France recommande des intervenants formés à la médecine d'urgence et de catastrophe (soit des médecins urgentistes), l'analyse de la pathologie du « festayre » nous amène à penser que celui-ci relève, dans la majorité des cas, de soins ambulatoires. La médecine libérale aurait donc possiblement un rôle à jouer...sous réserve que les médecins généralistes en aient envie et que la médecine publique leur fasse une place dans l'organigramme des soins.

6. Références

1. FERIA 40. Liste des férias 2017. [En ligne] http://www.ferias40.fr/2017/Fetes/liste Consulté les 15 septembre 2015 et 25 février 2017

2. Fêtes de la Madeleine. [En ligne]. https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=F%C3%AAtes_de_la_Madeleine&oldid=116974829 Consulté le 15 septembre 2015

3. Mont-de-Marsan : Fêtes de la Madeleine | Landes | Actualités en Aquitaine http://www.aquitaineonline.com/actualites-en-aquitaine/landes/223-mont-de-marsan-fetes-ferias-madeleine.html Consulté le 6 octobre 2015

4. Les Landes en Capitale - Mont de Marsan - Histoire du Moun. [En ligne]. http://www.montdemarsan.fr/lutece/jsp/site/Portal.jsp?page_id=429. Consulté le 15 septembre 2015

5. Les Landes en Capitale – Mont de Marsan- Fêtes de la madeleine - Galerie photos Madeleine 2015. [En ligne]. http://www.fetesmadeleine.fr/lutece/jsp/site/Portal.jsp?page_id=642. Consulté le 15 septembre 2015

6. INSEE, Institut national des statistiques et des études économiques. Dossier complet. Commune de Mont-de-Marsan (40192) [En ligne]. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-40192 Consulté les 15 septembre 2015, 29 novembre 2016 et 3 août 2017

7. INSEE, Institution national des statistiques et des études économiques. Comparateur de territoire. Intercommunalité-Métropole de CA Mont-de-Marsan (244000808). [En ligne]. https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=EPCI-244000808 Consulté les 15 septembre 2015, 29 novembre 2016 et 3 août 2017

8. INSEE, Institut national des statistiques et des études économiques. Dossier complet. Aire urbaine de Mont-de-Marsan (122). [En ligne]. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=AU2010-122 Consulté les 15 septembre 2015, 29 novembre 2016 et 3 août 2017

9. Farbos J.P. Etude comparée de l'organisation des secours médicalisés lors des fêtes populaires: villes de Mont de Marsan, Dax et Bayonne - année 1998. Thèse de médecine générale.

Université de Bordeaux; 2000, 76 p.

10. Dewitte V. Madeleine 2015 : un record d'affluence pour l'ouverture des fêtes. SudOuest.fr. [En ligne]. http://www.sudouest.fr/2015/07/23/madeleine-2015-un-record-d-affluence-pour-l-ouverture-des-fetes-2077107-721.php. Consulté le 6 octobre 2015

11. OMS, Organisation mondiale de la santé. Communicable disease alert and response for mass gatherings. Key considerations. Juin 2008. [En ligne]. http://www.who.int/csr/Mass_gatherings2.pdf. Consulté le 20 septembre 2015

12. Marchand H. Surveillance des intoxications éthyliques aigues lors de grands rassemblements : étude d'un score secouriste (FERIA), dans le cadre des Fêtes de Bayonne 2010. Thèse de médecine générale. Université de Bordeaux ; 2011, 108 p.

13. OMS, Organisation mondiale de la santé. Public Health for mass gatherings : key considerations. [En ligne]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162109/1/WHO_HSE_GCR_2015.5_eng.pdf?ua=1&ua=1. Consulté le 6 avril 2016

14. Ministère de l'Intérieur. Circulaire du 20 avril 2988 relative à la sécurité des grands rassemblements. [En ligne]. http://www.secourisme.net/spip.php?article193 Consulté le 20 septembre 2015

15. Braun F., Cibien J.F., et al. SAMU-Urgences de France. Rassemblement de foule & gestion médicale evenementielle - Recommandations d'experts. Juillet 2014 [En ligne]. http://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/794/sudf_1407_reco_rassemblements.pdf. Consulté le 27 novembre 2016

16. Code de la santé publique - Article R6123-1. Code de la santé publique. [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916739&dateTexte=&categorieLien=cid

17. Larras B., Mathieu A. Bilan et évaluation de la surveillance sanitaire de l'Armada de Rouen, édition 2013. INVS, Institut de veille sanitaire. [En ligne]. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=9426 Consulté le 10 décembre 2015

18. Van Hal S.J., Foo H et al. Influenza outbreak during Sydney World Youth Day 2008: the utility of laboratory testing and case definitions on mass gathering outbreak containment. PloS One. 2009;4(9):e6620.

19. Tabatabaei S.M., Metanat M. Mass Gatherings and Infectious Diseases Epidemiology and Surveillance. Int J Infect. 25 avril 2015;2(2):e22833. [En ligne]. http://cdn.neoscriber.org/cdn/serve/313ea/f5841b560868725b6375cc31be80da5217c1e108/14710-pdf.pdf. Consulté le 8 avril 2016

20. Lee L.A., Ostroff SM, et al. An outbreak of shigellosis at an outdoor music festival. Am J Epidemiol. 1991 Mar 15;133(6):608–15.

21. Wharton M., Spiegel R.A., et al. A large outbreak of antibiotic-resistant shigellosis at a mass gathering. J Infect Dis. 1990 Dec;162(6):1324–8.

22. Le Quéré Y, Luquiens A, et al. Binge drinking: comment lutter? La revue du praticien - Médecine générale. 15 nov 2014; 929: 719-20.

23. Braun F., Berthier F. Livre Blanc: Organisation de la médecine d'urgence en France: un défi pour l'avenir. Les proposition de Samu-Urgences de France. Gueblez; Octobre 2015, 45p. [En ligne]. http://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf.

24. Secours Médical de France. Historique des SAMU-SMUR [En ligne]. http://secours-medical-de-france.blogspot.com/p/samu-smur.html. Consulté le 11 février 2017

25. Mitterand F., FABIUS L. Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires. Aide médicale urgente. [En ligne]. http://samu2a.free.fr/pdf/6.pdf. Consulté le 11 février 2017

26. Samu De France. Objectif et Historique – Un peu d'histoire [En ligne]. http://www.samu-de-france.fr/fr/public/presentation. Consulté le 19 février 2017

27. Code de la santé publique - Article D6124-13 [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916962. Consulté le 19 février 2017

28. Choplin J-D. Fête de Bayonne 2015: plus de monde, moins de délits. Sud-Ouest.fr. [En ligne]. http://www.sudouest.fr/2015/08/05/fetes-de-bayonne-2015-plus-de-monde-moins-de-delits-2089056-719.php. Consulté le 6 octobre 2015.

29. Le Parisien. Fêtes de Bayonne: “fréquentation en hausse, autour d’un million de visiteurs.” 5 août 2015. [En ligne]. http://www.leparisien.fr/flash-actualite-culture/fetes-de-bayonne-frequentation-en-hausse-autour-d-un-million-de-visiteurs-05-08-2015-4992167.php. Consulté le 6 octobre 2015.

30. Touraine M, Valls M. Décret n°2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la recherche humaine. Journal officiel de la République Française. [En ligne]. http://www.dm-experts.fr/wp-content/uploads/2016/11/2016-11-17_Decret_application_loi_Jarde.pdf. Consulté le 15 juin 2017

31. Taytard A. Score de Glasgow. [En ligne]. http://www.respir.com/doc/abonne/base/ScoreGlasgow.asp?expand=CNIL. Consulté le 7 décembre 2016

32. Ambrosi X, Sharshar T, et al. Coma non traumatique chez l’enfant et chez l’adulte. Rev Prat. 2016;66:159–67.

33. Ledoux D, Piret S, et al. Les échelles d’évaluation des états de conscience altérée. Réanimation J Société Réanimation Lang Fr. 2008;17:695–701.

34. CNER, Collège National des Enseignants de la Réanimation. Item 331 : Coma non traumatique chez l'adulte et l'enfant. Campus numérique. 2015 ; 13p. [En ligne]. http://www.cnerea.fr/UserFiles/File/national/desc-des/livre-masson-2015/neuro/coma.pdf Consulté le 5 juin 2017

35. HAS, Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique – Avril 2013. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf. Consulté le 15 juin 2017

36. Labadie M, Capaldo L, et al. Consommation de substance psychoactives pendant les férias du Sud-Ouest. 9ème ateliers de la pharmaco-dépendance et addicto-vigilance; 2016.

37. OPTMQ, Ordre Professionnel des Technologistes Médicaux du Québec. Prélèvement de sang par ponction capillaire aux fins d'analyse. 3ème édition. 2011 [En ligne]. http://optmq.org/wp-content/uploads/2012/08/R%C3%A8gles-de-pratique-pr%C3%A9l%C3%A8vement-de-sang-par-ponction-capillaire-aux-fins-danalyse-3e-%C3%A9dition.pdf. Consulté le 5 mars 2017

38. Karami A. Évaluation de la validité et de l'utilité d'un appareil d'automesure de l'INR capillaire en institution gériatrique. Thèse de médecine. Université Paris 13; 2011, 75 p. [En ligne]. http://www.antalvite.fr/pdf/evaluation_de_la_validite_et_de_l_utilite_d_un_appar.pdf. Consulté le 2 avril 2017

39. Nguyen-Khac É., Gournay N, et al. Mesure de l'hémoglobine capillaire par un lecteur d'hémoglobine portable. Intérêt pour la surveillance digestive au lit des patients en phase aiguë d'une hémorragie digestive. La Presse Médicale. 2006;35(7-8):1131-37. [En ligne]. http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/article/103119/resultatrecherche/1. Consulté le 2 avril 2017

40. Archimej Technology. Beta-Bioled, un analyseur de sang connecté qui vous donne les informations les plus importantes pour connaître votre état de santé en quelques minutes. [En ligne] http://www.betabioled.com/beta-bioled/ Consulté le 2 avril 2017

41. Loumé L. Analyser son sang à domicile, bientôt possible ? Sciences et Avenir. [En ligne]. https://www.sciencesetavenir.fr/sante/analyser-son-sang-a-domicile-bientot-possible_27784 Consulté le 5 mars 2017.

42. Moreaux R. Trophées de l'e-santé 2016: le détail des 10 projets récompensés à Castres. [En ligne]. http://www.ticsante.com/Trophees-de-l-e-sante-2016-le-detail-des-10-projets-recompenses-a-Castres-NS_3084.html Consulté le 5 mars 2017

43. Montagne Leaders . Métier en station : Médecin en station [En ligne]. http://www.montagneleaders.fr/reportages/metier-en-station-de-ski-medecin-en-station Consulté le 4 mars 2017

44. Médecin de Montagne. Qu'est-ce qu'un médecin de montagne ? [En ligne]. http://www.mdem.org/france/DT1343208611/page/Qu-est-ce-qu-un-Medecin-de-Montagne.html Consulté le 4 mars 2017

45. Many E. Utilisation de l'échographie par les médecins généralistes en France: enquête

descriptive. Thèse de médecine générale. Université de Bordeaux; 2016, 75 p. [En ligne]. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01290870/document Consulté le 27 février 2017.

7/ Annexes

Annexe 1

Table 1: Examples of MG event assessment characteristics

MG features		
Type	Sporting event	• Energetic, potentially emotionally aggressive mood. Risks of injuries and violence. Risk of cardiovascular events
	Religious event	• Higher risk of participants with existing medical conditions which may increase the need for on-site medical care
	Cultural event	• Risk of alcohol and drug use • Risk of sexually transmitted infections • Risk of dehydration, hyperthermia, hypothermia
	Political event	• Energetic and potentially aggressive moods • Risk of demonstrations or riots, injuries
Activity level	Seated	• Risk of collapse if infrastructure inadequate to support attendees
	Standing	• Risk of injuries, fatigue
	Mobile	• Risk of injuries, crushes
Duration	≤ 24 hours	• Lack or decrease of perceived vulnerability by participants • Lack of preparations by participants, health systems due to shorter duration
	1 day – week	• Lack or decrease of perceived vulnerability by participants • Lack of preparations by participants, health systems due to shorter duration
	1 month	• Higher risk of communicable disease • Increased duration of strain on public health system
	> 1 month	• Higher risk of communicable disease • Extended strain on public health systems due to need to function at surge capacity for the whole period
Occurrence	Recurrent	• Excessive reliance on previously used systems • Inflexible health systems
	Single	• Inadequate health systems • Lack of planning

Alcohol sold	Yes	▪ Risk of injuries, including alcohol poisoning ▪ Risk of drunk driving, property damage ▪ Risk of violence
Likely drug use	Yes	▪ Risk of injuries ▪ Risk of overdose ▪ Risk of poisoning due to consumption of unknown, counterfeit or low-quality drugs
Level of medical services at the venues	First aid stations	▪ May provide some basic medical care ▪ Triage services ▪ Potential contact point for higher level medical support services
	On-site Medical posts	▪ May provide some basic medical care ▪ Triage services ▪ Potential contact point for higher level medical support services
	On-site hospitals for participants	▪ Easy proximity to higher level medical support services ▪ Increased number of healthcare providers
Catering See chapter 12	Professional catering	▪ Lower risk of food-borne illness ▪ Improved food security
	Informal	▪ Increased risk of food-borne illness
	Self-catering	▪ Increased risk of food-borne illness
Hygiene / Sanitation services See chapter 11	None	▪ Increased risk of infectious disease, including respiratory and diarrhoeal diseases ▪ Lack of hand washing facilities ▪ Lack of toilets ▪ Increased risk of open defecation
	Hand washing stations	▪ Decreased risk of infectious disease ▪ May include alcohol-based disinfectants
	Latrines: temporary	▪ Improved sanitation and waste disposal
	Latrines: permanent	▪ Preferable to temporary latrines ▪ Requires more infrastructure than temporary latrines for construction and maintenance

Venue characteristics		
Venue	Indoor	• Poor air circulation
	Outdoor	• Potential for inadequate sanitation, food and water preparations
	Contained venue (fenced)	• Overcrowding • Spread of infectious diseases
	Uncontained venue	• Difficulty locating services near attendees due to geographic spread
	Rural	• Increased distance to health services, particularly advanced level care • Increased potential for contact with animals and insects
	Temporary	• May lack infrastructure for safe food and water delivery • May lack infrastructure for emergency medical services • May lack financial capacity to create infrastructure necessary for a safe and successful MG
	Permanent	• Infrastructure may be aged or failing • Infrastructure may need upgrading in order to comply with current standards (e.g. accessibility or fire codes)

Environmental factors		
Season	Summer	• Risk of dehydration, heat stroke/hyperthermia
	Winter	• Risk of hypothermia • Risk of injuries with snow or ice • Potential for damage to infrastructure
	Wet	• Drowning, flood–related injuries • Waterborne disease • Potential increase in vector-borne and waterborne diseases • Loss of property, damage to infrastructure
	Dry	• Risk of dehydration, waterborne disease • Risk of allergies • Risk of fires, decreased air quality
Participant characteristics		
Participant origins	National	• Complacency/low perceived vulnerability with health risks • Potentially low immunity for imported infectious diseases
	International	• Risk of importation/exportation of disease • Risk of delayed access to healthcare due to unfamiliarity with healthcare system • Risk of delayed detection of pathogens by inexperienced healthcare system • Risk of environmental risks for those not acclimatized such as heat or cold, altitude, pollution • Communicable disease for unvaccinated or vulnerable travellers to endemic pathogens and parasites • Unknown immunity of participants
Density of participants	High density	• Risk of communicable disease • Risk of mass casualty event
Participants health status	Elderly or chronically ill	• Risk of non-communicable disease • May require higher levels of health services
	Disabled	• Local infrastructure may not be adequate • Will need special care • Emergency preparedness requires planning

Annexe 2

CNIL.

3 Place de Fontenoy - 75334 PARIS Cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

2078921 v 1

du 05-09-2017

Monsieur BLONDET Romain
CENTRE HOSPITALIER DE MONT DE MARSAN
AVENUE PIERRE DE COUBERTIN
40024 MONT DE MARSAN CEDEX

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
2) La pertinence des données traitées,
3) La conservation pendant une durée limitée des données,
4) La sécurité et la confidentialité des données,
5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : CENTRE HOSPITALIER DE MONT DE MARSAN

Service : URGENCES

Adresse : AVENUE PIERRE DE COUBERTIN

Code postal : 40024
Ville : MONT DE MARSAN CEDEX

N° SIREN ou SIRET :
264004284 00016

Code NAF ou APE :
8610Z

Tel. : 0558051010
Fax. : 0558051001

Traitement déclaré

Finalité : ETUDE ANALYTIQUE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION FESTIVE CONSULTANT AUX URGENCES DANS LE CADRE DES FÊTES PATRONALES DE MONT-DE-MARSAN EN 2014

Fait à Paris, le 05-09-2017
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Annexe 3

Indice A. Profil réactif du public (tableau I)

Niveau de risque	Qualification du risque	Indice
Faible	Supporters catégorie A, public calme, pas de contentieux avéré	0,25
Moyen	Supporters catégorie B, public agité (adolescent/boys-band), contentieux modéré, enjeu	0,35
Élevé	Supporters catégorie C, public à risque (drogues, hard-rock, trash, rave), enjeux élevés, activité à risque pour le public, contexte sociopolitique, contentieux avéré	0,50

- *Niveau faible*
  - supporters catégorie A : supporter normal, non agité, non agressif (classification internationale de police)
  - public calme : pour les concerts et spectacles pop-rock, variété.
  - pas de contentieux : aucune rivalité entre clubs ou supporters.
  - faible enjeu : match amical ou de championnat sans enjeu immédiat.

- *Niveau moyen*
  - supporters catégorie B : agités, associations turbulentes mais non-violentes.
  - public agité : spectacles pour adolescents, concerts de boys-band et assimilés
  - contentieux modéré : coupes diverses, matchs internationaux qualificatifs (non-couperets).

- *Niveau élevé*
  - supporters catégorie C : hooligans, supporters réputés violents.
  - public à risque : spectacles associés à la consommation de drogues ou de comportements à risques (hard-rock, trash, rave)
  - enjeux élevés : finales de championnats nationaux, finales internationales
  - activités à risques pour le public : terrain accidenté, motos, voitures (circuits ou rallyes)
  - contexte sociopolitique : selon le niveau de Vigipirate et les infos de la DCRI lors des réunions de sécurité;
  - contentieux avéré.

Indice B. Gestion des flux (tableau II)

Niveau de risque	Qualification du risque	Indice
Faible	Public assis ou debout (< 2/m²), pas de zone d'accumulation	0,25
Moyen	Public debout à plus de 2/m² et zones d'accumulation,	0,30
Élevé	Zone d'attente > 2 h	0,50

- **Niveau faible**
  - public assis ou debout mais à moins de 2 personnes au m^2 ; ceci vaut pour les noyaux durs des concerts
  - spectacles sans zones d'accumulation : quasiment pas d'attente ni de bousculades aux entrées
- **Niveau moyen**
  - public debout et tassé à plus de 2 par m^2 (noyau dur des grands concerts)
  - zones d'attente et d'accumulation : pour un délai d'attente moyen inférieur à 2 heures, plus le nombre d'entrées du public est grand, plus ce facteur est diminué.
- **Niveau élevé**
  - zones d'attente et accumulation supérieure à 2 heures
  - tassement > 3 personnes par m²

Indice C. Délais d'accessibilité des moyens médicaux publics en cas de situation exceptionnelle (tableau III)

Niveau de risque	Qualification du risque	Indice
Faible	Moins de 20 minutes	0,25
Moyen	Plus de 20 minutes	0,30

Les moyens d'urgence étant déjà sur place, c'est donc un indice qui diffère dans le fond, du même indice spécifique au Dispositif Préventif de Secours (DPS). Il s'agit ici, du délai d'arrivée du premier moyen médical public prenant en charge une situation exceptionnelle.

- **délai court :** ce sont des spectacles en ville où les Smur sont proches
- **délai long :** spectacles en campagne, en zones très éloignées des secours publics ou avec des délais importants de par le trafic aux abords ou de par la configuration géographique.

Dans ce dernier cas, une majoration des moyens médicaux peut être nécessaire.

Indice D. Climatologie (tableau IV)

Niveau de risque	Qualification du risque	Indice
Faible	Climat tempéré	0,25
Moyen	Climats extrêmes (très froid ou très chaud)	0,50

- **Niveau faible :** température de saison
- **Niveau fort :** grands froids ou grandes chaleurs

8/Serment médical

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

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

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

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

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

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

ABSTRACT :

Title : Descriptive study concerning the festive population being attented to the emergency department during the Mont-de-Marsan's traditional and local feast in 2014.

Introduction : The ferias, or bullfighting feasts, of Mont-de-Marsan, better known as the "Festival of Madeleine", are an annual mass gathering that welcomes a larger population each year, resulting in an increased activity of the only surrounding Emergency Department, the Layne's Emergency center. Do these patients really require hospital care or are they mostly ambulatory care?

Methods : Descriptive observational monocentric epidemiological retrospective study on the feast of the Madeleine 2014 on the population that used the Layne's Emergency Department. The main objective is to check the hypothesis according to which "the festayre who report to the emergency room would only require outpatient care" by establishing its profile as well as the profile of his pathology.

Results : 153 patients were included in the study. The festayre, a male patient whose age is between 18 and 30 using to the Emergency Center at night during the weekend, mostly required ambulatory care. Three reasons for consultation predominated (traumatology, aggression and acute alcoholism) for which the use of the technical board was necessary.

Discussion : While the Emergency Department's medical team is doing an excellent job, the study highlighted some limits of the specific backup and healthcare system for which various suggestions for improvement have been made.

RESUME:

Titre : Étude descriptive de la population festive consultant aux urgences dans le cadre des fêtes patronales de Mont-de-Marsan en 2014

Introduction : Les férias, ou fêtes taurines, de Mont-de-Marsan, plus connues sous le nom de « fêtes de la Madeleine », sont un grand rassemblement annuel populaire accueillant une population toujours plus nombreuses au fil des années à l'origine d'une activité accrue du seul Service d'Accueil d'Urgences environnant, le SAU hospitalier de Layné. Ces patients nécessitent-ils réellement une prise en charge hospitalière ou relèvent-ils en majorité de soins ambulatoires?

Méthodes : Étude descriptive observationnelle monocentrique épidémiologique, rétrospective sur les fêtes de la Madeleine 2014 sur la population festive ayant consulté aux SAU de Layné. L'objectif principal est de vérifier l'hypothèse selon laquelle « le festayre consultant aux urgences relèverait en majorité de soins ambulatoires » en établissant son profil ainsi que le profil de sa pathologie.

Résultats : 153 patients ont été inclus dans l'étude. Le festayre, patient masculin âgé de 18 à 30 ans venant en consultation la nuit durant le week-end, relevait en majorité de soins ambulatoires. Trois motifs de consultation prédominaient (traumatologie, agression et l'alcoolisation aiguë) pour lesquels le recours au plateau technique était nécessaire.

Discussion : Alors que l'équipe soignante des urgences fait un excellent travail, l'étude a permis de mettre en évidence certaines limites du dispositif de secours pour lesquelles diverses propositions d'amélioration ont été faites.

Mots clés : Mont-de-Marsan. Madeleine. Festayre. Féria. Grand rassemblement. SAU. Urgences.