

Année 2014

n° _____

**THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

UCAN STEPHANE

Né le 25/09/1983 à ISTANBUL

Présentée et soutenue publiquement le : 10/10/2014 à 17h00

***INTERVENTIONS MEDICALES
DANS LES SALLES DE SPECTACLES PARISIENNES :
EPIDEMIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE***

Président de thèse : **Professeur** CASALINO Enrique

Directeur de thèse : **Docteur** GIET Éric

**DIPLOME D'ETUDE SPECIALISEE EN MEDECINE
GENERALE**

RESUME

INTRODUCTION : Les salles de spectacles parisiennes sont des lieux réunissant plusieurs centaines de personnes selon la salle et le type de spectacle. Il s'agit d'une activité médicale originale permettant la prise en charge de pathologies diverses et variées. Le but de notre travail est d'étudier les différentes pathologies rencontrées afin d'optimiser leurs prises en charge.

METHODES : Notre travail est une étude épidémiologique rétrospective sur les interventions médicales dans les salles de spectacles parisiennes et de la région parisienne. Nous avons inclus 1303 interventions survenues dans 71 salles parisiennes, entre le 01/01/2012 et le 30/06/2013. Les calculs statistiques ont été effectués à l'aide du test de Chi-2, pour les variables quantitatives avec une valeur seuil à 5% ($p < 0.05$). Les interventions médicales sont centralisées par l'association des médecins des salles de spectacle de paris et région parisienne (AMSSPRP).

RESULTATS : Le nombre d'interventions est en constante augmentation. Les malaises occupaient la première place avec 574 interventions (44 %). Suivaient ensuite la traumatologie (283 interventions), les pathologies digestives (162 interventions), les pathologies infectieuses (122 interventions) et autres motifs d'interventions. 84 % des malaises étaient des étiologies bénignes. Les plaies et entorses de chevilles étaient fréquentes (25.4 % et 15.9 % de traumatologie). Les infections concernaient surtout les sphères ORL et broncho-pulmonaire. Les étiologies digestives étaient principalement, les vomissements (42.3 %), les douleurs abdominales (32.5 %) et les gastro-entérites aiguës (23.4 %). Le taux de transfert global était uniquement de 8.9 %.

CONCLUSION : Les interventions médicales sont dominées par des étiologies bénignes. Dans la grande majorité des cas, les soins apportés par le médecin de garde ont permis d'assurer la continuité du spectacle. Le médecin était sollicité aussi bien par le public que le personnel ou les acteurs.

REMERCIEMENTS

À mon président de jury

Monsieur le Professeur CASALINO Enrique

Pour votre disponibilité, vos conseils et vos enseignements,
Je vous remercie d'accepter de présider ce jury en votre qualité d'expert,
Recevez ici la marque de mon profond respect.

À mes juges,

Monsieur le Professeur,

Professeur universitaire et praticien hospitalier,

Chef de service,

Merci de m'avoir accordé de votre temps précieux,
Je vous suis reconnaissant d'accepter de juger ce travail sans me connaître,
Recevez ici toute l'expression de ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur,

Praticien généraliste,

Merci de bien avoir voulu vous rendre disponible pour ma soutenance,
Vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous en remercie,
Avec tout mon respect.

À mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Éric GIET,

Praticien à Saint Brice sous Forêt,

Maître de stage ambulatoire Université Paris VII Denis Diderot

Merci pour ta disponibilité, ta patience, ton engagement,
Merci pour tes idées, ton entrain, ton franc-parler, tes conseils avisés,
Je suis honoré que tu aies accepté d'enrichir ce travail de ton savoir et de ton expérience,
Encore merci...

**Monsieur le Professeur Pierre BONFILS,
Chirurgien de la Face et du cou, Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgien Cervico-Faciale,
Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris**

Merci pour votre disponibilité ainsi que votre gentillesse. Votre aide m'a été très précieuse,
Je vous en suis entièrement reconnaissant.

**Monsieur le Docteur Jacques REVERBERI,
Praticien légiste, spécialiste en médecine légale et expertise médicale,**
Recevez toute ma reconnaissance.

À toutes les personnes qui ont participé à ma formation au long de mes études.

À toute ma famille,

Merci de m'avoir soutenu pendant toutes ces années et merci pour l'éducation que vous m'avez
donnée.

À tous ceux que cette liste a peut-être oubliés, mais pas moi !

LISTE DES ABREVIATIONS

ACR: Arrêt Cardio-Respiratoire

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BSPP : Brigade de Sapeurs Pompiers de Paris

ECG: Electro-cardiogramme

Ex. : Exemple

IV: Intra-veineux(se)

M. : Malaise

NIHSS: National Institute of Health Stroke Scale

OAP: Oedème Aigu du Poumon

OPN: Os Propres du Nez

ORL: Oto-Rhino-Laryngologique

SCA : Syndrome Coronarien Aigu

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réadaptation

UNV : Unité Neuro-Vasculaire

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations	5
I – INTRODUCTION	8
II – GENERALITES	9
1. Organisation de la réponse sanitaire dans les salles de spectacles parisiennes	9
A. L'organisation du service médical	9
B. Le médecin de garde	10
C. Intervention médicale	10
D. Juridiction - Rappel historique	11
III – MATERIELS ET METHODES	13
1. Buts de l'étude	13
2. Méthodes	13
A. Type de l'étude	13
B. Population étudiée	13
C. Analyse statistique	13
3. Caractéristiques étudiées	14
IV – RESULTATS	15
1. Les motifs d'intervention	15
A. Les données générales	15
B. Les malaises	16
C. La traumatologie	18
D. Les pathologies digestives	19
E. Les pathologies infectieuses	21
F. Divers	22
2. Répartition par type de patient et par pathologie	24
A. Répartition des interventions par profil de patient	24
B. Répartition des pathologies selon profil de patient	25
3. Répartition par transfert	27

A. Données générales	27
B. Transferts selon type de pathologie	28
4. Répartition par type de spectacle	29
5. Résultats en comparaison à 2004	31
V – DISCUSSION	33
1. Discussion sur la méthodologie et la qualité des données	33
1.1 Recueil des données	33
1.2 Les déclarations	33
1.3 Avantages et limites	33
1.4 Le bulletin d'intervention	34
2. Discussion des résultats	35
2.1 Les motifs d'intervention	35
2.1.1 Les malaises	35
2.1.2 Les traumatismes	39
2.1.3 Les pathologies infectieuses	40
3. Discussion sur la trousse de secours	41
3.1 Trousse de secours	41
3.1.1 Le matériel diagnostique	41
3.1.2 Les médicaments	42
VI – CONCLUSION	44
VII – BIBLIOGRAPHIE	46
VIII – ANNEXES	49
Annexe 1 : Ordonnance préfectorale de 2007	49
Annexe 2 : Score NIHSS	50
Annexe 3 : Modèle actuel de bulletin d'intervention	52
Annexe 4 : Proposition de bulletin d'intervention	54
Annexe 5 : Consignes de surveillance après un traumatisme crânien	56
Annexe 6 : A l'attention des parents d'enfants traumatisés crâniens	57
Annexe 7 : Permis d'imprimer	58
Annexe 8 : Serment d'Hippocrate	59

I- INTRODUCTION

Les salles de spectacles parisiennes sont des lieux réunissant plusieurs centaines de personnes selon la salle et le type de spectacle. Il est alors fréquent d'avoir des accidents et des demandes de consultation médicale. Afin de répondre à cette demande, à chaque représentation la présence d'un médecin de garde était rendue obligatoire. Ceci est spécifique à la région parisienne.

Le plus souvent, les gardes médicales sont assurées par des médecins généralistes et ceux-ci interviennent, si besoin, auprès du personnel, des acteurs et du public. Or, il existe une seule étude descriptive sur les interventions médicales dans les salles de spectacles parisiennes en 2004 à travers 430 interventions médicales au total.

Il existe peu de données sur les différentes pathologies rencontrées dans les salles de spectacles parisiennes. La question que nous nous sommes posée était : quels sont les différents motifs d'interventions médicales dans les salles de spectacle ? Ainsi, nous est venue l'idée de développer ce travail afin de répondre à cette question.

L'objectif principal de notre travail est d'étudier les différents motifs d'interventions rencontrées dans les salles de spectacles parisiennes par le biais d'une étude épidémiologique.

Les objectifs secondaires de notre travail sont :

- Les motifs d'interventions sont-ils superposables à ceux étudiés en 2004 ?
- Faut-il adapter la trousse du médecin selon le type de spectacle ?
- La prise en charge médicale peut-elle être améliorée et comment ?

Ce sont les questions auxquelles nous allons tenter de répondre au cours de ce travail, sous forme d'une étude descriptive et analytique de l'épidémiologie de cette pratique médicale.

Dans un premier temps, nous décrirons l'organisation sanitaire des salles de spectacles parisiennes. Nous poursuivrons notre travail en présentant notre étude et ses principaux résultats. Enfin, nous discuterons de ses implications notamment en proposant un modèle de matériels médicaux et nous ferons quelques rappels sur l'optimisation de la prise en charge de certains motifs d'interventions fréquents (selon les recommandations actualisées).

II- GENERALITES

1. Organisation de la réponse sanitaire dans les salles de spectacles parisiennes

A. L'organisation du service médical ⁽²⁾

Le Service Médical de chaque théâtre est dirigé par un médecin-chef. Le médecin-chef est l'organisateur et le responsable du service médical de son théâtre : il en définit les règles, choisit les médecins de garde et contrôle le bon fonctionnement des services. Il participe à l'amélioration constante du fonctionnement du système de garde dans les théâtres. Les médecins-chefs sont réunis sous l'Association des Médecins des Salles de Spectacle de Paris et Région Parisienne (AMSSPRP).

Le médecin-chef se charge de l'organisation du service médical du théâtre : il est le responsable de cette organisation en relation avec le directeur de la salle. Il assure la présence constante d'un médecin de garde du début jusqu'à la fin des représentations. Il décide pour cela, selon des critères définis par lui-même ou par le mode de fonctionnement de la salle, d'instaurer ou non une liste permanente des médecins titulaires par date. Il peut aussi simplement établir une liste simple désignant un médecin ponctuellement pour chaque représentation définie. En cas de défaillance d'un médecin de garde sur ces listes, le médecin-chef se charge de trouver un médecin de remplacement. Il est responsable de la transmission de la liste des médecins de garde au responsable du théâtre. Il s'assure que l'administration du théâtre est informée du contenu de cette liste et centralise les bulletins d'interventions (cf. annexe 3) rédigés obligatoirement par le médecin de garde. Ainsi, il tient à jour un registre d'interventions qu'il pourra montrer, si besoin à la direction de la salle de spectacle.

Le médecin-chef est le responsable médical de l'organisation de l'infirmerie du théâtre si elle existe. Quand une armoire à pharmacie est présente (infirmerie ou local dédié du théâtre), il en vérifie le contenu et sa mise à jour. C'est lui, plus particulièrement, qui dresse la liste des éléments contenus dans cette armoire et qui peut demander à l'administration du théâtre l'achat et le renouvellement de ces produits.

S'il est prévu dans la salle une logistique préventive et opérationnelle de type poste médical avancé, poste de secours (dans de grandes salles telles Le Zénith), il participe avec l'administration de la salle à sa mise en place. Il en connaît parfaitement l'organisation pour l'expliquer obligatoirement au médecin de garde. Ce dernier est le seul décisionnaire médical du système : les soignants agissent en principe sous sa seule responsabilité.

B. Le médecin de garde

Le médecin de garde doit être inscrit à l'Ordre des Médecins ou posséder un numéro de licence de remplaçant.

Il doit être présent au moins 15 minutes avant le début de la représentation ou plus tôt si demande particulière de l'administration où se déroule la représentation.

A son arrivée, il doit signaler sa présence au responsable de la salle ou au contrôle et doit signer le cahier de présence.

Il doit être disponible dès son arrivée dans la salle et pendant toute la représentation jusqu'à la sortie de tous les spectateurs ou jusqu'à ce que le responsable de la salle l'autorise à quitter le théâtre.

Avant de quitter la salle, il doit prévenir le responsable du théâtre.

Il doit toujours se munir d'un matériel simple de première intervention (cf. la liste conseillée par l'AMSSPRP). Le responsable de la salle est en droit de lui demander s'il est bien en possession de ce matériel.

C. Intervention médicale

Le médecin de garde doit assurer assistance à toute personne en danger ou en état de détresse dans la salle ou présentant n'importe quelle autre pathologie voire demande d'un avis médical pendant la représentation.

Il doit se soumettre avec bonne humeur et gracieusement à toute demande de conseil médical émanant du personnel ou des artistes.

En cas de situation conflictuelle il doit en référer au médecin chef qui est le seul interlocuteur auprès du responsable de la salle et qui tentera de résoudre le problème pour éviter les récidives.

Les interventions ne sont pas rémunérées : les actes sont des actes d'urgences et de premiers soins ou de constatation d'accident. Il n'y a pas lieu de remplir de feuille de soins.

Le bulletin d'intervention (qui est transmis via la Banque de service) doit obligatoirement être rédigé et adressé au médecin chef ainsi qu'au secrétariat général de l'association.

D. Juridiction – Rappel historique

De manière juridique, jusqu'en 2007, la présence d'un service médical était obligatoire pour les représentations comportant plus de 600 personnes. Ce décret ayant été aboli, il n'y a donc plus d'obligation de présence médicale sur place.

Néanmoins, on observe la présence de médecins sur place, dans 64 salles de spectacles de Paris au cours de l'année 2009 ; 87 salles couvertes en 2010 avec certaines ayant une couverture épisodique comme Zingaro ou le parc floral de Paris. Comment s'est mise en place cette présence médicale ?

L'Association des Médecins Chefs des Salles de Spectacle de Paris et la Région Parisienne a été fondée il y a une cinquantaine d'années, passant par différentes constitutions, organisations et dénominations ; constituée d'un président, d'un secrétaire, d'un trésorier et de 650 médecins bénévoles pour l'année 2012. Il s'agit d'une association sans but lucratif (loi 1901), donc sans rétribution monétaire. La présence d'un médecin dans la salle est bénévole; hormis deux places de spectacle pour le médecin et l'invité de son choix, en échange d'une permanence médicale sur place.

Rappelons que c'est l'ordonnance préfectorale du 1^{er} janvier 1927, concernant les théâtres, music-halls, concerts, bals, cinémas et autres spectacles et divertissements publics qui régissait le

service médical. L'article 215 rendait obligatoire la présence d'un médecin dans toute salle de plus de 800 personnes. Ce seuil a été porté à 600 à partir de 1989. Ce décret a été abrogé le 7 novembre 2007, rendant caduc la présence d'un médecin lors de toute représentation de spectacle.

Dès lors pour que la médicalisation des salles de spectacles puisse se poursuivre, les médecins responsables de l'association se sont rendus dans chacun des établissements pour négocier avec chaque responsable la continuité de ce service. Pour ce faire ils ont justifié de l'activité médicale, chiffres et statistiques des années antérieures à l'appui soulignant ainsi l'intérêt d'avoir un médecin sur place. En effet, ce dernier représente une solution rapide, non coûteuse et efficace face à un problème d'ordre médical pouvant concerner spectateurs, acteurs ou personnel des établissements.

III-MATERIELS ET METHODES

1. Buts de l'étude

L'objectif principal de ce travail était l'étude des différentes pathologies rencontrées par le médecin de garde dans les salles de spectacles parisiennes.

Les objectifs secondaires étaient :

- L'optimisation de la trousse de secours
- L'optimisation de la prise en charge médicale
- L'évolution des motifs d'interventions (2004 versus 2012-2013)

2. Méthode

A. Type de l'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective épidémiologique sur les interventions médicales dans les salles de spectacle de Paris et de sa région, basée sur 1303 bulletins d'interventions déclarés par les médecins de garde entre le 01/01/2012 et le 30/06/2013 (centralisés par l'AMSSPRP).

B. Population étudiée

Nous nous sommes intéressés à la population de 71 salles de spectacles. En revanche, nous n'avons pas de données concernant les caractéristiques démographiques de cette population telles que l'âge, le sexe puisqu'elles ne sont pas mentionnées sur les bulletins d'intervention.

C. Analyse statistique

Les données ont été analysées au moyen du logiciel Excel© 2010.

Pour les variables qualitatives, les résultats sont exprimés en pourcentage. Les calculs statistiques ont été réalisés en recourant au test du Chi-2 pour les variables quantitatives. La

valeur significative seuil a été définie à 5 % (soit $p < 0.05$). Les valeurs dont la différence est statistiquement significative apparaissent en gras dans les tableaux.

3. Caractéristiques étudiées

Notre travail est construit à partir des données issues des bulletins d'intervention.

À Savoir :

- La date
- Le lieu de la représentation
- Le nom du médecin de garde
- Le type de patient (public, acteur, personnel)
- Le motif de l'intervention
- La conduite tenue
- Le devenir du patient (transfert ou non ?)
- Les remarques éventuelles

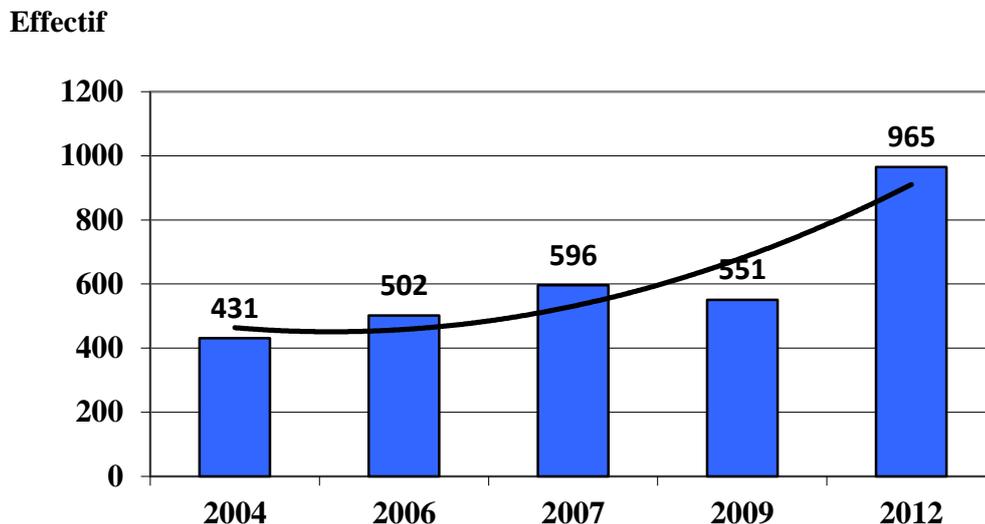
IV- RESULTATS

1. Les motifs d'intervention

A. Les données générales ⁽³⁾

Entre 01/01/2012 et 30/06/2013 nous avons comptabilisé 1303 interventions médicales dont 965 entre 01/01/2012 et 31/12/2012. Le nombre d'interventions était en constante augmentation puisqu'il y en a eu 431 en 2004, 502 en 2006, 596 en 2007 et 965 en 2012.

Graphique 1 : L'évolution du nombre d'interventions médicales

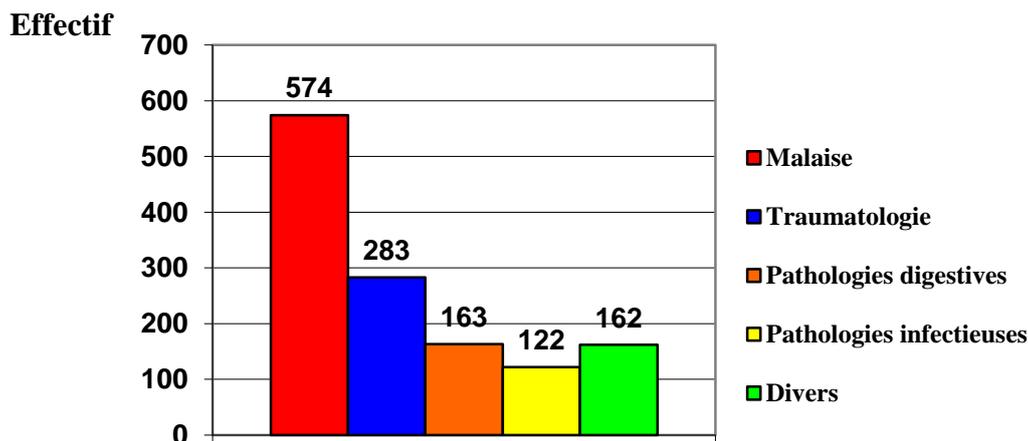


Les malaises représentaient le principal motif de consultation médicale dans les salles de spectacles parisiennes avec 574 interventions entre 01/01/2012 et 30/06/2013, soient 44 % de l'ensemble.

La traumatologie étaient la 2^{ème} cause de consultation médicale avec 283 interventions, soient 21.7 %.

Suivaient ensuite les pathologies digestives avec 163 interventions (12.5 %), ainsi que les pathologies infectieuses qui, représentaient 9.3 % de l'activité médicale (122 interventions). D'autres pathologies diverses rencontrées lors de ces gardes médicales représentaient, quant à elles, 12.4 % de l'activité médicale (162 interventions).

Graphique 2 : Répartition par motif d'intervention



B. Les « Malaises »

Le malaise est une sensation de mal-être avec impression imminente de perte de connaissance, qui peut ou non survenir de façon plus ou moins complète. Le terme « malaise » est imprécis car il regroupe des situations cliniques floues et totalement différentes.

Les malaises vagues représentaient la principale cause de « malaise » avec 398 interventions, soit 69.3 % des malaises.

Généralement donc un "malaise sévère" est un malaise avec hypotension sévère et/ou trouble imposant un transfert hospitalier. Les malaises sévères concernent 29 interventions (soit 5 %).

Les autres causes de « malaises » étaient les suivantes :

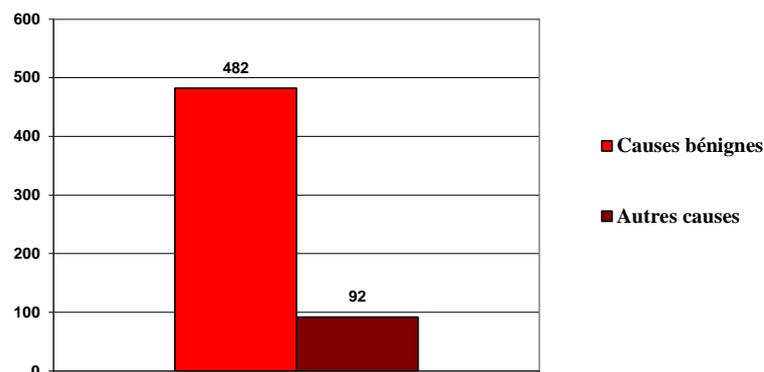
- Crise d'angoisse : 32 interventions (5.6 %),
- Alcoolisation aiguë avec 28 interventions (4.9 %),
- Hypoglycémie : 18 interventions (3.1 %),
- Crise de tétanie – spasmothilie : 13 interventions (2.3 %),
- Douleur thoracique : 8 interventions (1.4 %),
- Angor : 7 interventions (1.2 %),
- Crise d'épilepsie : 7 interventions (1.2 %),
- Hypotension : 5 interventions (0.9 %),
- Poussée hypertensive : 4 interventions (0.7 %),

- Asthénie : 3 interventions (0.5 %),
- Dyspnée : 3 interventions (0.5 %),
- Intoxication : 3 interventions (0.5 %),
- Vertiges périphériques : 3 interventions (0.5 %)
- Coma éthylique : 2 interventions (0.35 %),
- Infarctus du myocarde : 2 interventions (0.35 %),
- Accident vasculaire cérébral : 1 intervention (0.2 %),
- Choc septique : 1 intervention (0.2 %),
- Coma : 1 intervention (0.2 %),
- Confusion : 1 intervention (0.2 %),
- Démence : 1 intervention (0.2 %),
- Œdème de Quincke : 1 intervention (0.2 %),
- Trauma crânien – perte de connaissance : 1 intervention (0.2 %),
- Troubles du rythme cardiaque : 1 intervention (0.2 %),
- Trouble neurologique : 1 intervention (0.2 %),

Au total, les causes bénignes représentaient 84 % de l'ensemble des causes de malaise soient 482 interventions.

Graphique 3 : Les causes de « malaises »

Effectif



Cinquante-sept malaises ont nécessité un transfert vers les hôpitaux pour prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique, représentant ainsi 9.9 % des malaises. Les modes de transferts ne sont pas précisés sur les bulletins d'intervention.

C. La traumatologie

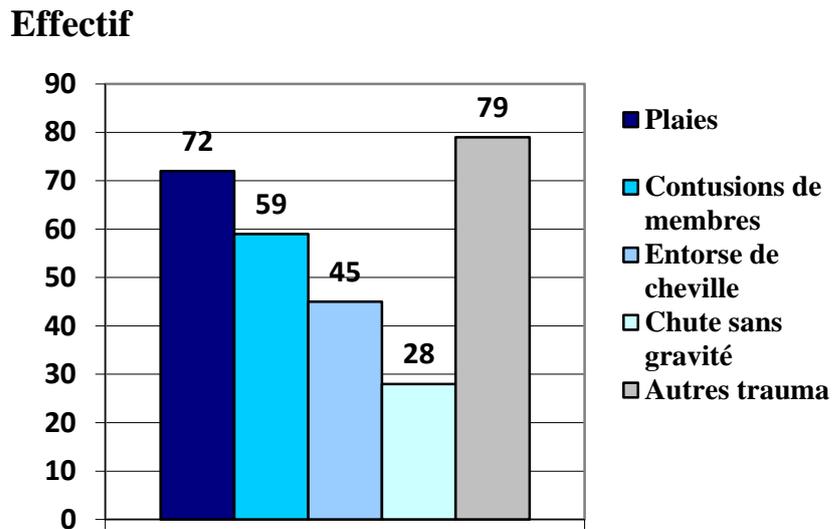
La traumatologie représentait le deuxième motif d'interventions avec 21.7 % de l'ensemble des interventions médicales (283 interventions).

Soixante-douze fois, il s'agissait d'une plaie (25.4 %), cinquante-neuf fois de contusions de membres (20.8 %), quarante-cinq fois d'une entorse de cheville (15.9 %), vingt-huit fois d'une chute sans gravité (9.9 %).

Les autres motifs de traumatisme étaient par ordre de fréquence:

- Traumatisme crânio-facial : 23 interventions,
- Lumbago : 8 interventions,
- Brûlure : 3 interventions,
- Contusion thoracique : 3 interventions,
- Contracture musculaire : 3 interventions,
- Agression sans gravité : 2 interventions,
- Tendinite : 2 interventions,
- Claquage musculaire : 1 intervention,
- Fracture costale : 1 intervention,
- Fracture dentaire : 1 intervention,
- Fracture des OPN : 1 intervention,
- Torticolis : 1 intervention,
- Panaris : 1 intervention,

Graphique 4 : Les motifs d'intervention de traumatologie



Quarante-six patients ont été transférés vers les hôpitaux pour exploration diagnostique et prise en charge thérapeutique.

À noter que parmi ces pathologies traumatologiques, 110 interventions (38.8 %) concernaient les acteurs ou le personnel.

D. Les pathologies digestives

Les pathologies digestives représentaient le troisième motif d'interventions avec 12.5 % de l'activité médicale (163 interventions).

Le vomissement était le motif de consultation le plus fréquent avec 42.3 % des pathologies digestives (69 interventions). Cinquante-trois fois, il s'agissait de douleurs abdominales. La 3^{ème} cause, la plus fréquente était la gastro-entérite aiguë avec trente-huit consultations.

Les autres pathologies digestives rencontrées étaient :

- la diarrhée avec une intervention,
- la constipation : une intervention,
- la gastrite : une intervention.

Graphique 5 : Les pathologies digestives rencontrées

Nombre d'interventions

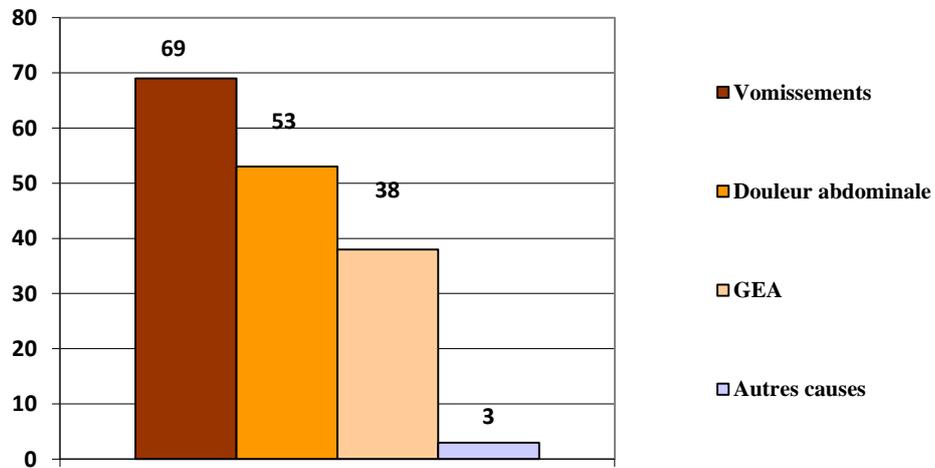


Tableau 1 : Les pathologies digestives et leurs pourcentages

Pathologies digestives	Effectif (N* =163)	%
Vomissements	69	42.3
Douleurs abdominales	53	32.5
GEA	38	23.4
Constipation	1	0.6
Diarrhée	1	0.6
Gastrite	1	0.6

* N : Nombre total d'interventions médicales

E. Les pathologies infectieuses

Les pathologies infectieuses représentaient 9.4 % de l'activité médicale (122 interventions).

Les infections de la sphère ORL occupaient la 1^{ère} place avec soixante-huit interventions (55.7 %). À noter un transfert pour pharyngite.

Les pathologies broncho-pulmonaires occupaient la deuxième place avec quarante-trois interventions (35.2 %).

Les infections de la sphère urinaire : 5 interventions ont eu lieu dont une pyélonéphrite aiguë (transféré en milieu hospitalier)

Les autres causes infectieuses :

- La conjonctivite - infections oculaires : cinq interventions (4 %),
- La vulvite : une intervention (0.8 %).

Graphique 6 : Les pathologies infectieuses

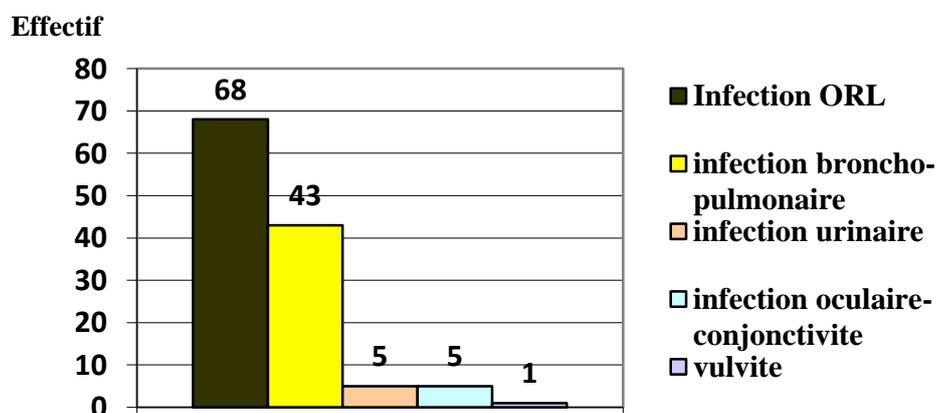


Tableau 2 : L'effectif des pathologies infectieuses et leurs pourcentages

Pathologie infectieuse	Effectif (N* = 122)	%
Infection ORL	68	55.7
Infection broncho- pulmonaire	43	35.3
Infection urinaire	5	4.1
Infection oculaire - conjonctivite	5	4.1
Vulvite	1	0.8

* N : nombre total d'interventions médicales

F. Pathologies diverses

Les motifs divers représentaient 12.1 % de l'activité avec 162 interventions médicales.

44 consultations pour céphalées.

25 interventions pour crise d'asthme (deux transférés vers un milieu hospitalier).

23 consultations pour renouvellement d'ordonnance et une consultation pour conseil médical.

12 consultations pour migraine.

À noter un cas de fausse-couche spontanée (FCS) et un cas de métrorragie qui ont toutes deux nécessité un transfert à l'hôpital. Nous n'avons pas d'information sur les modes de transfert.

Autres motifs : une consultation pour contractions utérines, une pour syndrome dépressif et une pour insomnie.

Graphique 7 : Les autres pathologies rencontrées

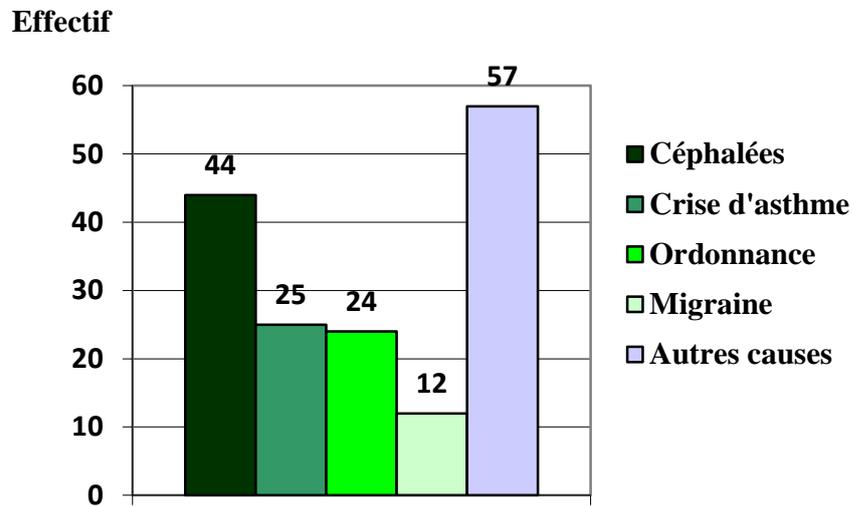


Tableau 3 : L'effectif des pathologies diverses et leurs pourcentages

Pathologies diverses	Effectif (N* = 162)	%
Céphalées	44	27.2
Crise d'asthme	25	15.4
Ordonnance – conseil	24	14.8
Migraine	12	7.4
Autres	57	35.2

* N : nombre total d'interventions médicales

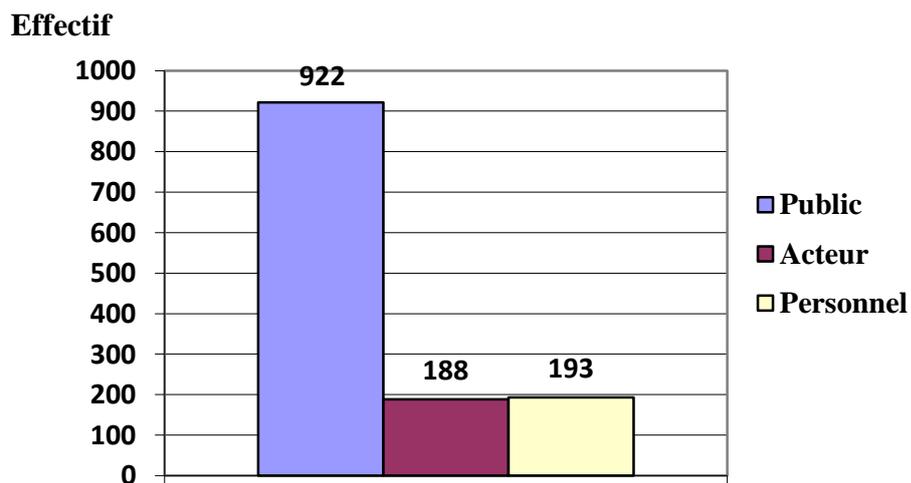
2. Répartition par type de patient et par pathologie

A. Répartition des interventions par profil de patient

Le médecin peut être appelé à tout moment et pour n'importe quelle personne présente dans l'enceinte de l'établissement : public, acteur ou personnel du théâtre.

Nous avons comptabilisé au total 922 interventions sur 1303 (soit 70.8 % des interventions) auprès du public entre 01/01/2012 et 30/06/2013. Le médecin de garde était intervenu autant pour les acteurs que pour le personnel (188 interventions pour les acteurs et 193 interventions pour le personnel).

Graphique 8 : Répartition des interventions médicales par profil de patient



B. Répartition des pathologies selon profil de patient

Tableau4 : Les catégories de pathologies selon le type de patient

Motifs	Public	Acteur	Personnel	p
Malaises	514 (89.5 %)	40 (7 %)	20 (3.5 %)	< 0.0001
Traumatologie	173 (61.2 %)	55 (19.4 %)	55 (19.4 %)	= 0.0005
Pathologies Digestives	121 (74.2 %)	21 (12.9 %)	21 (12.9 %)	< 0.0001
Pathologies Infectieuses	20 (16.4 %)	54 (44.3 %)	48 (39.3 %)	< 0.0001
Autres causes	95 (58.67%)	18 (11.1 %)	49 (30.2 %)	< 0.0001

Les malaises représentaient la première cause d'intervention médicale et la plupart concernent le public. Par exemple, 514 interventions ont eu lieu pour malaise auprès du public, ce qui représente 89.5 % des cas de malaise.

Les pathologies infectieuses étaient plus fréquemment rencontrées auprès des acteurs et du personnel des salles de spectacles ($p < 0.0001$).

Les problèmes traumatiques ont touché les acteurs, le personnel des théâtres mais surtout le public.

Tableau 5 : Quelques exemples de motifs d'intervention médicale et pourcentage des interventions par type de patient.

Motifs	Public	Acteur	Personnel	Total	p
M. bénins	436 (47.3 %)	32 (17 %)	14 (7.3 %)	482 (37 %)	< 0.0001
M. sévère	26 (2.8 %)	2 (1.1 %)	1 (0.5%)	29 (2.2 %)	< 0.001
Plaies	52 (5.6 %)	7 (3.7 %)	13 (6.7 %)	72 (5.5 %)	= 0.41
Vomissements	58 (6.3 %)	9 (4.8 %)	2 (1 %)	69 (5.3 %)	= 0.015
Infections					
ORL	11 (1.2 %)	34 (18.1 %)	23 (11.9 %)	68 (5.2 %)	< 0.0001
Infections broncho-pulmonaires	7 (0.8 %)	18 (9.6 %)	18 (9.3 %)	43 (3.3 %)	< 0.0001
Crise d'asthme	22 (2.4 %)	3 (1.6 %)	0	25 (1.9 %)	= 0.065
AVC	1 (0.1 %)	0	0	1 (0.08 %)	
Confusion - Coma	5 (0.5 %)	0	0	5 (0.4 %)	
SCA – Douleur thoracique	6 (0.7 %)	2 (1.1 %)	2 (1 %)	10 (0.8 %)	= 0.55
Crise convulsive	6 (0.7%)	0	1 (0.5 %)	7 (0.5 %)	
Cs non urgente	16 (1.5 %)	6 (2.1 %)	33 (6.7 %)	55 (2.4 %)	< 0.0001
Traumatisme cervico-facial	7 (0.8 %)	4 (2.1 %)	3 (1.6 %)	14 (1.1 %)	= 0.18
Total	922 (100 %)	188 (100 %)	193 (100 %)	1303 (100 %)	

Ainsi, nous avons remarqué que 47.3 % des interventions réalisées auprès du public concernaient un malaise bénin (vagal, crise d'angoisse, crise de tétanie-spasmophilie, vertige, hypotension artérielle, asthénie, alcoolisme aiguë). Les médecins étaient intervenus plus souvent auprès du public pour malaise (M.) bénin qu'auprès du personnel ou des acteurs ($p < 0.0001$). Ces 482 M. bénins représentent 37 % de l'ensemble des interventions médicales.

Le médecin de garde était plus souvent sollicité par les acteurs ou le personnel pour des consultations sans caractère d'urgence.

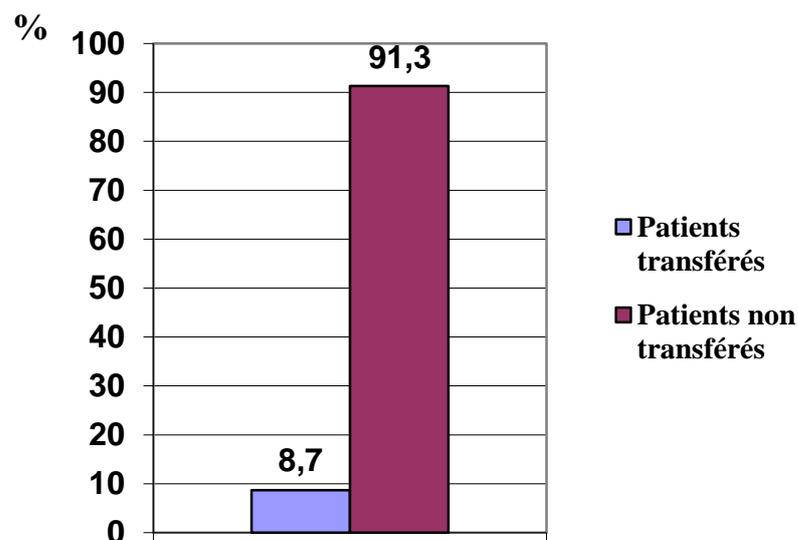
Le tableau 5 montre bien que les infections ORL ou broncho-pulmonaires relèvaient d'une consultation médicale plutôt auprès du personnel et des acteurs qu'auprès du public.

3. Répartition des interventions selon transfert ou non

A. Données générales

Seuls 8.7 % des interventions ont nécessité un transfert en milieu hospitalier (soient 113 transferts sur un total de 1303 interventions)

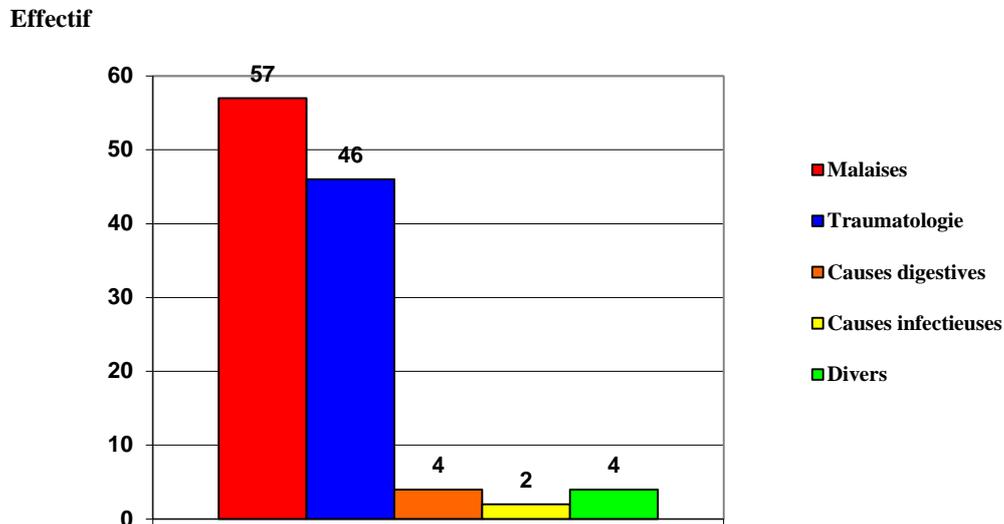
Graphique 9 : La répartition des patients selon transfert ou non, en pourcentage.



Nous tenterons d'apporter une explication à ces chiffres par la suite.

B. Transfert selon type de pathologie

Graphique 10 : Nombre de patients transférés selon type de motif d'intervention



Nous avons comptabilisé 57 transferts dans le cadre de malaise (soit 50.4 % des transferts), 46 transferts pour cause traumatologique (40.8 %), 4 pour suspicion de pathologie digestive (3.5 %), 2 pour cause infectieuse (1.8 %) et 4 pour causes diverses (3.5 %).

Les moyens de transports (SAMU, BSPP, taxi, moyens personnels) n'ont pas été précisés sur les bulletins d'intervention.

Les malaises étaient en tête des motifs de transfert, le malaise sévère étant la première cause (25.7 %).

Les interventions menées pour motifs d'ordre traumatique ont conduit à un traitement sur place dans la grande majorité des cas mais un transfert vers un centre hospitalier a été indispensable notamment chez les patients ayant des fractures avérées, les traumatismes du thorax et les plaies profondes imposant de nombreux points de suture. Parmi tous les patients qui ont consulté pour un traumatisme, seuls 16.3 % ont été transférés.

Les causes traumatologiques, chez les patients transférés, étaient :

- Traumatisme – contusion : 13 patients transférés
- Entorse cheville – genou : 9 patients transférés,
- Suspicion de fracture de membres : 8 patients transférés,
- Luxation de l'épaule : 4 patients transférés,
- Plaies : 12 patients transférés.

Les autres causes de transferts étaient :

- Douleurs abdominales : 4 transferts,
- Crise d'asthme : 2 transferts,
- Fausse-couche spontanée : 1 transfert,
- Métrorragies : 1 transfert,
- Pyélonéphrite : 1 transfert,
- Pharyngite : 1 transfert.

4. Répartition par type de spectacle

Tableau 6 : Quelques exemples de motifs d'intervention par type de spectacle

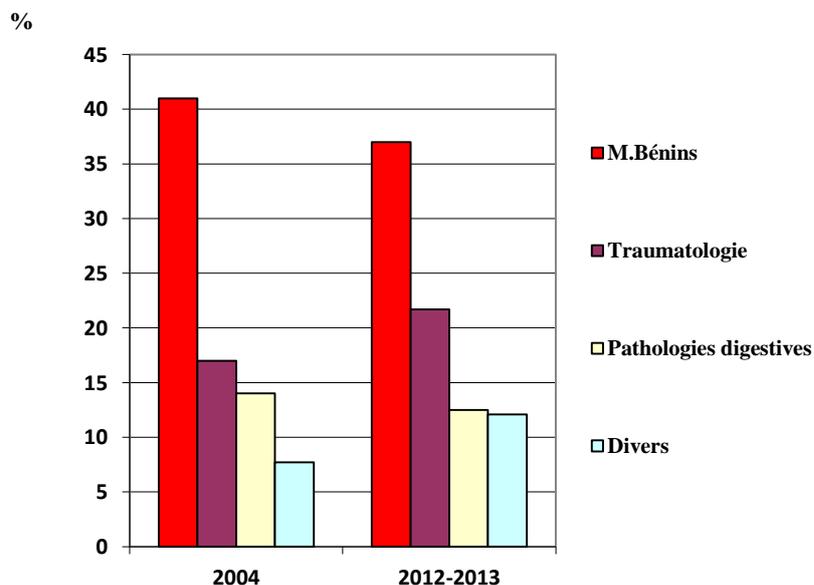
Motifs	Théâtre	Concert Musique Contemp.*	Concert Musique Classique	Cabaret	Cinéma	Cirque	Café- théâtre
M. vagues	107	173	33	28	2	4	0
Trauma	75	115	14	34	1	15	1
M. sévère	12	6	4	5	1	2	0
Cs non urgente	32	39	10	23	1	0	0
Infection urinaire	1	0	0	2	0	1	0
Epistaxis	0	1	1	0	0	1	0
Infection ORL	34	8	6	12	1	2	0
Alcool, toxiques	8	18	0	1	0	0	0
Angoisse - Spasmophilie	17	19	2	2	0	0	0
AVC	1	1	1	0	0	0	0
Angor- SCA- douleur thoracique	6	4	3	3	0	0	0
Crise d'asthme	4	9	0	1	0	9	0
Vomissements - GEA	51	30	13	5	0	0	0
Total	405	456	99	146	14	50	1

Il existait dans notre étude plus de malaises vagues dans les concerts de musique contemporaine que dans les salles de théâtre, de manière statistiquement significative (37.9 % versus 25.4 %, $p = 0.0003$). De même, nous avons constaté plus d'interventions pour cause traumatique lors des concerts (musique contemporaine) que dans les théâtres (25.2 % versus 18.1 %, $p = 0.018$). Les interventions d'ordre traumatique étaient plus fréquentes lorsqu'il s'agit concert de musique contemporaine que celui de musique classique (25.2 % versus 14.21 %, $p = 0.017$). Les malaises vagues représentaient 33.1 % des interventions effectuées lors des concerts de musique classique.

Les troubles digestifs à type de gastro-entérite aigue (GEA) et vomissements étaient plus fréquents dans les salles de théâtre que lors des concerts ($p < 0.001$). Ces troubles digestifs représentent 12.6 % des interventions dans les salles de théâtre et 6.6 % des interventions effectuées dans les concerts.

5. Résultats en 2012 versus 2004

Graphique 11 : La proportion, en pourcentage, des pathologies en comparaison à 2004



Motifs	2004	2012-2013	p
Malaises Bénins	41 %	37 %	= 0.61
Traumatologie	17 %	21.7 %	= 0.011
Pathologies digestives	14 %	12.5 %	= 0.69
Infections ORL	7.9 %	6.4 %	= 0.30
Divers	7.7 %	12.1 %	= 0.007

Nous avons remarqué qu'en comparaison à l'étude menée en 2004, la première cause de motif d'intervention est dominée par les malaises bénins (vagal, hypoglycémie, anxiété, etc....). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative quant à la proportion de ces malaises bénins (41 % en 2004 versus 37 % entre janvier 2012 et 30 juin 2013, $p = 0.61$). Il existait plus d'interventions concernant la traumatologie puisque cela représentait 21.7 % des consultations dans notre étude versus 17 % en 2004 ($p = 0.011$). Nous avons noté une augmentation des motifs divers (12.1 % de l'ensemble des consultations versus 7.7 % en 2004 ; $p = 0.007$).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative concernant les proportions des infections ORL, ni des pathologies digestives.

V- DISCUSSION

1. Discussion sur la méthodologie et sur la qualité des données

1.1 Recueil des données

Nous avons réalisé notre étude à partir des bulletins d'intervention dont le registre se trouve à l'Association des Médecins Chefs de Salles de Spectacle Parisiennes et de Région Parisienne. Ces bulletins sont normalement remplis le plus tôt possible via le site internet dédié de l'AMSSPRP, par le médecin de garde. Afin d'optimiser le retour des interventions effectuées, un bonus est attribué aux médecins qui remplissent les bulletins d'intervention.

1.2 Les déclarations

Les déclarations des médecins ne sont pas obligatoires mais la non-rédaction du bulletin d'intervention constitue une faute grave.

Les bulletins d'intervention sont adressés au médecin-chef de la salle de spectacle concernée et au secrétaire général de l'association par internet.

Nous remarquons que le nombre d'interventions médicales répertoriées augmente chaque année. Ceci est probablement lié, en partie, au fait que les médecins de garde déclarent plus souvent les interventions effectuées. Ce phénomène va également dans le sens de l'augmentation de demande de soins de la population générale.

1.3 Avantages et limites

Notre étude a l'avantage d'être à la fois simple et reproductible. La centralisation des données permet d'en limiter la perte et d'en optimiser l'exploitation.

Leur analyse a été faite de manière rétrospective. L'exhaustivité de ces données est critiquable. Il s'agit de pratiques déclarées que nous n'avons pas pu vérifier sur le terrain. Nous ne savons pas s'il s'agit effectivement des pratiques réalisées dans ces lieux.

Les bulletins d'intervention manquent souvent de précision sur la conduite tenue et les modes de transfert si besoin. Il n'y a pas de case sur les bulletins d'intervention pour préciser les caractéristiques démographiques des patients auprès desquels le médecin de garde intervient.

Quant aux devenir des patients, nous n'avons pas plus de précision. Cela nous permettrait d'avoir un diagnostic plus précis par rapport à des hypothèses diagnostiques formulées avec le peu de moyens à notre disposition dans le cadre de la salle de spectacle.

Notre travail n'a pas la prétention d'être le « guide du médecin de garde » mais néanmoins, il permet d'offrir une « photographie » de cette activité médicale originale. Il se place ainsi comme un outil intéressant de présentation de cette activité, notamment pour les médecins qui voudraient débiter des gardes dans les salles de spectacles de la région parisienne.

1. 4 Le bulletin d'intervention

Il conviendrait d'avoir quelques modifications sur les bulletins pour une base de données plus complète et précise.

Puisque les déclarations des interventions se font via le net, nous pourrions rajouter des items et cliquer simplement dessus. Cela permettrait de faciliter les déclarations et ainsi d'obtenir une meilleure adhésion des médecins.

Le bulletin d'intervention pourrait contenir plus d'informations :

- les caractéristiques démographiques de la population comme l'âge et le sexe,
- la conduite tenue par le médecin de garde notamment si l'intervention a débouché sur un traitement médicamenteux, sur un geste technique ou s'il y a eu uniquement des conseils médicaux simples.
- Le devenir du patient pourrait être précisé avec plusieurs choix (le retour au spectacle, le retour à domicile ou le transfert en milieu hospitalier).
- Le moyen de transfert avec plusieurs choix (moyens personnels, taxi, ambulance, BSPP ou SAMU).

Un modèle de bulletin d'intervention pourrait ainsi être proposé (cf. Annexe 4).

2 Discussion des résultats

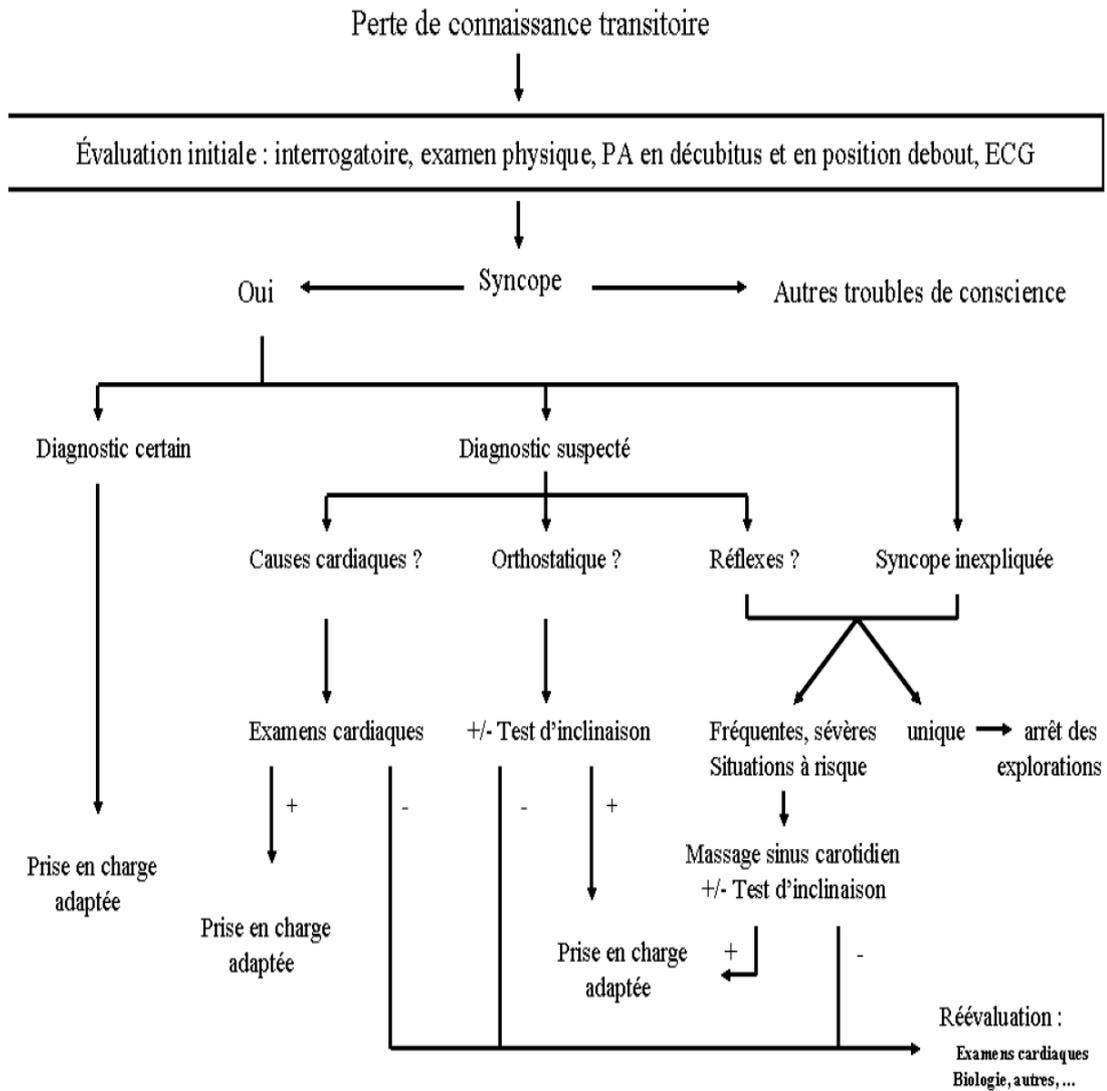
2.1 Les motifs d'intervention

2.1.1 Les malaises

Les malaises occupent la 1^{ère} place des motifs d'intervention avec notamment les malaises vagues. Ils sont plus fréquemment rencontrés lors des concerts, dans les théâtres ou lors des représentations de musique classique. En effet, la chaleur dans la salle, le confinement, la présence d'émotions sont des facteurs pouvant faciliter leur survenue.

Parmi les 574 malaises enregistrés, seulement 9.9 % ont été transférés à l'hôpital. Ces malaises concernent les acteurs, le personnel et surtout le public. Les soins apportés par le médecin de garde ont permis d'assurer la continuité du spectacle, justification à elle seule de la présence d'un médecin dans la salle. Lors des malaises sévères, la présence du médecin a notamment permis le maintien du patient en vie en attendant l'arrivée du SAMU. Aucun décès n'ayant été rapporté dans les salles de spectacles.

La conduite à tenir devant un malaise⁽⁴⁾ peut être résumé avec le tableau ci-dessous :



* Recommandations Mai 2008

Les malaises graves représentent, dans notre étude, 5 % des malaises. Le médecin de garde doit avoir certains réflexes devant ces malaises graves :

- Devant une suspicion d'AVC, il doit le reconnaître le plus précocement possible⁽⁵⁾. Ensuite, il doit effectuer une évaluation médicale notamment en utilisant l'échelle NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) et en évaluer la sévérité notamment les troubles de la vigilance, une détresse respiratoire ou une instabilité hémodynamique^(6,7). En effet, la réduction des délais pré hospitaliers dans la prise en charge des AVC est primordiale afin d'apporter un traitement spécifique adapté tel que la thrombolyse^(8, 9, 10,11). Le médecin doit organiser le transport, via le centre 15, vers l'UNV (unité neuro-vasculaire) ou un établissement ayant structuré une filière de prise en charge des patients suspects d'AVC en coordination avec un UNV par le moyen le plus rapide. En cas de signe de gravité, le transport doit être médicalisé.

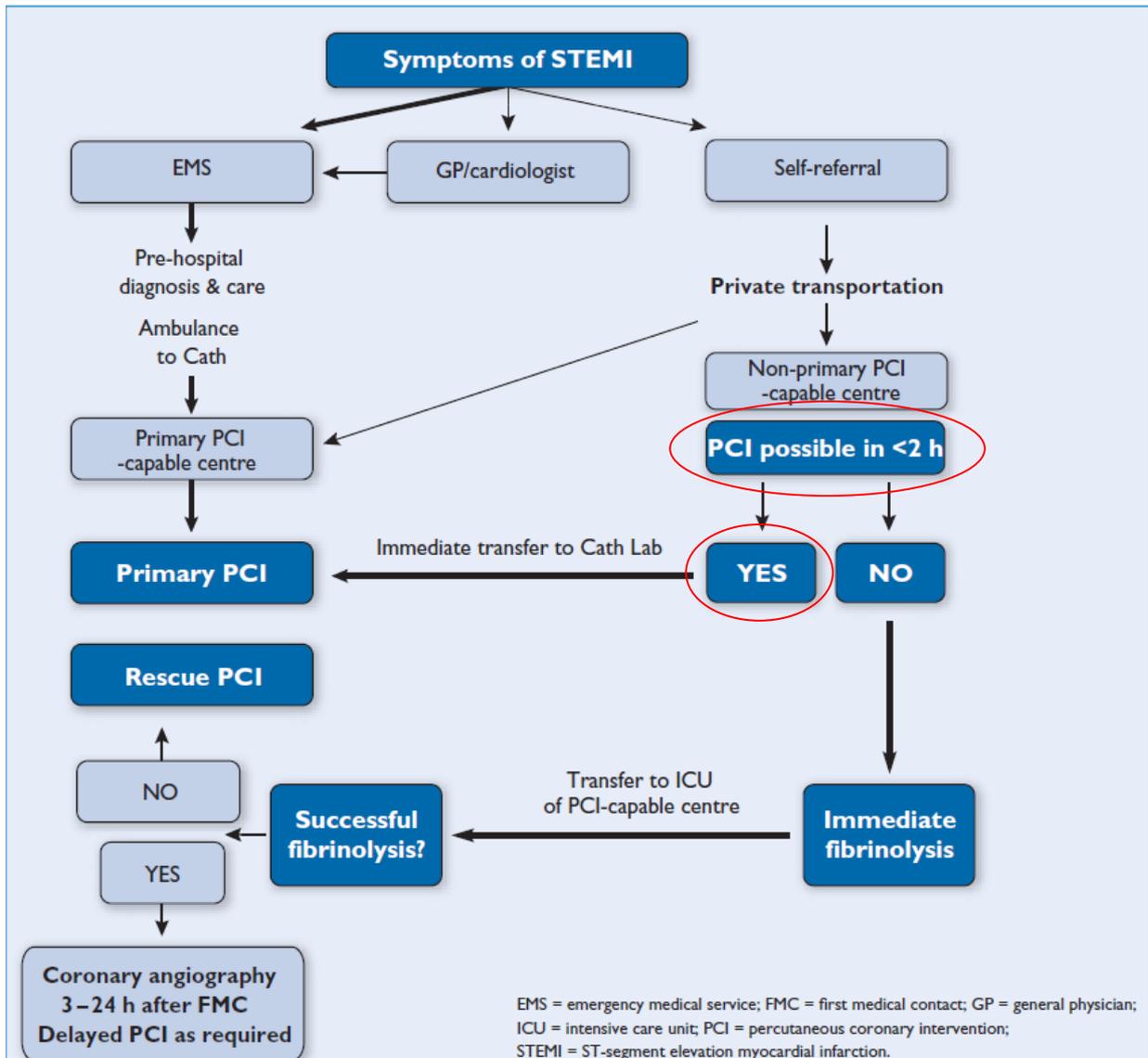
L'admission directe aux urgences, via une ambulance classique ou le SMUR, est la méthode la plus rapide pour transférer les malades^(12, 13, 14).

- Le syndrome coronarien aigu (SCA) est l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires. Il en existe deux types :

- Le SCA avec sus-décalage persistant du segment ST (SCA ST +), désigne l'obstruction complète d'une artère coronaire. Il existe une nécrose myocardique irréversible et son traitement repose sur la désobstruction de l'artère par un traitement chimique (anticoagulants, antiagrégants, voire thrombolyse) et/ou mécanique (désobstruction par angioplastie)^(15,16).

- Le SCA sans sus-décalage persistant du segment ST (SCA non ST +) signe généralement une obstruction incomplète d'une artère coronaire. Il existe une ischémie myocardique réversible sans nécrose. Le traitement repose alors sur l'anti-agrégation et l'anti-coagulation avec une coronarographie à 48h^(17, 18,19).

Le tableau suivant montre bien le bénéfice incontestable de l'angioplastie primaire dans les 2 premières heures après le premier contact médical (réalisation de l'ECG) ou < 90 mn chez les patients de moins de 75 ans avec IDM antérieur étendu et début précoce de la douleur⁽²⁰⁾.



ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation

- Devant un arrêt cardio-respiratoire (ACR), le diagnostic doit être effectué par le médecin de garde dans les 5 secondes.



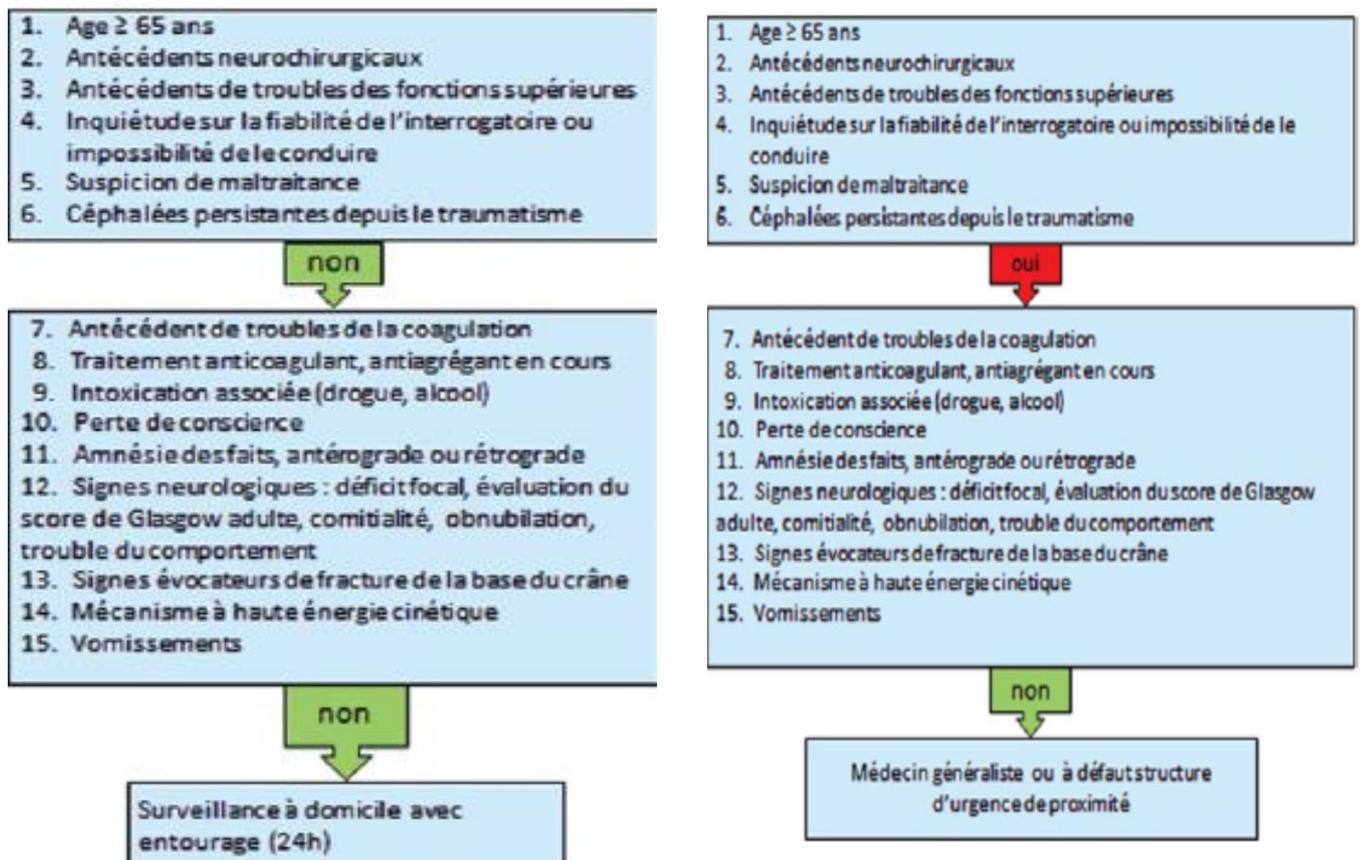
Selon les recommandations de 2010, le médecin doit appeler de l'aide, libérer les voies aériennes supérieures. Le SAMU doit être prévenu immédiatement. Dans un 2^{ème} temps, la réanimation cardio-pulmonaire de base doit être débutée avec 30 compressions et 2 insufflations

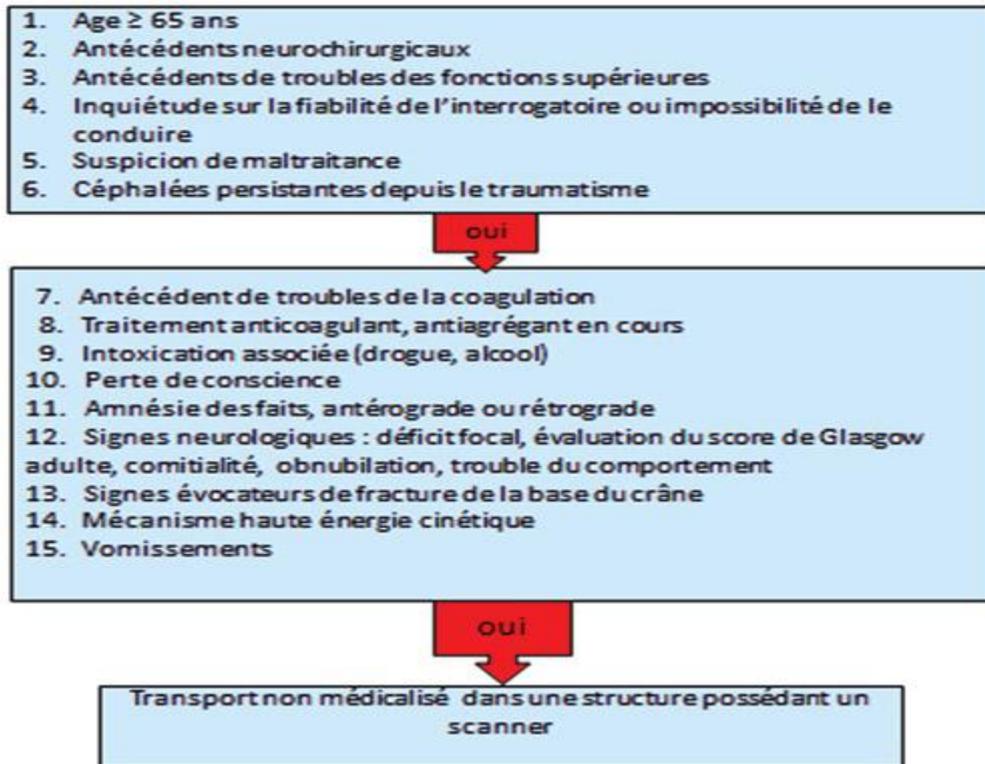
jusqu'à l'arrivée d'un défibrillateur semi-automatique. Selon l'analyse du rythme, un choc électrique externe sera délivré. Le massage cardiaque externe sera maintenu jusqu'à l'arrivée de l'équipe de SMUR. Le médecin de garde veille alors au bon déroulement de la réanimation cardio-pulmonaire.

2.1.2 Les traumatismes

Les causes traumatiques touchent aussi bien le public que le personnel ou les acteurs. Les traumatismes sont plus importants lors des concerts puisque le public est plus souvent en mouvement sous l'effet de l'alcool et de la musique. En effet, les spectateurs dansent et souvent dans un petit espace dû au nombre important des spectateurs. Par conséquent, il existe plus d'entorses de cheville, de contusions de membres ainsi que de plaies⁽²¹⁾. Il y a eu plus d'alcoolisation aigue ou d'intoxication par stupéfiants lors des concerts⁽²²⁾.

Les causes traumatologiques sont dominées par les plaies et contusions simples. Néanmoins, les traumatismes crânio-faciaux ne sont pas rares puisqu'ils représentent 8.1 % des motifs de traumatologie. Le médecin de garde doit rechercher tout signe de gravité neurologique ou respiratoire ou hémodynamique. Le médecin de garde doit également connaître les indications à une surveillance en milieu hospitalier^(23, 24, 25, 26, 27), rappelées ci-dessous :





6) Tout patient traumatisé crânien, doit avoir des consignes de surveillance (cf. Annexes 5 et 6)

2.1.3 Les pathologies infectieuses

Bien que les acteurs et le personnel soient en minorité par rapport au public, les pathologies infectieuses ont été plus fréquemment rencontrées lors des consultations dans ces groupes. En raison des horaires décalés et de l'obligation de continuité des spectacles, une consultation auprès de son médecin traitant est souvent difficile. En conséquence le personnel et les acteurs consultent auprès du médecin de garde.

3. Discussion sur la trousse de secours

La trousse de secours actuellement proposée par L'AMSSPRP se compose de :

- stylo et ordonnances
- stéthoscope et tensiomètre
- garrot
- Le numéro du SAMU : 01 45 67 50 50 ou le 15
- gants (SIDA)
- et quelques médicaments très simples :
 - dérivé nitré d'action rapide : ex.: NATISPRAY FORT
 - hypotenseur d'urgence par voie sublinguale: ex.: ADALATE 20
 - spray Beta-2 mimétique : ex.: VENTOLINE
 - antalgique : ex : PARACETAMOL
 - anxiolytique sublingual : ex.: LYSANXA 10
 - antispasmodique
- et tout médicament que le médecin serait capable d'utiliser pour une urgence de sa compétence.

3.1 Trousse de secours

La trousse de secours du médecin de garde devrait contenir, idéalement, du matériel diagnostique et des médicaments

3.1.1 Le matériel diagnostique

- Lecteur de glycémie capillaire: très utile, peu cher, compact,
- Oxymètre de pouls: appareil très utile, peu cher, compact,
- Stéthoscope, tensiomètre, otoscope, lampe, marteau reflexe, gants, abaisse langue,
- Débitmètre de pointe (peak-flow) :

3.1.2 Les médicaments

La liste de médicaments que nous proposons selon les pathologies les plus fréquemment rencontrées dans les salles de spectacles pourrait se décliner ainsi :

- Prise en charge des malaises :

- * Dérivé nitré d'action rapide : Ex : Natispray Fort[®], utile à titre diagnostic (SCA) sur recommandation du régulateur et permet de soulager un OAP (œdème aigu du poumon). Nous conseillons en revanche son utilisation après la réalisation d'un ECG (électrocardiogramme) ainsi qu'un contrôle de la PAS (pression artérielle systolique) puisque les dérivés nitrés sont contre-indiqués en cas de PAS inférieure à 90 mm Hg et en cas d'infarctus du myocarde du ventricule droit ⁽²⁸⁾. Ils sont déconseillés en cas d'infarctus du myocarde du territoire inférieur ⁽²⁸⁾.

- * Anxiolytiques type Lysanxia[®] en sublingual,

- * Anticonvulsivant type Valium[®] (avec canule rectale en pédiatrie),

- * Glucosé 30% en ampoules : utile en cas d'hypoglycémie,

- * Ceftriaxone: indispensable en cas de suspicion de purpura fulminans (médico-légal),

- * Antihypertenseur d'action rapide tel que Loxen[®] 20 mg ou Adalate[®] 20 mg.

- Prise en charge des traumatismes :

- * Une bande de contention type Elastoplast[®] notamment pour les entorses de cheville. Ceci est d'autant plus conseillé lorsqu'il s'agit d'un concert de musique contemporaine.

- * Garrot permettant de stopper une hémorragie.

- * Mèche hémostatique

Étant donné la fréquence des plaies, il serait conseillé d'avoir à la portée du médecin des sets de suture ainsi que du matériel pour une anesthésie locale (type xylocaïne) dans le cas d'une plaie superficielle. Ceci permettrait d'épargner le passage et l'attente aux urgences et par la même le surplus de travail à nos collègues urgentistes.

Toutes les salles devraient également être munies d'une vessie de glace.

- Prise en charge de la douleur :
 - * Antalgiques de palier I et II : paracétamol, paracétamol-tramadol, paracétamol-codéine ou Lamaline[®]
 - * AINS type Ibuprofène 200 mg ou 400 mg.
 - * Triptan : utile pour traiter une crise migraineuse sous forme de comprimés oro-dispersible, ou en spray nasal.

- Prise en charge de l'asthme ⁽²⁹⁾ :
 - * Béta-2 mimétique en spray : Ex : Ventoline[®] avec une chambre d'inhalation type Aerochamber[®] (permet l'administration de plusieurs bouffées, ne nécessite pas de coordination du patient).
 - * Corticoïdes per os type Cortancyl[®] 20 mg à la posologie de 1 mg/kg, à administrer rapidement car le délai d'action est d'au moins une heure et tant que la voie per os est possible.

- Prise en charge des troubles digestifs :
 - * Antiémétique de la classe anti-dopaminergique type Vogalene[®] Lyoc 7.5 mg, très utile puisqu'il s'agit de la première cause digestive de consultation.
 - * Antispasmodique type Spasfon[®] 160 mg Lyoc le afin de soulager les douleurs abdominales.
 - * Solutés de réhydratation orale : utile pour évaluer la prise effective chez un nourrisson ^(30, 31) et permet en cas d'échec de l'adresser vers un service d'urgences pédiatriques. Ceci s'adresse surtout pour des représentations pour des enfants en bas âge.

Ainsi, cette « nouvelle » trousse de secours présente plusieurs avantages :

- Meilleure prise en charge diagnostique et thérapeutique permettant de limiter le nombre de patients orientés vers un milieu hospitalier,
- Soulagement rapide des patients (acteurs, personnel, etc..) afin de faciliter le bon déroulement du spectacle,
- Diminuer le risque vital
- Assurer une meilleure protection pour le médecin d'un point de vue médico-légal.

VI- CONCLUSION

Notre étude a été réalisée afin d'analyser les différentes pathologies rencontrées dans les salles de spectacles de la région parisienne avec 1303 interventions médicales dans 71 salles entre 01/01/2012 et 30/06/2013.

Nous constatons une augmentation des interventions (comme de leurs déclarations) parallèlement à une augmentation de la demande de soins dans la population générale.

La 1^{ère} cause d'intervention médicale reste le malaise vagal. Le médecin de garde peut s'attendre à la survenue de malaises sévères notamment dans les salles de théâtres ou lors des concerts. Il doit avoir de bonnes connaissances en traumatologie puisque celle-ci représente la 2^{ème} grande cause de consultations (21.7 % de l'ensemble des consultations). Les concerts de musique contemporaine sont particulièrement à risque traumatologique.

Le médecin de garde devrait disposer d'un traitement symptomatique des vomissements, des douleurs abdominales et de GEA dans sa trousse de secours. Ces causes digestives sont plus fréquentes dans les salles de théâtres.

Les consultations pour causes infectieuses sont plus fréquemment menées auprès du personnel ou des acteurs.

Les motifs d'interventions restent superposables à ceux étudiés en 2004 sauf pour la traumatologie ainsi que pour les consultations non urgentes puisque ces deux dernières sont en augmentation.

Le taux de transfert des patients était seulement de 8.7 %. La présence du médecin de garde permet le plus souvent le bon déroulement des spectacles avec une bonne gestion des patients sur place.

L'amélioration de la prise en charge des patients nécessite alors des améliorations sur plusieurs étapes :

- L'aménagement des locaux afin d'avoir un local de consultation avec du matériel adéquat,

- L'optimisation de la trousse de secours éventuellement selon le type de spectacle,
- Bonne connaissance des indications à une surveillance en milieu hospitalier,
- L'optimisation des bulletins d'interventions pour une plus grande précision et adhésion des médecins pour les déclarer. La base de données médicales serait ainsi plus complète et précise.

Étant donné le bénéfice de cette présence médicale, ne faudrait-il pas rendre, à nouveau obligatoire, la présence de médecin dans les salles de spectacles parisiennes ?

Le ressenti des patients ainsi que celui des directeurs des salles de spectacles quant à la présence ou non d'un médecin de garde pourrait également faire l'objet d'une étude par le biais d'un sondage afin de renforcer l'intérêt de cette activité médicale.

Nous pourrions aussi nous interroger si le diagnostic fait par le médecin de garde correspond-souvent au diagnostic final retenu via une étude prospective.

Il serait également intéressant d'étudier le pourcentage de médecins de garde respectant les recommandations concernant la trousse de secours sous forme d'une étude menée à partir d'une enquête.

Une étude sur l'aménagement des locaux dans les salles de spectacles pourrait sensibiliser à l'optimisation de ces locaux et ainsi permettre une meilleure prise en charge des patients.

Bien que notre travail ait, par sa nature même, un faible niveau de preuve scientifique, il permet néanmoins de présenter les différentes pathologies rencontrées lors de ce type d'activité médicale. Evoqué dans l'étude de 2004, ce travail renforce la nécessité d'un médecin dans les salles de spectacles. Il propose quelques pistes de réflexion, apporte quelques exemples de solutions pour améliorer la prise en charge des patients, un nouveau modèle de bulletin d'intervention et une trousse de secours plus adaptée. Notre travail se place alors comme un « outil » intéressant pour le médecin prenant des gardes dans les salles de spectacles.

VI- BIBLIOGRAPHIE

1. *Règlement intérieur de l'association des médecins de salles de spectacle de Paris et de la Région Parisienne* http://www.amssprp.org/aide/reglement_interieur.htm
2. *Bulletin municipal officiel de la ville de paris* 16 novembre 2007, issn 01 52 0377. <http://www.paris.fr/viewmultimediacdocument-id=35551&bmobdo=1>
3. Longe Sarah *La médecine lors des grandes manifestations publiques. Thèse de médecine générale* 2010.
4. *Pertes de connaissance brèves de l'adulte : prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes, Recommandations* Mai 2008. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/syncopes_-_recommandations.pdf
5. Wang M et al. *Treating stroke as a medical emergency: A survey of resident physicians' attitudes toward «brain attack» and carotid endarterectomy.* *Neurosurgery* 2001;48:1109-1115
6. *Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse)* Mai 2009 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc_prise_en_charge_precoce_-_recommandations.pdf
7. *European Stroke Organization Recommandations 2008 pour la prise en charge des infarctus cérébraux et des accidents ischémiques transitoires 2008*http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO08_Guidelines_French.pdf
8. Ferro J et al. *An analysis of the admission delay of acute stroke.* *Cerebrovasc Dis* 1994;4:72-75
9. Harraf F et al. *A multicenter observational study of presentation and early assessment of acute stroke.* *BMJ* 2002;325:17-21.

10. Derex L, Adeleine P, Nighoghossian N, Honnorat J, Trouillas P: *Factors influencing early admission in a french stroke unit*. Stroke 2002;33:153-159.
11. Barber PA, Zhang J, Demchuk AM, Hill MD, Buchan AM: *Why are stroke patients excluded from tpa therapy? An analysis of patient eligibility*. Neurology 2001;56:1015-1020.
12. Mosley I et al. *The impact of ambulance practice on acute stroke care*. Stroke 2007;38:2765-2770
13. Kwan J, Hand P, Sandercock P: *Improving the efficiency of delivery of thrombolysis for acute stroke: A systematic review*. QJM 2004;97:273-279
14. Barsan W, Brott T, Broderick J, Haley E, Levy D, Marler J: *Time of hospital presentation in patients with acute stroke*. Arch Intern Med 1993;153:2558-2561.
15. Médecine d'urgence 2001, p. 40-60/copyright 2001 Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, et Sfar.
16. *Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2007*. Médecine d'urgence, p.533-546 © 2007 Elsevier Masson SAS.
17. Campus numérique de médecine d'urgence
18. *Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2007*. Médecine d'urgence, p.547-557 © 2007 Elsevier Masson SAS.
19. *ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation*. European Heart journaldoi:10.1093/eurheartj/ehr236
20. *ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation*. European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs215
<http://www.sfcadio.fr/recommandations/europeennes/esc-guidelines-for-the-management-of-acute-myocardial-infarction-in-patients-presenting-with-st-segment-elevation/>

21. Grange JT et al. *Concert medicine: spectrum of medical problems encountered at 405 major concerts*. Acad Emerg Med. 1999 Mar;6(3):202-7.
22. Milsten AM et al. *Mass-gathering medical care: a review of the literature*, Prehosp Disaster Med. 2002 Jul-Sep;17(3):151-62.
23. E. Jehlé et al. *Minor head injury (Glasgow Coma Score 13 to 15): triage, assessment, investigation and early management of minor head injury in infants, children and adults*. Ann. Fr. Med. Urgence (2012) 2:199-214
24. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, et al (2001) *The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury*. Lancet 357:1391–6
25. Oertel M, Kelly DF, McArthur D, et al (2002) *Progressive hemorrhage after head trauma predictors and consequences of the evolving injury*. J Neurosurg 96:109–16
26. Af-Geijerstam JL, Oredsson S, Britton M, et al (2006) *Medical outcome after immediate computed tomography or admission for observation in patients with mild head injury: randomised controlled trial*. BMJ 333:465
27. Tazarourte K, Macaine C, Didane H, et al (2007) *Traumatisme crânien non grave*. EMC, Médecine d'urgence. Ed Masson, Paris, 25-200-C-10
28. *Syndromes Coronariens aigus* http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/pec_sca_st_.pdf
29. *La stratégie globale pour la prise en charge la prévention de l'asthme* (mise à jour 2012) – www.ginasthma.org
30. *Diarrhée aiguë et déshydratation* <http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-pediatrie/cycle2/poly/3000fra.asp>
31. J.P. Cézard et al. *Traitement médicamenteux des diarrhées aiguës infectieuses du nourrisson et de l'enfant*. Arch Pédiatr 2002;9 :620-8 © 2002

VII- ANNEXES

ANNEXE 1 :

Ordonnance Préfectorale de 2007

16 novembre 2007

BULLETIN MUNICIPAL OFFICIEL DE LA VILLE DE PARIS

2609

Art. 2. — Le Secrétaire Général, les Directeurs des hôpitaux concernés, le Directeur des Achats centraux, hôteliers et alimentaires et le Directeur des Affaires Générales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au « Bulletin Municipal Officiel de la Ville de Paris ».

Fait à Paris, le 9 novembre 2007

Benoît LECLERCQ

PREFECTURE DE POLICE

Arrêté modificatif n° 2007-21233 fixant la composition nominative de la Commission locale d'action sociale de la Préfecture de Police.

Le Préfet de Police,

Vu l'arrêté du Ministre de l'Intérieur et de la Sécurité Publique en date du 16 septembre 1992 relatif à la Commission départementale d'action sociale et au Réseau départemental d'action sociale du Ministère de l'Intérieur et de la sécurité publique, modifié par l'arrêté du 23 septembre 1996 et par l'arrêté du 6 avril 1999 ;

Vu l'arrêté préfectoral du 12 décembre 1994 modifié par les arrêtés n° 2003-15303 du 12 mars 2003, n° 2003-16249 du 9 septembre 2003, n° 2004-17074 du 27 janvier 2004, n° 2007-20272 du 21 mars 2007, n° 2007-20421 du 27 avril 2007 portant composition de la Commission locale d'action sociale de la Préfecture de Police ;

Vu l'arrêté préfectoral n° 2007-20533 du 25 mai 2007 fixant la composition nominative de la Commission locale d'action sociale de la Préfecture de Police, modifié par l'arrêté préfectoral n° 2007-20679 du 29 juin 2007 ;

Vu la lettre du 9 octobre 2007 de M. DARTIGUES, président de l'Association des Personnels de Police, Entraide, Loisirs, Social (A.P.P.E.L.S.) ;

Sur la proposition du Préfet, Secrétaire Général pour l'Administration ;

Arrête :

Article premier. — L'article 4 de l'arrêté préfectoral n° 2007-20533 du 25 mai 2007 est modifié comme suit :

— Au titre de l'association des personnels de police, entraide, loisirs, social (A.P.P.E.L.S.) :

Titulaire : Mme Catherine BROMET ;

Suppléant : Mme Emmanuelle GUERIN.

Le reste sans changement.

Art. 2. — Le Préfet, Directeur du Cabinet et le Préfet, Secrétaire Général pour l'Administration sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au « Bulletin Municipal Officiel de la Ville de Paris ».

Fait à Paris, le 6 novembre 2007

Michel GAUDIN

Arrêté n° 2007-21234 abrogeant les dispositions de l'ordonnance préfectorale du 1^{er} janvier 1927.

Le Préfet de Police,

Vu le Code général des collectivités territoriales ;

Vu le Code de l'urbanisme ;

Vu le Code de la construction et de l'habitation ;

Vu le Code du travail ;

Vu le Code des impôts ;

Vu le Code rural ;

Vu le Code de l'environnement ;

Vu le Code de l'industrie cinématographique, notamment son article 19 ;

Vu la loi n° 99-198 du 18 mars 1999 portant modification de l'ordonnance n° 45-2339 du 13 octobre 1945 relative aux spectacles ;

Vu le décret n° 92-445 du 15 mai 1992 modifié, concernant l'accès des mineurs aux salles de cinéma ;

Vu le décret n° 95-260 du 8 mars 1995 modifié, relatif à la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité, notamment son article 55 ;

Vu le décret n° 97-646 du 31 mai 1997 relatif à la mise en place de service d'ordre par les organisateurs de manifestations sportives, récréatives ou culturelles à but lucratif ;

Vu le décret n° 98-1143 du 15 décembre 1998 relatif aux prescriptions applicables aux établissements ou locaux recevant du public et diffusant à titre habituel de la musique amplifiée, à l'exclusion des salles dont l'activité est réservée à l'enseignement de la musique et de la danse ;

Vu l'arrêté ministériel du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public ;

Vu l'arrêté ministériel du 12 décembre 1984 portant approbation de dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public modifié par l'arrêté ministériel du 5 février 2007 ;

Vu l'arrêté préfectoral n° 2007-20982 du 6 septembre 2007 fixant la composition et le mode de fonctionnement de la commission consultative de sécurité et d'accessibilité de la Préfecture de Police ;

Sur proposition du Préfet, Directeur du Cabinet et du Directeur des Transports et de la Protection du Public ;

Arrête :

Article premier. — L'ordonnance préfectorale du 1^{er} janvier 1927 concernant les théâtres, music-halls, concerts, bals, cinémas et autres spectacles et divertissements publics est abrogée.

Art. 2. — Le Préfet, Directeur du Cabinet et le Directeur des Transports et de la Protection du Public sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au « Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de Paris et de la Préfecture de Police » ainsi qu'au « Bulletin Municipal Officiel de la Ville de Paris ».

Fait à Paris, le 7 novembre 2007

Michel GAUDIN

Arrêté n° BR 07-00105 portant ouverture d'un examen professionnel d'accès au grade de secrétaire administratif de classe exceptionnelle de la Préfecture de Police, au titre de l'année 2007.

Le Préfet de Police,

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires, notamment ses articles 5 et 5 bis ;

ANNEXE 2 :

Score NIHSS

1A NIVEAU DE CONSCIENCE	<p>0: vigilance normale, réponses aisées</p> <p>1: non vigilant, éveillable par des stimulations mineures pour répondre ou exécuter les consignes</p> <p>2: non vigilant, requiert des stimulations répétées pour maintenir son attention; ou bien est obnubilé et requiert des stimulations intenses ou douloureuses pour effectuer des mouvements non automatiques</p> <p>3: répond seulement de façon réflexe ou totalement aréactif</p>
1B QUESTIONS: le patient est questionné sur le mois et son âge	<p>0: réponses correctes aux deux questions</p> <p>1: réponse correcte à une question</p> <p>2: aucune réponse correcte</p>
1c COMMANDES: Ouvrir et fermer les yeux, serrer et relâcher la main non parétique	<p>0: exécute les deux tâches correctement</p> <p>1: exécute une tâche correctement</p> <p>2: n'exécute aucune tâche</p>
2 OCULOMOTRICITÉ: seuls les mouvements horizontaux sont évalués	<p>0: normal</p> <p>1: paralysie partielle; le regard est anormal sur un oeil ou les deux, sans déviation forcée du regard ni paralysie complète</p> <p>2: déviation forcée du regard ou paralysie complète non surmontée par les réflexes oculo-céphaliques</p>
3 VISION	<p>0: aucun trouble du champ visuel</p> <p>1: hémianopsie partielle</p> <p>2: hémianopsie totale</p> <p>3: double hémianopsie, incluant cécité corticale</p>
4 PARALYSIE FACIALE	<p>0: mouvement normal et symétrique</p> <p>1: paralysie mineure (affaissement du sillon nasogénien; sourire asymétrique)</p> <p>2: paralysie partielle: paralysie totale ou presque de l'hémiface inférieure</p> <p>3: paralysie complète d'un ou des deux cotés</p>
5A MOTRICITÉ MSG: bras tendu à 90° en position assise, à 45° en décubitus durant 10 secondes	<p>0: pas de chute</p> <p>1: chute vers le bas avant 10 secondes sans heurter le lit</p> <p>2: effort contre pesanteur possible mais le bras ne peut atteindre ou maintenir la position et tombe sur le lit</p> <p>3: aucun effort contre pesanteur, le bras tombe</p> <p>4: aucun mouvement</p>
5B MOTRICITÉ MSD: bras tendu à 90° en position assise, à 45° en décubitus durant 10 secondes	<p>0: pas de chute</p> <p>1: chute vers le bas avant 10 secondes sans heurter le lit</p> <p>2: effort contre pesanteur possible mais le bras ne peut atteindre ou maintenir la position et tombe sur le lit</p> <p>3: aucun effort contre pesanteur, le bras tombe</p> <p>4: aucun mouvement</p>
6A MOTRICITÉ MIG: jambes tendues à 30° pendant 5 secondes	<p>0: pas de chute</p> <p>1: chute avant 5 secondes, les jambes ne heurtant pas le lit</p> <p>2: effort contre pesanteur mais la jambe chute sur le lit</p> <p>3: pas d'effort contre pesanteur</p> <p>4: aucun mouvement</p>

6B MOTRICITÉ MID: jambes tendues à 30° pendant 5 secondes	0: pas de chute 1: chute avant 5 secondes, les jambes ne heurtant pas le lit 2: effort contre pesanteur mais la jambe chute sur le lit 3: pas d'effort contre pesanteur 4: aucun mouvement
7 ATAXIE : N'est testée que si elle est hors de proportion avec un déficit moteur	0: absente 1: présente sur un membre 2: présente sur deux membres
8 SENSIBILITÉ: sensibilité à la piqûre ou réaction de retrait après stimulation nociceptive	0: normale, pas de déficit sensitif 1: hypoesthésie modérée: le patient sent que la piqûre est atténuée ou abolie mais a conscience d'être touché 2: anesthésie: le patient n'a pas conscience d'être touché
9 LANGAGE	0: normal 1: aphasie modérée: perte de fluence verbale, difficulté de compréhension sans limitation des idées exprimées ou de la forme de l'expression 2: aphasie sévère: expression fragmentaire, dénomination des objets impossibles; les échanges sont limités, l'examineur supporte le poids de la conversation 3: aphasie globale: mutisme; pas de langage utile ou de compréhension du langage oral
10 DYSARTHRIE	0: normal 1: modérée: le patient bute sur certains mots, au pire il est compris avec difficultés 2: sévère: le discours est incompréhensible, sans proportion avec une éventuelle aphasie; ou bien le patient est mutique ou anarthrique
11 EXTINCTION ET NÉGLIGENCE	0: pas d'anomalie 1: négligence ou extinction visuelle, tactile, auditive ou personnelle aux stimulations bilatérales simultanées 2: hémignégligence sévère ou extinction dans plusieurs modalités sensorielles; ne reconnaît pas sa main ou s'oriente vers un seul héli-espace

ANNEXE 3 :

Modèle Actuel de Bulletin d'Intervention

Association des Médecins des Salles de Spectacle de Paris et Région Parisienne

Président : Dr Vachet-Valaz Jean

Secrétariat et correspondance : Dr Reverberi Jacques 2 rue Gambetta 95100 Argenteuil
téléphone : 01 30 25 71 80 télécopie : 01 34 10 41 01 courriel : secretariat@amssprp.org

BULLETIN D'INTERVENTION du médecin de garde

théâtre	date		nom du titulaire	nom du remplaçant
	<input type="text"/>	<input type="radio"/> soirée <input type="radio"/> matinée	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INTERVENTION AUPRES DE :

ACTEUR PUBLIC PERSONNEL

MOTIF DE L'INTERVENTION :

CONDUITE TENUE :



TRANSFERT :

OUI LIEU :

NON

REMARQUES :



Si vous voulez recevoir une copie indiquez ci-après votre adresse e-mail

ANNEXE 4 :

Proposition de Bulletin d'Intervention

Association des Médecins des Salles de Spectacle de Paris et Région Parisienne

Président : Dr Vachet-Valaz Jean

Secrétariat et correspondance : Dr Reverberi Jacques 2 rue Gambetta 95100 Argenteuil
téléphone : 01 30 25 71 80 télécopie : 01 34 10 41 01 courriel : secretariat@amssprp.org

BULLETIN D'INTERVENTION du médecin de garde

théâtre	date		nom du titulaire	nom du remplaçant
	<input type="text"/>	<input type="radio"/> soirée <input type="radio"/> matinée	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ACTEUR PUBLIC PERSONNEL

Sexe : FEMME HOMME

Age :

MOTIF DE L'INTERVENTION :

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="radio"/> Alcoolisation aiguë | <input type="radio"/> Chute sans gravité | <input type="radio"/> Douleur abdominale | <input type="radio"/> Infection ORL |
| <input type="radio"/> Angoisse – Spasmophilie | <input type="radio"/> Contusion | <input type="radio"/> GEA | <input type="radio"/> Infection broncho-pulmonaire |
| <input type="radio"/> Angor - Douleur thoracique | <input type="radio"/> Entorse de cheville | <input type="radio"/> Vomissement | |
| <input type="radio"/> Hypoglycémie | <input type="radio"/> Plaie | | |
| <input type="radio"/> Hypotension artérielle | <input type="radio"/> Traumatisme crânio-facial | | |
| <input type="radio"/> Malaise Sévère | | | |
| <input type="radio"/> Malaise Vagal | | | |

Divers :

Asthme Ordonnance – Conseil médical

Céphalées – Migraine

Autre :

CONDUITE TENUE :

Suture Traitement médicamenteux Ordonnance

Soins locaux Conseils

Précisions (si besoin) :

DEVENIR DU PATIENT :

Retour au spectacle

Retour à domicile

Transfert en milieu hospitalier

Moyen de transfert employé :

Moyens personnels

Taxi

Ambulance

BSPP

SAMU

ANNEXE 5 :

Consignes de Surveillance Après un Traumatisme Crânien léger

Malades âgés de plus de 12 ans

Nous pensons que vous pouvez maintenant quitter l'hôpital. Après votre retour à domicile, il est peu probable que vous ayez des problèmes.

Mais si un quelconque des symptômes suivants (ré)apparaissait, il conviendrait de revenir rapidement (ou de vous faire conduire) vers la structure d'urgence la plus proche :

- *perte de connaissance ou baisse de vigilance (difficultés à garder les yeux ouverts) ;*
- *état confusionnel (désorientation, faire des choses incohérentes) ;*
- *somnolence inhabituelle ;*
- *troubles de la compréhension ou de la parole ;*
- *trouble de l'équilibre ou difficulté à la marche ;*
- *faiblesse d'un ou plusieurs membres ;*
- *problème de vision ;*
- *céphalée importante progressive, résistante ;*
- *vomissement, nausée ;*
- *convulsion (perte de connaissance, malaise) ;*
- *écoulement par le nez ou les oreilles ;*
- *saignement de l'oreille ;*
- *diminution d'acuité auditive uni- ou bilatérale.*

Éléments qui ne doivent pas vous inquiéter

Vous pouvez présenter certains symptômes dans les prochains jours qui doivent disparaître dans les 15 jours suivants. Par exemple : mal de tête modéré, nausée (sans vomissement), vertige, irritabilité ou trouble de l'humeur, difficulté de concentration ou problèmes de mémoire, fatigue, manque d'appétit, troubles du sommeil.

Si ces signes ne disparaissaient pas après deux semaines, vous devez consulter votre médecin. Nous vous conseillons également de prendre conseil auprès d'un médecin pour votre aptitude à conduire un véhicule automobile ou un deux roues.

Conseils vous permettant d'aller mieux

Les conseils suivants vont vous permettre d'aller mieux et de faire disparaître plus rapidement certains signes :

- *ne restez pas seul à domicile au cours des 48 heures après la sortie de l'hôpital ;*
- *assurez-vous que vous pouvez atteindre facilement un téléphone et appeler un médecin ;*
- *restez au calme et évitez les situations de stress ;*
- *ne prenez pas d'alcool ni de médicaments ;*
- *ne prenez pas de somnifères, sédatifs, tranquillisants, sans avis médical ;*
- *ne pratiquez pas de sport de contact (rugby, football...) pendant au moins trois semaines sans en avoir parlé à un médecin ;*
- *ne retournez pas à l'école, au collège ou à votre travail si vous n'avez pas totalement récupéré ;*
- *ne conduisez pas de voiture ni de véhicules à deux roues ni d'engin mécanique tant que la récupération n'est pas complète.*

N° de téléphone de l'hôpital :

Après (plus tard)

La majorité des malades récupèrent rapidement après leur accident et ne présentent aucun problème ultérieurement. Cependant, certains patients peuvent présenter quelques difficultés après quelques semaines ou mois. Si vous commencez à ressentir ces difficultés (trouble de mémoire, sensation de mal-être), contactez votre médecin dès que possible.

ANNEXE 6 :

À l'Attention des Parents d'Enfants Traumatisés Crâniens

L'état de votre enfant autorise son retour à domicile après évaluation de tous les symptômes. L'évolution va le plus probablement se faire vers une guérison sans séquelles. Le risque d'aggravation à domicile semble faible.

Cependant, s'il s'avérait que les symptômes suivants apparaissent, il conviendrait de consulter le service d'urgences de l'hôpital le plus proche :

- enfant présentant une perte de conscience ou une baisse de vigilance telle la somnolence (difficultés à garder les yeux ouverts) ;
- confusion (désorientation dans le temps, l'espace : « où suis-je » ?...) ;
- somnolence, persistant au-delà d'une heure, à un moment de la journée où votre enfant est sensé être bien réveillé (donc en dehors des heures de sieste) ;
- difficultés à réveiller votre enfant ;
- problèmes de compréhension ou d'expression ;
- perte d'équilibre, difficultés à la marche ;
- faiblesse musculaire d'un bras et/ou d'une jambe ;
- problèmes de vision ;
- maux de tête violents et persistants ;
- vomissements ;
- toute crise telle une perte de connaissance brutale ;
- écoulement de liquide clair à partir du nez, d'une oreille ;
- saignement de l'une ou des deux oreilles ;
- perte d'audition de l'une ou des deux oreilles.

Ce qui ne doit pas vous inquiéter

Certains symptômes peuvent persister durant les prochains jours et devraient disparaître dans les deux prochaines semaines, à savoir : maux de tête modérés, impression de se sentir mal, somnolence, vertiges, irritabilité, troubles de la concentration, de la mémoire, fatigue, manque d'appétit, troubles du sommeil.

Si ces symptômes vous inquiètent dans les jours suivant la sortie de l'hôpital de votre enfant, nous vous conseillons de consulter un médecin ; de même s'ils persistent au-delà de deux semaines.

Comment aider votre enfant à récupérer

Voici les conseils à suivre pour faciliter le retour à l'état normal de votre enfant :

- laissez-le au repos, évitez les situations stressantes ;
- ne lui administrez pas de somnifères, sédatifs ou tranquillisants sans avis médical ;
- ne le laissez pratiquer aucun sport de contact (ex. : football) avant trois semaines sans avis médical.

Comment surveiller votre enfant

- ne le laissez retourner en classe qu'après récupération complète ;
- ne laissez pas votre enfant seul au domicile dans les 48 heures après sa sortie de l'hôpital ;
- assurez-vous de disposer d'une ligne téléphonique et de pouvoir rapidement consulter un médecin si nécessaire.

Problèmes à long terme

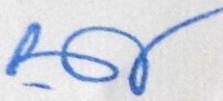
La majorité des patients récupèrent entièrement après leur accident et ne rapportent aucun problème à long terme.

Cependant, des problèmes surviennent chez quelques patients après quelques semaines ou quelques mois. Si vous avez l'impression que tout ne rentre pas dans l'ordre, consultez votre médecin dès que possible.

ANNEXE 7 :

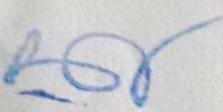
Permis d'imprimer

PERMIS D'IMPRIMER

<p>VU :</p> <p>Le Président de thèse Université</p> <p>Le Professeur</p> <p>Pr Casalino Enrique Chef de pôle SUPRA Chef de département des Universités Bichat / Beaujon Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine Hôpital Bichat Claude-Bernard 75877 Paris Cedex 18 Tél : 01 40 25 77 61</p> <p>Date <u>10/05/2017</u></p>	<p>VU :</p> <p>Le Doyen de la Faculté de Médecine Université Paris Diderot - Paris 7 Professeur Benoît Schlemmer</p> <p style="text-align: center;"></p>
--	---

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

ANNEXE 8 :

Serment d'Hippocrate

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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