

RECOMMANDATIONS SFMU

RASSEMBLEMENTS DE FOULE & GESTION MEDICALE EVENEMENTIELLE

Ces recommandations sont issues des travaux de consensus de l'atelier 6 des journées scientifiques de la SFMU à Lyon, en 2009.

Publication : Juin 2010 - Urgences et situations d'exception - Journées scientifiques de la Société Française de Médecine d'Urgence 2009 - SFEM Editions

Coordonnateur : F. Lapostolle (Bobigny)

Rapporteur : P.-Y. Dubien (Lyon)

Modérateurs : F. Lapostolle (Bobigny) – J.-P. Perfus (Annecy)

Experts : N. Gorodetzky (Paris) – L. Steen (Le Mans)

1 - Introduction

La médicalisation des rassemblements de foule est indispensable en raison du risque lié à la densité de population et aux facteurs de risques engendrés par l'événement lui-même. Par ailleurs, une médicalisation de ces événements permet d'éviter une surcharge de travail du service public.

La gestion de cette médicalisation nécessite d'être structurée et légalement encadrée. Elle doit être confiée à des professionnels de l'urgence.

La structure de l'interface service privé-service public est également incontournable.

2 - Les couvertures médicales s'adressent

• **Au public** : ce type d'organisation est maintenant bien connu grâce à l'expérience acquise lors des grands événements survenus en France dans les dernières décennies :

- Coupes du Monde (football 1998, rugby 2007)
- Compétitions de voitures et motos sur circuits (Le Mans, Formule 1)
- Matches de football de Ligue 1 et 2 et compétitions Internationales
- Meetings (JMJ)

• **Aux sportifs ou acteurs de l'événement** : les contraintes sont élevées, physiques ou mentales. Le risque cardio-vasculaire est réel et qui plus est, très médiatisé. Les pathologies de type traumatologiques ne sont pas négligeables (motos, voitures, rugby)

• **Aux techniciens** et plus généralement aux personnels d'organisation, de presse participant à ces manifestations

3 - Arsenal législatif

3.1 - Lois

Texte relatif au Plan Rouge 1988

Textes sur l'homologation des enceintes sportives :

- Loi Bredin (juillet 1992), Loi Alliot-Marie (décembre 1993)
- Loi Pasqua (Loi 95-73 du 21 janvier 1995)
- Décret n° 9-646 du 31 mai 1997 relatif à la mise en place de moyens par l'organisateur
- Arrêté Inter-Préfectoral : 96.11006 du 2 juillet 1996 - Préfecture de Paris (notion de médecin référent et de médecin urgentiste)
- Loi 2004-811 du 13 août 2004 – Modernisation de la Sécurité Civile
- Arrêté sur le Dispositif Prévisionnel de secours (DPS) (7.11.2006)

3.2 - Jurisprudence

- Ordre d'Opération Coupe du Monde de Football 1998 (Ministère de l'Intérieur)
- Schéma Directeur Secours Santé Coupe du Monde 1998, approuvé par le CFO et la délégation Inter-ministérielle à la CDM.
- Ordre d'Opération Coupe du Monde de Rugby 2007 (Ministère de l'Intérieur, de l'Outremer et des collectivités locales)
- Circulaire du Ministère de l'Intérieur (DGS/DEUS/DHOS/HFDS2007/293 du 19 juillet 2007, relatif à l'organisation de la Coupe du Monde de Rugby 2007 (NOR SISP0730689C)
- Schéma Directeur Secours Santé de cette même compétition approuvé par Samu de France

4 - Objectifs

La loi de 1995, dite « Loi Pasqua sur la Sécurité », confère l'obligation et la responsabilité de la sécurité aux organisateurs. L'objectif de ces recommandations est de proposer un dispositif secours santé qui serve de base de travail lors de tout événement. Ce dispositif vient en complément du DPS créée par la Sécurité Civile et qui concerne l'aspect secourisme.

Ce dispositif doit avoir les caractéristiques suivantes :

- épargner les moyens publics et leur permettre de se recentrer sur leurs missions
- être à la charge financière de l'organisateur (et non de l'Etat)
- être labellisé ou agréé afin d'offrir les garanties nécessaires dans ce domaine d'activité.

5 - Recommandations

5.1 - Fournir un dispositif médical optimal et dimensionné

- Mettre en place un Schéma Directeur Secours Santé (SDSS) reprenant tous les items de fonctionnement liés à l'événement
- Fournir un Dispositif Préventif Médical (DPM) qui sera complémentaire du DPS associatif

5.2 - Fonctionner en partenariat avec les services publics.

- Au-delà même du SDSS approuvé par les services publics (Préfet) selon la nature ou les risques liés à la manifestation, une interface sur site peut être mise en place entre le dispositif de l'organisateur et les services publics.

Si cela s'avère nécessaire, elle comprend la présence de :

- un médecin sentinelle du SAMU
- un officier COS
- un officier DSM

Ils sont en vigilance en routine (sauf demande de l'organisateur) et prennent la direction des opérations en cas de situation exceptionnelle en initiant les plans d'urgences.

- Les évacuations sanitaires (EVASAN) sont prises en charge en partenariat avec le Centre 15 qui gère la disponibilité des places et l'envoi des effecteurs de transport si nécessaire.

5.3 - Agrément ou labellisation des organismes de gestion médicale (Fédération médicale)

Afin de fournir une prestation qui soit en adéquation avec les bonnes pratiques et la réglementation, il importe que les structures médicales ayant à intervenir dans la gestion, du quotidien bénéficient d'une labellisation comprenant :

- La qualification et mode de recrutement des intervenants

Il est recommandé que les praticiens intervenants dans ces dispositifs soient formés à la médecine d'urgence (urgentistes, réanimateurs, anesthésistes) et de catastrophe. Il est conseillé que ces praticiens aient une activité régulière dans ce

domaine. Les médecins doivent être inscrits à l'Ordre des Médecins. Il est recommandé que les infirmiers soient familiers des pratiques de l'urgence.

- Respect des obligations au regard du Code du Travail, de l'Urssaf et du respect du Code de la Santé
- Assurances
- Obligations liées aux taxes et à la concurrence

5.4 - Respect des bonnes pratiques

- Pratique médicale
- Logistique : disposer du matériel nécessaire pour faire face à plusieurs urgences absolues et un nombre d'urgences relatives à définir en phase de préparation de l'événement.
- Gestion de stocks, pharmacie, fluides, DASRI, matériovigilance.

5.5 - Diminution du recours aux établissements de soins

La notion de régulation médicale sur place et le traitement de la majorité des patients sur sites doivent limiter le recours et la saturation des structures d'urgences du secteur.

5.6 - Devenir le premier maillon de la chaîne des secours au quotidien, mais aussi en situation d'exception

Les structures de soins de l'organisateur, si elles sont agréées, pourront mettre en place les plans de secours d'urgences en relation avec les services de l'État, étant déjà sur place. Elles seront mises, dans ce cas de figure, à disposition du DSM désigné par le Préfet.

5.7 - Agir dans un périmètre défini.

Il convient de définir un périmètre « organisateur » afin de ne pas faire intervenir les moyens privés sur la voie publique (sauf exception ou réquisition).

ANNEXE 1 - Schéma Directeur Secours Santé (SDSS)

Quelque soit la nature de l'événement à gérer, ce document sert de fil conducteur à l'organisateur et aux services publics pour définir et moduler les moyens prudentiels.

Ce document peut être ponctuel, pour un événement ou faire partie du plan de secours fixe d'un établissement recevant du public de façon régulière.

Les Items à développer sont :

1 - Les accès

2 - Les espaces médicaux

2.1 - Pour les stades

- 1 infirmerie principale (IPR)
- 1 ou plusieurs infirmeries satellites (ISA) selon la taille du stade.
- 1 infirmerie (IPE) pour les compétiteurs ou acteurs de l'événement (150 m2)
- Infirmerie en zone officielle
- Postes tièdes
- Régulation médicale (PCC)

Les recommandations de modalités de gestion des zones compétitions sont décrites en Annexe 5.

NB : le local antidopage tient compte de normes Fédérales et ne se situe pas, en général, à l'intérieur de cette infirmerie.

2.2 - Espaces étendus type festivals (concerts)

- Postes secouristes proche des entrées
- Postes latéraux scène, dits postes chauds
- Postes tièdes
- Postes froids,
- Infirmerie principale
- Zone de régulation médicale

2.3 - Salons, foires-expo

- 1 infirmerie
- 1 moyen de transport des victimes intrasite

2.4 - Compétitions circuits ou parcours longues distances

2.4.1 - Circuits fermés

- 1 infirmerie principale pour les compétiteurs
- 1 infirmerie à mi-chemin du trajet ou du circuit.
- des moyens mobiles pour accéder rapidement à toutes les parties du circuit

2.4.2 - Circuits ouverts (marches, marathons, courses cyclistes, voitures, motos...)

- 1 poste au départ
- 1 poste lourd à l'arrivée comprenant un dispositif de médecine d'urgence (déchoquage)
- 1 poste de secours tous les 5 km
- 1 ou plusieurs équipes mobiles selon la nature de l'épreuve et la configuration du site

ANNEXE 2 - Dispositif préventif médical (DPM)

Il complète le DPS secouriste par un versant purement médical. Ce dispositif comprend :

1 - Une équipe de commandement

La présence d'un médecin dans un dispositif médico-secouristes lui donne l'autorité technique et médicale sur les bénévoles associatifs.

- Le manager médical (MML) est le Directeur ou coordinateur médical c'est-à-dire le médecin référent de la manifestation. Il est le représentant de l'organisateur et fait office d'interface avec les services publics. Il joue un rôle, avant pendant et après la manifestation. Il dispose de l'autorité et de la crédibilité nécessaire à cette fonction.

- le médecin régulateur local (MRL) et son auxiliaire de régulation (ADR) cet échelon intervient à partir d'affluences de 20.000 spectateurs ou moins si risques avérés.

NB : Dans les événements comportant des affluences inférieures à 40.000 spectateurs, en phase opérationnelle le rôle du MML peut se confondre avec celui de MRL.

2 - Les équipes de terrain

- Médecins urgentistes ou équivalents

- Infirmier DE ou IADE. Leur nombre est calculé en fonction des tableaux d'évaluations des critères de risques situés en annexe 3

- Equipes logistiques : gestion du matériel, pharmacies, consommable, organisationnel.

ANNEXE 3 - Tableaux de critères de risques - Recommandations pour aider au choix de dispositifs

1 - Critères déterminants

Le choix des critères de risque est dicté par l'expérience acquise dans notre pays lors de multiples manifestations de grande envergure. À ce jour, plusieurs centaines de concerts réunissant plus de 20.000 spectateurs, des milliers de matchs de Ligues 1 et 2 et de matchs internationaux, football et rugby confondus (incluant 2 Coupes du Monde), des courses, des raids etc... ont été traités. Les retours d'expérience ont permis de calibrer et de conseiller les dispositifs suivants :

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 modéré	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 ($< 2/m^2$), pas de zone d'accumulation	0,25
Moyen	Public debout à plus de $2/m^2$ et zones d'accumulation, durée < 2 h	0,30
Élevé	Zone d'attente > 2 h	0,50

- **Niveau faible**
 - public assis ou debout mais à moins de 2 personnes au m² ; 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 m² (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	Faible	0,25
Moyen	Élevé	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 SAMU-SMUR, AR (SDIS/BMP) 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 conformité 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

2 - Calcul des effectifs médicaux prévisibles

Pour mémoire, la réglementation impose une déclaration en préfecture dès que le nombre de personnes attendues pour un événement dépasse 1.500 personnes, ce qui requiert la présence de secouristes (DPS)

La présence d'un médecin urgentiste est nécessaire dès que le nombre de participants dépasse 5 à 10.000 personnes, voire moins en cas de risque avéré. Il est toujours associé à un infirmier. Au-delà, l'effectif est déterminé en considérant l'ensemble des critères de risques.

- Médecins, infirmiers

Schématiquement, sur un évènement à risque modéré, il faut compter (hors cadres et équipe de commandement) :

- un médecin par tranche de 10.000 spectateurs;
- un infirmier par tranche de 10.000 jusqu'à 20.000, puis 1 infirmier tous les 20.000 spectateurs.

Il faut considérer un indice de pondération :

- indice multiplicateur pour de petites affluences à risque avéré (multiplié par 2)
- indice modérateur au-delà de 100.000 spectateurs (divisé par 2).

Pour plus de facilité les formules qui suivent sont voisines de celles du DPS mais avec une spécificité propre, permettant également un calcul en fonction des critères de risque qui puisse servir de base à tous (y compris aux organisateurs)

Il est possible d'utiliser la formule du *ratio intervenant médecin (RIM)*, arrondi au chiffre immédiatement supérieur.

Ce chiffre est celui sous lequel il ne faut pas descendre. Il est calculé en fonction de *l'indice Global de Risque (IGR)* défini par la somme des indices de risques des 4 tableaux :

$$IGR = A + B + C + D$$

$$RIM = IGR \times \text{nombre de spectateurs} / 10.000$$

Il faut également intégrer :

- la durée de l'évènement (nuits pas exemple) qui impose des rotations de personnel. Les indices permettent de faire varier les ratios intervenants médecins et infirmiers théoriques et les affiner.
- les contraintes sonores (rotations)
- les longues distances à gérer.

Ainsi, pour une manifestation réunissant deux fois plus de spectateurs, l'indice A (profil du public) étant réduit, le nombre de médecins n'est pas multiplié par deux, mais *"seulement"* augmenté de 2 !

- Cadres médicaux

Sur un dispositif minimal, le médecin est automatiquement MML-MRL, au moins en phase opérationnelle. À partir de 40.000 personnes, le poste se dédouble en un MML et un MRL. Le MRL reste en poste fixe dans le PC régulation. Un auxiliaire de régulation (ADR) est présent au-delà de 20.000 spectateurs ou moins en cas de risques avérés.

- Organisation & logistique

La gestion et la préparation du matériel, des produits médicamenteux, des fluides et des normes de matériovigilance nécessitent du personnel formé. Selon la nature de l'évènement ce personnel doit être présent en phase opérationnelle.

ANNEXE 4 - Déontologie

Bonnes pratiques :

- Respecter les normes de l'exercice légal de la médecine, en évitant ce qui pourrait s'apparenter à la médecine foraine.
- Exercer la médecine en tenant compte des obligations de l'Urssaf.

Protocoles : utiliser les protocoles médicaux en vigueur de gestions des patients afin de faciliter les relais entre équipes lors d'évacuations vers les hôpitaux

Matériel : utiliser du matériel adapté au terrain, léger, maniable, avec des sacs différents (couleur, marquage) selon leur fonction.

L'ensemble du kit médical doit correspondre au minimum au contenu d'une UMH.

Disposer de moyens de relevage et contention adoptés à l'événement concerné.

Electronique portable, DSA, scope-graphes, respirateurs SaO₂ /Capno, aspirateurs de mucosités.

Ces moyens devront être distincts des moyens estampillés service public.

La structure doit disposer de moyens de transmissions fiables et homologués sur un canal exclusivement réservé au médical (secret médical)

Procédures : ce sont les éléments de déclinaisons du Schéma Directeur appliqué à la phase opérationnelle :

- procédures liées au site et à sa configuration
- procédures liées à l'événement lui-même
- fiches de postes, fiches réflexes
- fiches épidémiologiques
- fiches bilans, main courante etc.

ANNEXE 5 - Gestion médicale des zones compétitions dans les sports de haut niveau ou professionnels

La zone compétition est souvent difficile d'accès. Il peut en résulter un délai d'intervention notable pour les secours. Il est donc indispensable de disposer à demeure d'une équipe pouvant intervenir sans aucun délai.

La population de ces zones est **variée** :

- membres de l'organisation, staffs des équipes, journalistes, personnel de gestion, arbitres.
- Joueurs, souvent athlètes de haut niveau, avec des risques spécifiques et de lourdes contraintes (physiques et psychologiques)

Il est recommandé que ce dispositif comprenne :

- une équipe de quatre secouristes par demi-terrain (football/rugby) pour ramassage, relevage, conditionnement et brancardage (blessures simultanées). Situés en bord de terrain sur des bancs, ils doivent bénéficier d'abris (guérites) ainsi que leur matériel. Il est conseillé que ces secouristes soient agréés sécurité Civile.

- 1 médecin urgentiste dit Médecin Pelouse (MPL) pour :

- intervenir au niveau des soins d'urgence en partenariat avec le médecin d'équipe
- diriger les manœuvres de réanimation en cas de gravité
- participer aux exercices des secouristes en situation, organisés tout au long de la saison.
- déclencher les départs de brancardages sur le terrain sur demande de l'arbitre, du médecin d'équipe ou de sa propre initiative si la circonstance de l'accident paraît évocatrice.
- il est en liaison permanente avec le PC de régulation médicale

- du matériel de relevage secouriste : barquette rigide (2 pièces), plans dur-rachis avec blocage de tête, colliers, atèles, matelas coquille, kit oxygène (petites bouteilles)

- matériel de médecine urgence, positionné en bord de terrain prêt à l'usage :

- lot intubation, BAVU, masque à haute concentration, kit perfusion
- kit traumatisme : pansements américains, hémostase.
- DSA, médicaments de réanimation, y compris antalgiques majeurs

- Un scope défibrillateur enregistreur doit être disponible à l'infirmerie des joueurs, qui doit être très proche du terrain, ainsi qu'un respirateur. Un complément d'oxygène avec prises adaptées doit également être prévu permettant d'attendre l'évacuation.

Liens : FeMede, SFMU, SUDF.