

RÉFÉRENTIEL MÉDICAL

Organismes médicaux d'assistance événementielle



07 mars 2011

Table des matières

1. Introduction	4
2. Objectifs et missions	5
2.1. Définition des structures médicales événementielles (SME)	5
2.2. Objectifs	5
2.3. Périmètre d'intervention	5
2.4. Champ d'application et limites	6
2.5. Fondements et principes	6
3. Management et Gestion	7
3.1. Description de la structure de SME	7
3.2. Management de l'activité hors événement (évaluation de la qualité en interne)	7
3.3. Rôle de l'organisme SME et positionnement par rapport au service public, lors d'un événement	8
4. Gestion au service du patient	9
4.1. Les items du SDSS	9
4.2. L'organisation interne des soins	9
5. Cadre administratif de gestion	11
5.1. Obligation de la SME, employeur, au regard de la législation sur le travail et de la sécurité sociale	11
5.2. Obligation de la SME relative à la concurrence commerciale	12
6. Fonctionnement opérationnel	14
6.1. Les items de fonctionnement	14
6.2. Les axes de circulation	14
6.3. Les espaces médicaux	15
6.4. Organigramme	17
6.5. Les moyens logistiques de couverture médicale	18
6.6. La Prévention	23
7. Gestion des ressources humaines et de l'information	26
7.1. Gestion du personnel	26
7.2. Gestion de l'information	28
8. D.P.M : Dispositif Préventif Médical	30
8.1. Généralités	31
8.2. Dispositif médical : la structure médicale événementielle (SME)	33
8.3. Mode calcul- Dispositif Prévisionnel Médical – DPM	39
8.4. Cadres médicaux	41
8.5. Exemples particuliers de dispositifs mis en place selon la typologie de l'événement	41
9. Annexe 1	45
9.1. Bulletin Officiel des Impôts concernant la concurrence : Obligations des associations loi 1901	45
10. Annexe 2	46
10.1. Lettre de l'URSSAF concernant les modalités d'exercice des médecins dans les sociétés d'assistance ou lors d'événements privés.	46
10.2. Arguments légaux concernant les règles d'emploi salarié vs honoraires	57
11. Annexe 3 – Autres textes réglementaires	49
12. Annexe 4	50
12.1. Lettre de l'AFSSAPS sur l'obtention en extrahospitalier des médicaments à réserve hospitalière	50
13. Annexe 5 – Les recommandations de la SFMU	51

Préface

Ce document a été rédigé à l'aide des sources suivantes :

- Expériences des réunions de masse depuis 1980
- Ordres d'opérations ayant prélué aux Coupes du Monde 1998 et 2007

(Ministère de la Santé et de l'Intérieur)

- Travail de concertation avec SAMU et Urgences de France
D^r Marc GIROUD, D^r François BRAUN, D^r Gilbert LECLECO, D^r Daniel JANNIERE, Pr Frédéric LAPOSTOLLE
- DRASS/Ministère de la Santé
D^r JC NIED
- Recommandations de la SFMU - Septembre 2009
Atelier 6 (Urgences et Situation d'exception-Journées scientifiques)

Organismes ayant pris part au texte définitif

- EUROMEDICARE : Vincent ESTORNEL
- EVENT MEDICAL ASSISTANCE : Martin CHASSANG
- ISMA : Nicolas GORODETZKY, Olivier PLOIX
- MEDIC' AIR : Hervé RAFFIN
- MEDOL : Alain SAUNE

Introduction

Tout responsable d'une manifestation ou producteur d'événement réunissant du public, est tenu à une obligation de sécurité à l'égard de ses partenaires, des acteurs de l'événement, de son public, et à fortiori de ses clients.

La loi du 21 Janvier 1995, dite «d'orientation et de programmation relative à la sécurité» et le décret du 31 mai 1997, cadre les missions des organisateurs de manifestations sportives et culturelles, notamment en matière de sécurité d'assistance et de secours. Les prescriptions de l'autorité de police, Maire, Préfet peuvent amener une majoration des moyens prévus par les textes réglementaires, et dans ce cas, leur autorité prévaut.

Les services de l'État correspondants, doivent valider le dispositif de secours prévu par l'organisateur et fixer les modalités de participation des moyens de secours du service public..

Dans ce cadre et dans l'esprit d'évaluation de la qualité et de l'amélioration continue de la qualité des soins, qui fonde la démarche d'accréditation des établissements de santé, il apparaît souhaitable de disposer d'un outil d'évaluation des structures ayant pour objet l'organisation et le management médical d'événements (DPM : Dispositif Préventif Médical). Ceci afin de corréliser l'activité spécifique des structures de médicalisation événementielle avec celle des SAMU, SDIS/BSPP/BMP et le DPS établi par la DGSC.

SAMU de France peut, sur la base de ces éléments, agréer des organismes en utilisant la grille d'agrément présentée en annexe. Celle-ci pourra également aider au choix des prestataires par les organisateurs d'événements et les pouvoirs publics.

La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) a validé un certain nombre de recommandations lors de son congrès d'octobre 2009.

Elles font l'objet de la fin de ce document.

Objectifs et missions

Définition des structures médicales événementielles (SME)

Il s'agit de structures dont l'objet social est l'organisation des soins et le management médical d'événements de toute nature, corrélant leur activité spécifique avec celles des SAMU et le DPS de la DGSC.

Objectifs

Fournir à des établissements recevant du public et plus généralement aux organisateurs d'événements, une couverture médicale optimale, dimensionnée au regard de la législation et des textes réglementaires en vigueur et en partenariat avec les Services Publics.

- Prendre en charge les patients dans le respect des bonnes pratiques cliniques et des procédures communément admises, en favorisant un diagnostic et un traitement précoces.
- Diminuer le recours aux établissements publics de secteur et en règle générale alléger la tâche des services sanitaires publics.
- Prendre en charge une situation de crise en premier maillon de la chaîne des secours en attendant la mise en place effective des moyens des Plans de Secours de l'État et des Services Publics, puis mettre ses moyens, partiellement ou en totalité, à disposition des autorités publiques.
- Jouer un rôle actif en termes de prévention par un lien direct avec l'ARS et les structures de surveillances épidémiologiques locales.

Périmètre d'intervention

La loi du 21 janvier 1995 relative à la sécurité des grands rassemblements, oblige les organisateurs d'événements (sportifs, culturels) à disposer des moyens nécessaires à assurer la sécurité du public dont ils ont la charge, dans le respect des prescriptions de l'autorité de police compétente (Maire, Préfet)

Les SME interviennent alors dans un périmètre qui sera préalablement défini par les services publics selon les indications techniques fournies par l'organisateur (périmètre organisateur)

A la demande des services de l'État ou dans le cadre légal de l'assistance à personne en danger, une intervention dans une zone extérieure, très proche de ce périmètre, pourrait être pratiquée en attendant le relais des secours public,

En situation exceptionnelle, l'organisme SME se met à la disposition des autorités publiques et pourrait, théoriquement, sortir de ce périmètre, si techniquement cela s'avère possible.

Champ d'application et limites

La SME peut intervenir lors de tout événement privé mais également sur des événements publics à la demande des services publics ou en complément de ceux-ci, après établissements de convention ou contrat.

La SME devient le premier maillon de la chaîne des secours, ses équipes médicales peuvent dès lors être définies comme premiers intervenants médicaux, selon les critères en vigueur dans les SAMU.

Fondements et principes

Si le site recevant l'événement ne dispose pas déjà d'un Plan ORSEC dédié au lieu ou à l'établissement (anciennement PSS/PSI), il sera créé pour chaque événement, un **Schéma Directeur Secours Santé** (SDSS) décrivant l'organisation et le fonctionnement du dispositif privé de secours santé

Ce document sera porté à la connaissance des services publics concernés. Il comprend notamment les procédures / fiches réflexes d'activité.

Ce SDSS doit être élaboré également lors d'événements non circonscrit à une zone close. (Raids, courses etc.)

Il est centré sur la prise en charge du patient, la sécurité des soins, l'amélioration continue de la qualité du service, l'implication des soignants et des gestionnaires et les relations avec les services de l'État. Ce document constitue, en général, le chapitre «Secours-Santé» du dossier global de sécurité remis par l'organisateur aux autorités autorisant la tenue de la manifestation.

M

anagement et Gestion

Description de la structure de SME

Réf. 1 - La nature de SME est clairement identifiée sur sa forme (société, association) mais aussi, son siège, son organigramme)

Elle est inscrite au registre du commerce

Réf. 2 - Le financement de SME est publiquement décrit :

- Types de financements
- Participations au capital de personnes morales détenant plus de 20 % du capital

Réf. 3 - Les contrats du personnel sont conformes aux réglementations en vigueur.

Management de l'activité hors événement (évaluation de la qualité en interne)

Réf. 1 - Les projets de l'organisation et les orientations stratégiques réalisables sont évaluées, hiérarchisées, permettant une bonne planification.

Réf. 2 - Un conseil médical évalue les pratiques et la qualité des soins, définit l'introduction de nouveaux médicaments, ou matériels et dispositifs médicaux, fait évoluer les procédures.

Réf. 3 - Le personnel médical, paramédical et administratif ou les membres, s'il s'agit d'une association, signent une charte de qualité portant acceptation de ces modalités de gestion médicale.

Réf. 4 - L'organisation met en œuvre une politique de communication interne et externe.

Réf. 5 - Les objectifs et les prestations sont clairement définis en cohérence avec la législation, les textes réglementaires, les règlements fédéraux s'il y a lieu et le cahier des charges du demandeur.

Réf. 6 - Le rôle de chaque professionnel est identifié :

- définition d'un organigramme
- fiche de poste/fonction.
- charte de qualité

Réf. 7 - La formation continue est obligatoire.

Une évaluation des pratiques individuelles est réalisée régulièrement.

Rôle de l'organisme SME et positionnement par rapport au service public, lors d'un événement

Réf. 1 – Les professionnels de la SME sont les premiers intervenants au sein d'une zone prédéfinie en attendant, si besoin, l'arrivée des moyens publics

Réf. 2 – Le **Schéma Directeur Secours Santé** établi pour le site (à l'année) ou lors d'une manifestation (à l'événement) comprend tous les éléments qui doivent être connus par les salariés ou les membres composant le dispositif secours santé afin de mener à bien leur mission, y compris les procédures de fonctionnement.

Ce document doit être validé par les services publics concernés si nécessaire et faire partie du dossier dit de «sécurité» afin de répondre aux prescriptions des autorités.

Il sert de référentiel médical spécifique à l'événement donné ou à la gestion d'un établissement recevant du public ; dans ce dernier cas il subit une réévaluation annuelle.

Réf. 3 – Un dimensionnement humain et matériel du dispositif en adéquation avec critères de risques liés à événement (Cf. DPM-Chp-8)

Réf. 4* – Selon le dimensionnement de l'événement, le dispositif comportera une équipe de commandement et des équipes opérationnelles.

Des critères de risques permettent d'en calculer la qualité et quantité (cf. annexes-
**recommandations SFMU 11 sept 09 -annexe 5)*

Réf. 5 – Il existe des limites d'activité de la SME.

Son rôle est de faire un tri des patients, d'effectuer les premiers soins et de prendre en charge, dans les règles en vigueur, les urgences vitales, en attendant le relais du Service Public.

Lorsque la SME agit sur le territoire français métropolitain ou d'Outremer (DOM-TOM), elle ne fournit aucune médication en dehors des premiers soins, en attendant la prise en charge du médecin référent de chaque patient ou du centre d'urgence le plus proche (ceci afin d'éviter l'exercice dit de médecine foraine).

Réf. 6 – Enfin, concernant le recrutement des médecins : la SME aura la possibilité de passer des conventions au cas par cas avec les hôpitaux afin de bénéficier de la mise à disposition de médecins, infirmiers ou auxiliaires de régulation, s'ils sont sous contrat hospitaliers exclusifs.

Gestion au service du patient

L'organisation mise en place doit permettre une prise en charge des patients dans des conditions optimales de qualité et de sécurité, en regard de l'environnement dans lequel se déroule l'événement lui-même.

(Cette organisation est décrite dans le Schéma Directeur Secours Santé (SDSS) de chaque site ou de chaque événement s'il est ponctuel) qui est le document de référence des équipes médicales de la SME)

Les items du SDSS

Réf. 1 – La SME définit la politique de prise en charge des patients en fonction de la nature des risques précisés par l'organisme demandeur (organisateur)

Ces éléments figurent dans le **SDSS** qui sera soumis à l'approbation de l'organisateur qui va ensuite requérir l'avis de l'autorité publique.

Réf. 2 – Description des moyens techniques et logistiques.

La SME propose à l'organisateur une mise en conformité du site où doit se dérouler la manifestation (axes de circulation, espaces médicaux, logistique, sécurisation)

Réf. 3 – Les organismes de secours publics sont informés du rôle de l'organisme privé, pour qu'une interface permette une continuité de la chaîne des secours entre les intervenants.

A cet égard, le SAMU référent doit être destinataire du document émis par l'organisateur à l'autorité délivrant l'autorisation de faisabilité de l'événement (Préfecture ou Mairie) et ce, dès la phase de préparation. Un des rôles de la SME sera de s'assurer que le SAMU ait été destinataire.

L'organisation interne des soins

Réf. 1 – L'organisme, par le biais de son Manager Médical Local (ou coordinateur) effectue la coordination des moyens de secours bénévoles ou non, associations ou individus mis à sa disposition par l'organisateur dont il est dès lors, le représentant.

Chaque médecin dispose de l'autorité technique et médicale sur le pool secouriste*

**circulaire DGS du 19.07.2007 Ministère de la Santé (annexe 3)*

Réf. 2 - Le MML est le responsable au plan médico-légal du fonctionnement du dispositif médical intra-site, s'il y a un périmètre organisateur, et de l'ensemble de l'événement si ce n'est pas le cas (courses, raids, événement en lieux ouverts)

Il représente l'organisateur pour la partie secours-santé.

Mais il est aussi, l'interface entre système médical privé et public, l'organisateur et les structures extérieures.

Il représente également la SME.

Il dispose de l'autorité **médicale et technique** sur le dispositif associatif.

En particulier, la régulation médicale sur site *en situation quotidienne* met, tous les intervenants secours santé présents sur le site, sous la responsabilité du MML.

Cadre administratif de gestion

Obligation de la SME, employeur, au regard de la législation sur le travail et de la sécurité sociale

Réf. 1 - Les personnels qui sont placés sous la subordination de la SME font l'objet d'un contrat de travail conforme à la réglementation en vigueur et d'une déclaration préalable à l'embauche.

Ils sont rémunérés conformément à la législation et aux règlements en vigueur.

- S'il s'agit de médecins, ce contrat est soumis à l'Ordre des Médecins.
- Un service comptable se charge de la création et du bon acheminement des fiches de payes des personnels salariés au regard de la législation en vigueur sur le travail.

Réf. 2 - Lorsqu'il s'agit de personnes exerçant leur activité sous forme de profession libérale ou qui justifient d'une inscription au registre du commerce et que ces personnes ne sont pas placées dans un lien de subordination avec la SME, il convient d'établir un devis ou un contrat de prestation de services.

Il y a donc lieu, pour une SME qui entend payer les intervenants en honoraires de justifier de l'inexistence d'un lien de subordination avec ces intervenants et de leur inscription en qualité de travailleur indépendant disposant d'un numéro de SIRET. A défaut, la SME court le risque d'un redressement de charges sociales. L'ambiguïté de la fonction de médecin qui peut être exercée en régime libéral ou sous le mode salarial, entraîne, dans ce secteur d'activité, des dérives amenant des situations délictueuses que l'URSSAF est susceptible de redresser, outre des poursuites pénales pour travail dissimulé contre la SME et/ou son client.*

**Cf. Annexe 10.1.2 concernant les justifications légales*

Réf. 3 – La SME est assurée en responsabilité civile professionnelle (RC) pour elle-même, ses salariés et tout personnel qu'elle missionne. Elle contracte également pour ceux-ci les assurances accidents obligatoires.

Elle garantit à ses clients que l'ensemble du personnel fourni, salarié ou non, est couvert par sa garantie RC.

Elle précise de manière explicite à son client, au moment de la contractualisation le type de contrat liant les intervenants qu'elle fournit et atteste de leur couverture par un contrat d'assurance en responsabilité civile.

L'assurance Responsabilité Civile Individuelle Professionnelle est, par contre, à la charge individuelle de chaque personnel médical.

Réf. 4 – Le recours aux actes s'apparentant à la « *médecine foraine* » sont proscrits, sur le territoire français métropolitain et les D.O.M-T.O.M., sauf accord ponctuel avec l'Ordre des Médecins de la région où se déroule l'événement (défaut de médicalisation locale)

Obligation de la SME relative à la concurrence commerciale

Réf. 1 – La SME doit se conformer à la législation en matière de droit de la concurrence.

Réf. 2 – Les obligations de taxes.

Les obligations de la SME sur un secteur concurrentiel imposent (qu'elle soit organisée sous forme de société ou d'association) le paiement des impôts commerciaux, à savoir :

- Impôt sur les sociétés
- TVA
- Taxes d'apprentissage, taxe de formation.
- Taxes diverses, en particulier sur les véhicules (VSL, Ambulances par exemples)
- Salaires et charges sociales inhérentes

Réf. 3 – Uniformisation de la concurrence (règle des 4 P)

Une SME qui n'est pas constituée sous une forme commerciale, en particulier une association de type Loi 1901, mais qui se positionne sur le secteur commercial devient de fait prestataire de services en concurrence directe avec les sociétés commerciales. Elle doit dès lors s'acquitter des impôts commerciaux en vigueur, afin que tous soient soumis aux mêmes contraintes concurrentielles.

Voir instruction fiscale 4-H-5-06 n°208 du 18 décembre 2006

Il ne sera pas possible d'exercer une activité commerciale concurrente tout en percevant des subsides de l'État.

En effet, il n'est pas possible pour un organisme à but non lucratif d'effectuer un acte de type « commercial » sans se conformer aux règles de la concurrence, alors que dans le même temps il bénéficierait des avantages de son statut associatif, voire de subventions de l'État.

*Cf Journal Officiel de la République 21.09.2004 page 7295
(annexe 1)*

Ceci ne s'applique pas aux missions de type publiques, caritatives, ne donnant pas lieu à une réelle concurrence commerciale, mais d'une nécessité d'ordre public.

Dans ce cas l'association aura libre cours de faire travailler des médecins pour peu qu'elle respecte la législation sur le travail (paiement en salaires)

Fonctionnement opérationnel

Les items de fonctionnement

Il est défini, à chaque événement, un certain nombre d'items qui constitueront le *fil rouge* du fonctionnement des équipes de secours : le Schéma Directeur Secours Santé (SDSS)

Ce document peut être intégré, selon le cas, au Plan ORSEC de l'établissement, s'il existe :

- axes et circulation des secours
- définitions des espaces médicaux.
- définition des risques et descriptions de différents scénarios.
- organigramme : la grille d'évaluation permet un calcul rapide des moyens humains à mettre en place (cf. DPM-8))

Une définition des moyens matériels et administratifs :

- matériel mobile
- électronique médicale
- fiches de fonctions et de postes
- moyens logistiques médicaux
- procédures et fiches réflexes
- définition des protocoles médicaux en liaison avec le SAMU

Les axes de circulation

Réf. 1 – Axe dit *Rouge*

Quel que soit le site retenu comme théâtre de l'événement, une définition précise des axes réservés aux secours, des circuits d'évacuation pédestre et motorisés doivent être définis par l'organisateur et proposés pour validation aux services compétents de l'État.

Il en va de même de la gestion des flux du public que ce soit à leur arrivée ou à leur départ.

Réf. 2 – Circulation

- Une noria autour du site doit être possible avec passage de 2 engins de feu, de face.
- Un marquage au sol pourra être défini afin de faire respecter la vacances d'espaces de dégagement ou d'acheminement de moyens.
- Les parkings d'engins d'attente (ambulances, engins de feu, véhicules logistiques) seront également matérialisés

- Les obstacles (grilles, issues de secours...) seront répertoriés, gardés et mobilisables à la demande.

Réf. 3 – Accès

Plus généralement et quelque soit la topographie du site, il devra être décrit un circuit d'accès rapidement utilisable par les moyens de secours que ce soit pour le quotidien ou la situation d'exception.

Ces définitions de circuits devront être validées par le SDIS/BSPP/BMP en prévision d'un Plan d'exception.

Les espaces médicaux

Principes

Réf. 1 – Chaque site doit disposer de locaux afin de recevoir des patients potentiels.

Ces espaces peuvent être soit des structures provisoires soit des structures fixes.

Réf. 2 – Leur aménagement doit répondre à un certain nombre de critères de conformité, d'hygiène et d'équipement qui seront à respecter par l'organisateur.

Réf. 3 – Le matériel médical sera la propriété de la SME qui en est responsable, et en assumera la matériovigilance, et la gestion des stocks de pharmacie.

Les critères de fonctionnement

Les items classiques sont les suivants :

Réf. 1 – Quantification, qualification et description des espaces médicaux y compris la gestion de l'hygiène des locaux :

- On doit pouvoir compter sur une Infirmerie pour 10.000 personnes. L'une d'entre elle sera considérée comme Infirmerie Principale (cf. 6.3.3)
- Plus généralement, lorsqu'il existe des sectorisations, chaque secteur ne doit pas rester isolé, il doit disposer d'un poste de secours (cf. 6.3.3)
- Ces locaux doivent être adaptés dans leur dimensionnement et positionnement, c'est à dire qu'il faudra tenir compte de paramètres tels que le nombre de personnes à un moment T, les distances à parcourir pour trouver un poste de secours (obstacles naturels ou non, accessibilité) etc...
- Il sera décrit dans chaque espace sanitaire les mobiliers fixes ou mobiles.

- Il sera planifié avec le client de la SME les modalités d'entretien et d'hygiène des espaces sanitaires.

Réf. 2 – Accessibilité aux handicapés.

- Signalétique claire, en deux langues (Français /Anglais)et surtout visible de loin.
- Création de plans de situations avec locaux et issues signalisées afin de faciliter leur localisation en phase d'urgence.

Réf. 3 – Moyens de communications internes (téléphones, interphones) et externes (téléphones, fax, Internet)

Il appartiendra aux organismes publics concernés de vérifier la conformité des lieux (Commissions de sécurité, organismes de vérification)

*En particulier lors de manifestations de grande envergure avec conditions climatiques contraignantes, une zone de dégagement permettant d'isoler au repos, pour de petits soins, un nombre important de victimes sera à prévoir (afflux inopiné) : **le poste tiède***

La finalité de ce poste étant d'éviter l'enclenchement d'un plan d'exception mais aussi d'éviter l'engorgement des urgences de secteur.

Un exemple

Pour une zone à périmètre défini et limité, par exemple un stade classique, il serait mis en place :

- 1 infirmerie principale(IPR) qui comprend :
 - la réserve de matériel et maintenance
 - la zone administrative
 - une zone de petits soins
 - la zone de déchoquage :

Traitement des urgences graves

- c'est le lieu de prise en charge des patients pour les UMH venant de l'extérieur.
- 1 Infirmerie satellite (ISA) par secteur de stade : car certains secteurs peuvent avoir un public ayant un profil réactif différent d'une zone à l'autre, être soumis à des prix variables selon leur situation et dès lors, le passage d'un secteur à un autre peut être

réglementé.

Dans ces conditions tous les patients doivent avoir un accès rapide aux soins.

- 1 infirmerie en zone joueurs vestiaires-pelouse (IPE)
- 1 infirmerie de petite capacité en zone officielle (IOF)

NB : Ces deux dernières zones sont des zones de sur-accréditations, d'accès parfois complexes, pouvant occasionner des délais d'intervention non négligeables, dès lors, les ayants droit de ces zones doivent aussi disposer d'un local de dégagement proche, in situ.

A cela s'ajoute, selon les événements, la contrainte climatologique (selon les latitudes ou la période de l'année) et donc la possibilité d'ouvrir à la demande un ou plusieurs postes tièdes (POT) supplémentaires.

Organigramme

La SME fonctionne un peu comme un SAMU à périmètre limité

Selon la taille et la nature de l'événement, l'organigramme est modulable.

Réf. 1 – Elle comprend une équipe de commandement et de gestion, constituée de personnels issus du milieu de l'urgence :

- Un Directeur médical ou Coordinateur médical : **Manager médical local** (MML) de l'événement dont le rôle s'exerce avant, pendant et après l'événement.
- Un **Médecin Régulateur Local** (MRL), aidé d'un **Auxiliaire de Régulation** (ADR)

Le MRL intervient dans la gestion purement médicale de l'événement (traitement de l'alerte, prise des bilans, gestion des évacuations sanitaires).

Le MRL est en liaison avec le Centre 15 (CRRA) qui se charge de l'envoi des effecteurs, des évacuations et de la recherche de places en milieu médicalisés.

- Un ou plusieurs **logisticiens** (préparation du matériel en phase événement, gestion du matériel entre les événements)
- *le mot « local » sert à différencier les personnels agissant au niveau régional de ceux exerçant au niveau national (exemple d'une compétition international étalée sur tout le territoire) mais aussi pour différencier certaines fonctions de celles du service public.*

Réf. 2 –La SME comprend aussi une équipe opérationnelle

Ce personnel intervient dans la gestion même de l'événement, donc sur un laps de temps limité.

Par exemple, un dispositif dans une **enceinte fermée** peut être empiriquement calculé comme suit :

- Un Médecin Urgentiste (MUR) pour 5 à 10.000 personnes (*SFMU sept. 09*)
- Un Infirmier Diplômé d'État (IDE) pour 5 à 10.000 personnes jusqu'à 20.000 personnes, puis un seul tous les 20.000 suivants.

Cette règle des 10.000 peut être abaissée à moins de 5.000 lorsque la manifestation présente des critères de risques avérés : profil réactif du public, conditions climatiques, climat socio-politique...

Réf. 3 – Le Binôme médical

Généralement le binôme de base, sauf exception, doit comporter MUR + IDE :

Il faut préciser le principe du binôme médical : le fait d'employer un médecin urgentiste veut dire que l'on se donne les moyens, éventuellement, de faire face à une détresse vitale.

Or, si ce praticien est seul, sans secouristes, il devra disposer au moins d'un infirmier pour pouvoir faire face à cette problématique.

L'éventualité d'un nombre important de patients à prendre en charge sur un événement, nécessite d'évaluer la quantité de petits soins à réaliser, le nombre d'actes de relevage, de contention ou de brancardage.

Ceci imposera dans ce cas, même en dessous du chiffre de 1.500 personnes présentes (base du DPS) de mettre en place un dispositif secouriste, en concertation avec l'Organisateur et les pouvoirs publics.

Une grille plus détaillée permet de faire un calcul basé sur des critères de risques, afin de se rapprocher du DPS secouriste mais aussi de la réalité et des contraintes liées à l'événement. (Cf. : annexe 11.1.1)

Les moyens logistiques de couverture médicale

La capacité de gestion de l'urgence de la SME.

La SME a pour rôle la gestion du « quotidien », ce qui n'exclut pas certaines Urgences Absolues (UA) ponctuelles.

Réf. 1 – L'organisme SME doit pouvoir traiter un certain nombre d'UA et d'Urgences Relatives (UR) dans l'attente de l'arrivée d'une ou plusieurs UMH.

Réf. 2 – Ce nombre d'UA/UR, potentiellement gérable sur site, est à définir selon les critères de risques de chaque manifestation, en concertation avec les services publics.

Ceci permet aux moyens de secours publics de dimensionner leur réponse et leur gestion *prudentielle* de l'événement :

- simple mise en alerte des structures mobiles ou des urgences de secteur
- ou bien renforcement des moyens pré-hospitaliers et des structures d'accueil

Le matériel médical

Réf. 1 – Toute équipe, du moment qu'elle comporte un praticien au minimum, doit être munie du matériel permettant de faire face aux urgences tout venant mais aussi à des urgences vitales. Ce matériel doit être conforme aux usages et aux équipements dont les urgentistes ont l'habitude et qui permet la prise en charge réanimatoire d'un patient en détresse vitale.

Réf. 2 – Ainsi tout médecin urgentiste doit pouvoir utiliser sans délais un DSA.

Il doit également être en mesure de faire un tracé ECG.

Les moyens de mise en condition d'un patient en état de détresse vitale seront disponibles sur place, permettant la prise en charge ventilatoire et hémodynamique en temps réel.

Réf. 3 – S'il s'agit d'événement sportifs avec risques traumatologiques, la nécessité de moyens d'immobilisation / relevage / transport amènera la mise à disposition d'attelles, colliers, plans d'immobilisation de rachis.

Ces moyens pourront être mis à disposition par les moyens secouristes (associations agréées) le cas échéant, mais ils devront être présents dans tous les cas (SDSS CDM France 2007- Recommandations SFMU sept 09)

Qualité de la prise en charge

Réf. 1 – L'accueil et la prise en charge se fera selon les principes suivants :

- L'accueil des patients est permanent, de l'ouverture des portes au public jusqu'à son départ, en accord avec le directeur de la sécurité de l'événement qui fixe le moment de désactivation du dispositif.
- Ceci est horodaté en main courante.

Réf. 2 – Une prise en charge du patient avec des délais d'intervention minimums et des personnels qualifiés (médecin ou infirmier) est possible à tout moment.

- Il existe une procédure d'urgence pour la prise en charge d'une UA, afin de maintenir dans un premier temps les constantes vitales.
- Dans les autres cas (UR) la recherche d'un diagnostic et d'une proposition de soins afin de soulager le patient est effectuée.

Réf. 3 – La prise en charge de la douleur fait l'objet de procédures et du respect des protocoles en vigueur (consensus actualisé).

Réf. 4 – Le patient reçoit une information sur sa pathologie et sa prise en charge.

Les soins sont prodigués dans le respect de la dignité des patients et de leurs accompagnants.

Réf. 5 – La SME exclu tout geste pouvant s'apparenter à de la « **médecine foraine** »

article R.4127-74 du code de la santé publique

Réf. 6 – En cas de nécessité d'évacuation, le médecin régulateur de l'organisme est en contact avec son homologue du Centre 15 (CRRA) et lui passe un bilan, Le Centre 15 choisissant l'effecteur approprié et la destination finale du patient.

Ceci a été acté lors du congrès de la SFMU de sept 09 : le dispatching des patients doit être fait par le Centre 15 afin d'éviter de saturer inutilement tel ou tel service d'urgence, et éviter des transports secondaires inutiles et pour cela placer les patients en fonction :

- *de leurs pathologies*
- *des services et spécialités disponible dans l'hôpital qui pourraient être requises ultérieurement (exemple ophtalmologie ou neurochirurgie)*

cf annexe 5

Réf. 7 – La continuité des soins est assurée, afin qu'il n'y ait pas de césure entre le dispositif médical interne et les structures médicales de relais, externes (services publics, hôpitaux)

Réf. 8 – Homogénéité des procédures médicales (respect des consensus).

Les procédures mises en œuvre par la SME doivent être en adéquation avec celles des SAMU afin de rendre la transmission entre équipe privé-public la plus fluide et rapide possible.

Les évacuations sanitaires- Bilans d'activité.

Réf. 1 – Interface

Lors de tout événement le contact avec le Centre 15 (CRRA) / SDIS (CTA) doit être permanent.

En particulier, lors de grands événements, des bilans d'interventions sont régulièrement communiqués, afin de prévoir d'éventuelles phases critiques, d'acheminements de renforts, voire de déclenchement de plans d'exception.

La fréquence des bilans dits « intermédiaires » se fera en concertation.

Réf. 2 – Évacuations Sanitaires (EvaSan)

Toute évacuation sanitaire, y compris les évacuations non médicalisées (*SFMU sept 09*) se fait en liaison avec le SAMU - Centre 15, qui assure la régulation des admissions vers des structures hospitalières ou assimilées, dans le respect du libre choix du patient, du plateau technique et des disponibilités hospitalières.

Les transports médicalisés sont effectués par les moyens dépêchés par le SAMU Centre 15 ou par les moyens privés ou associatifs déjà sur place et validés par le SAMU.

Dans le cas particulier où l'organisme disposerait de moyens de transports médicalisés sur site, il devra le faire figurer dans le SDSS et s'assurer que le SAMU en est informé.

Les évacuations sur des structures d'urgences, dans ces cas de figure, devront impérativement passer par le Centre 15 afin d'éviter toute *évacuation sauvage* et ainsi risquer de saturer une place de réanimation à l'insu du SAMU Départemental.

Réf. 3 – Le bilan final d'activité est communiqué et argumenté à l'organisateur, au Centre 15, si besoin à la Préfecture et / ou à la Zone de Défense.

Organisation administrative des unités de soins.

Réf. 1 – Identifications des soignants

Les médecins, infirmiers et plus généralement le personnel de la SME sont dotés de tenues, identifiant très clairement et sans ambiguïté leur appartenance, leur activité et leur fonction .

Réf. 2 – Autorité médicale

Chaque médecin ou infirmier dispose, dans son poste ou son secteur géographique d'activité, en l'absence de situation de crise, **de l'autorité technique et / ou médicale sur les intervenants de soins non professionnels (secouristes)**

Ceux-ci restent néanmoins soumis au cahier des charges de leur DPS.

Réf. 3 – Confidentialité

La totalité des personnels est astreinte au respect du secret professionnel mais aussi au devoir de réserve.

Seul l'organisateur ou son représentant (MML) peut être habilité à communiquer dans le strict respect du Code de la Santé Publique.

En situation de crise cette fonction est dévolue au DOS (Préfet ou son représentant) qui peut se faire assister du COS, du DSM ou du MML.

Réf. 4 – Fiches d'observation - traçabilité

- L'identification du patient fait l'objet d'une attention particulière.
- Il existe une fiche d'observation médicale pour chaque patient comprenant : les coordonnées et nom complet du patient, nom du praticien, motif de recours aux soins, nom des intervenants avec heure d'intervention, le diagnostic ou hypothèse retenue, les prescriptions et traitements, l'évolution et le devenir du patient.
- En cas de stockage informatique numérique de données personnelles, conformément à la réglementation en vigueur, la SME effectuera une déclaration à la CNIL.

Réf. 5 – Fiches spécifiques

- Des procédures définissent la prise en charge des patients mineurs non accompagnés. .
- Une procédure définit la conduite à tenir en cas de refus de soins par les patients.
- Des mesures sont prises afin de réaliser un inventaire soigneux des effets personnels des patients pris en charge

Réf. 6 – Fiches d'évacuations

Les patients évacués bénéficient d'une fiche d'évacuation dont un double reste dans les archives de la SME durant 5 ans.

NB : les fiches des Réf. 4 & 6 sont strictement confidentielles.

Elles ne peuvent être communiquées à l'administration (Police, Gendarmerie, Services de Préfectures) qu'après émission de leur part d'une réquisition ou d'une commission rogatoire, signé de l'autorité compétente.

Réf. 7 – La main courante

Toute l'activité du personnel sur le site est colligée.

En particulier une main courante est tenue en permanence jusqu'en fin d'événement.

Elle consigne tous les faits marquants qui pourraient faire l'objet d'une réclamation, ou d'une enquête ultérieure à l'événement.

Réf. 8 – Contentieux

L'organisme SME ou son représentant sur site (coordinateur/MML) est saisi de l'ensemble des contentieux.

Il importe que soit répercuté directement au Manager Médical tout problème qu'ont à connaître les responsables de la manifestation (organisateur), les responsables du Centre 15 ou tout médecin en charge du patient.

La Prévention

Vigilance sanitaire

Réf. 1 – La traçabilité des produits et dispositifs médicaux est assurée.

Un registre de traçabilité est disponible.

Réf. 2 – Suivi technique des appareils.

Chaque appareil dispose d'une fiche de surveillance, permettant de suivre la « vie » de l'appareil : date d'acquisition, numéro de série, identification des vérificateurs.

Date, heure et nature des tests maintenance.

- . LLLLLLes incidents font l'objet d'une déclaration de matério-vigilance.
- La SME doit être en mesure d'authentifier la provenance de ce matériel (prêt, location, achat)

Réf. 3 – Protection des produits

Une protection des produits est assurée (en particuliers les médicaments)

Ces produits sont enfermés sous clés/cadenas dans des locaux sécurisés (verrouillage sur 3 points)

Réf. 4 – Recommandations sur le matériel

Il existe un fichier consultable des dispositifs médicaux utilisés par la SME.

Les dispositifs médicaux sont marqués CE et utilisés conformément aux recommandations du fabricant. Le personnel est formé à leur utilisation.

Réf. 5 – Utilisation de produits à usage hospitalier

Le Code de la Santé Publique, renforcé par le courrier de l'AFSSAPS (*Cf. annexe 4*), autorise les organismes d'assistance à bénéficier des produits d'urgence de réserve hospitalière. dans le cadre de l'exercice de la médecine d'urgence par des personnels qualifiés à cet usage.

L'approvisionnement de la SME en médicaments se fera directement par officine ou par grossiste (cf AFSSAPS : art R. 5121-96 et R.512-43 du Code de Santé publique)

Ainsi la SME aura autorisation de se fournir en médicaments de **réserve hospitalière** non vendues en officine de ville, auprès des fournisseurs hospitaliers, afin de disposer des drogues nécessaires à l'exercice de la médecine d'urgence.

Réf. 6 – Un pharmacien, assisté d'un logisticien, veille à la gestion, l'approvisionnement et acheminement des produits pharmaceutiques.

Réf. 7 – Péremptions

Les péremptions sont gérées en 3 niveaux de : gestion (Règle des 3 barrières) :

- informatisation lors de la réception et livraison des produits (enregistrement)
- contrôle manuel périodique
- contrôle ultime par le médecin avant utilisation.

Réf. 8 – Fiche épidémiologique

Un lien spécifique, lors de grands événements occasionnant des déplacements de population depuis des zones géographiques éparses (compétition d'envergure internationale), doit être créé avec l'ARS ou l'INVS pour tout problème touchant à l'épidémiologie (procédures d'alertes claires, fiches épidémiologiques)

Ce lien, pour les événements de petites envergures, pourra passer par le Centre 15 dans un premier temps.

Réf. 9 – Prévention des risques infectieux (PRI)

Les mesures sanitaires, en conformité avec la législation en vigueur, doivent être prises lors de la gestion des patients, en particulier lors des gestes invasifs : injections, mises en place de voie veineuse, intubation, sutures.

Le matériel et consommable utilisé sera à usage unique.

Les cas particuliers de périodes de contagiosités devront donner lieu à une suivie rigoureuse des prescriptions du Ministère de la Santé. (grippe aviaire, grippe A)

La gestion logistique

Réf. 1 – Le circuit d'entretien des tenues est identifié afin de respecter les conditions d'hygiène.

Réf. 2 – La SME disposera du matériel qui lui est nécessaire en regard des bonnes pratiques de la médecine d'urgence.

- le contenant des lots d'urgences est adapté aux missions de ce secteur d'activité qui impose mobilité et souplesse de fonctionnement

Réf. 3 – A la fin des missions chaque utilisation où anomalie du matériel est signalée au logisticien (fiche de remarque).

Réf. 4 – Fluides

La gestion des fluides comporte l'utilisation de bouteilles aux normes européennes.

Réf. 5 – Élimination des déchets septiques (DASRI)

- chaque catégorie de déchet est traitée de façon adaptée : des containers spécifiques sont mis à disposition du personnel.
- le logisticien est chargé de la collecte des containers en toute fin d'événement
- ils seront stockés dans un local sécurisé et pris en charge sur une périodicité à définir, par une structure spécialisée afin de permettre une traçabilité permanente des déchets.

Ceci sera matérialisé par une fiche de passage précisant :

- l'enlèvement,
- le transport
- la destruction.

Gestion des ressources humaines et de l'information

Gestion du personnel

Modalités de travail

Réf. 1 – La SME établit des modalités de travail qui doivent être les plus proches possibles des normes de qualités exigées dans les établissements de santé, ou structures d'urgences, en particulier SAMU-SMUR

Réf. 2 – Le personnel est recruté au regard des compétences dont il dispose.

La SME devra s'assurer de l'actualisation de la formation continue de son personnel.

Réf. 3 – Il existe un dispositif de recueil des données particulières lors d'évènements. Les représentants des différentes catégories de personnel sont régulièrement réunis afin d'examiner les problèmes rencontrés, les évènements en particulier indésirables, graves, évitables ou récurrents ainsi que les points bloquants.

Réf. 4 – Le conseil médical effectue le recrutement médical sur des critères simples liés d'une part à la qualification que confèrent les diplômes français : Doctorat en Médecine avec inscription au tableau de l'Ordre des Médecins pour les médecins et Diplôme d'État pour les Infirmiers.

Seul l'Ordre des médecins peut procéder à des agréments d'exercice pour les personnels sortant de ce cadre (personnel étranger, stagiaires)

Les médecins devront avoir un profil leur permettant la prise en charge d'urgences vitales.

Pour cela il sera recommandé qu'ils disposent de diplômes en rapport avec **la médecine d'urgence**, ou d'un CV suffisant, certifiant l'exercice régulier de la médecine d'urgence, de la réanimation ou de l'anesthésie dans un service reconnu, des dérogations seront possibles après accord des autorités compétentes.

Réf. 5 – L'évolution des pratiques individuelles d'exercice permet au personnel d'évoluer dans une catégorie ou une autre, sous réserve d'une formation au poste concerné.

Par exemple la régulation médicale ou bien la gestion de la zone de compétition (médecin zone compétiteurs) nécessite une formation spécifique accessible à tous les médecins.

De même, le poste d'Infirmier logistique est accessible à tout infirmier....

Réf. 6 – Tout professionnel ou stagiaire engagé bénéficie de modalités d'intégration qui se base sur les éléments suivants :

- affectation d'un «parrain ou tuteur» qui aura pour rôle de guider le nouvel intervenant lors de ses premières missions.
- mise à disposition d'un livret d'accueil comportant la charte qualité, les spécificités de l'organisation et les procédures générales liées au site sur lequel il devra travailler en majorité.
- recommandations professionnelles dans sa catégorie de fonction.
- des procédures d'évaluation sont mises en place :
 - entretien annuel afin de faire un bilan d'activité.
 - définition des objectifs.
 - nécessité de planifier des besoins en formation individuelle si nécessaire.

Formation continue

- Les besoins réguliers font état essentiellement de formation à *l'événement et aux procédures spécifiques liées au site*, étant entendu que le diplôme de base qualifie le salarié dans son domaine de compétence.
- Il sera procédé à des séances spéciales de formation lors d'événements particuliers ou si l'évolution des techniques dans son domaine de compétence l'exige. (ex AFGSU 1 + 2 pour les infirmiers)

La gestion administrative du personnel est sécurisée

- Un système informatisé permet de recueillir les données nécessaires à la bonne gestion administrative du personnel.
- Un dossier complet permet de colliger, outre les informations administratives personnelles, les copies de diplômes et CV, ainsi que les copies d'assurances individuelles contractées par les soignants.
- La confidentialité des renseignements portant sur le personnel est assurée.

Gestion de l'information

Les sites d'information

Le système d'information est au cœur du fonctionnement de l'organisation.

Les flux d'informations sont variés et concernent les soins, la logistique, l'administration.

Réf. 1 – La SME peut disposer de un ou plusieurs sites internet.

- Le premier est ouvert au public et décrit la spécificité de l'organisation, les prestations fournies, le vécu et historique et présente les publications effectuées dans sa spécialité. Il est obligatoire pour des raisons de transparence.
- Le deuxième facultatif, s'apparentant à un extranet, permet au personnel de s'inscrire sur une liste de garde informatisée, permet une planification de la charge de travail, la communication internet sociale et scientifique.

L'information sur la société et son fonctionnement est ainsi actualisés et connue de tout le personnel en permanence.

Réf. 2 – Les mesures nécessaires sont prises quand à la protection de la confidentialité et sécurité des informations concernant le personnel

Information sur l'activité en phase opérationnelle et sur le dossier patient

Réf. 1 – Concernant les patients : un système de prise de bilan informatisé et sécurisé permet d'avoir un instantané de l'activité de l'organisation.

Réf. 2 – Les bilans statistiques sont alors facilement gérables et communicables à la Zone de Défense, à la Préfecture et au SAMU - Centre 15.

Les mesures de confidentialité en vigueur s'appliquent également à ces informations.

Réf. 3 – Les éléments constitutifs du dossier du patient sont couverts par le secret professionnel et ne sont communicables que selon les règles prévues par la législation et les règlements en vigueur.

Réf. 4 – Le Manager Médical s'engage à communiquer à la demande du malade, à sa famille ou au médecin référent, les éléments du dossier médical (loi du 4 mars 2002)

Réf. 5 – Le logiciel permet de disposer de témoin d'alerte sur des situations spécifiques : problèmes épidémiologiques par exemple et donc commutation des informations au Centre 15, à la DASS/CIRE/INVS, si besoin.

Réf. 6 – Ce logiciel est déclaré à la CNIL.

Réf. 7 – Des procédures d'amélioration régulières visent à adapter ce système d'information à la réalité du terrain.

Les anomalies et dysfonctions sont analysées et corrigées.

Les moyens de transmissions

Réf. 1 – Concernant la transmission des données des patients, hors informatique, l'utilisation du téléphone et des moyens portables (TW) impose d'éviter de communiquer l'identité des patients.

Réf. 2 – Le réseau de transmission mobile médical est un réseau isolé sur un même groupe de parole, différent de celui de l'association de secourisme, ou des autres corporations travaillant sur site, ceci afin de respecter **le secret médical**, d'éviter qu'un bilan en cours ne soit coupé intempestivement par une intervention extérieure mais également pour éviter la saturation du réseau.

Réf. 3 – Le réseau de radio portatif et la base de transmission devront posséder une fréquence propre et dans ce cas, agréée par le service de contrôle et d'attribution des fréquences (ANF) et donc faire l'objet d'une déclaration nécessaire sur le territoire national français

D.P.M : Dispositif Préventif Médical

*Critères pour l'évaluation de mise
en place de dispositifs de secours
médicaux*

Généralités

Lors d'événements réunissant du public, le dispositif secours-santé comprend :

8.1.1. Des équipes de secouristes agréées :

- circulaire d'agrément de février 2006

Le nombre de secouristes nécessaire à la gestion de la manifestation s'obtient en se référant au **DPS**. (Arrêté National du 7.11.2006)

Ce document permet d'aboutir à un Ratio Intervenant secouristes (**RIS**)

C'est le nombre de secouristes recommandé **en dessous duquel** l'organisateur ne peut descendre.

Les critères de risques définissant l'événement lui même pourront amener à une majoration des moyens du DPS, si nécessaire (en particulier la taille du site et les distances à couvrir définissant les délais d'intervention pourront amener une majoration des effectifs)

8.1.2. Des équipes médicales qui sont divisées en :

- équipe de commandement
- équipe opérationnelles de praticiens et infirmiers dans les postes de secours
- équipe de gestion & logistique

NB : Le calcul du nombre de médecins et infirmiers se fait selon des Indices de risques

(Cf tableaux)

Ce dispositif doit être complémentaire du DPS secouriste, il est une aide au calibrage des moyens médicaux à mettre en œuvre par les organisateurs.

Nous ne débattons pas du dispositif secouriste qui est déjà réglementé.

Ainsi la coalescence du DPS et DPM pourrait logiquement aboutir au sigle DPMS (Dispositif Préventif Médico-Secouriste)

8.1.3. Une interface avec le service public

Le Plan Orsec du site (PSI/PSS) ou le SDSS précisera la nature de l'interface entre le dispositif médico-secouriste(DPMS) et les moyens publics :

- veille dans leurs centres respectifs : dans ce cas il doit exister une ligne dédiée au niveau de la régulation de la SME permettant de joindre la régulation du Centre 15 sans délais et de façon prioritaire
- veille sur place, auquel cas la quantité et qualification des moyens seront précisés au coup par coup par l'autorité publique.

8.1.4. Le Poste de Commandement Secours Santé

Ce poste regroupant les acteurs du dispositif Secours Santé doit être intégré au Poste de Commandement Commun ou Organisateur (PCC ou PCO)

L'expérience passée lui impose un cahier des charges précis, sachant que la totalité de **l'activité quotidienne sanitaire** repose sur le DPMS et non sur le service public :

- **visibilité maximale de l'aire de jeu** ou de compétition: en particulier visuel direct des équipes de secours bord de terrain, avec possibilité de renforts en temps réel.
(cf. affaire M.-V. FOE - Tournoi des Confédérations de la FIFA -2003)
- **espace de travail suffisant** pour le nombre d'acteurs nécessaires avec **éclairage** optimal potentiellement dégressif (concerts) et **aération/climatisation** adaptée. L'équipe de régulation médicale SME doit être regroupée autour d'un seul poste de travail commun.
- **isolation phoniques** des postes de travail, compte tenu des différents réseaux fonctionnant en même temps (SME+ Secouristes)
NB : Les réseaux du service publique sentinelle ne sont pas sensés être activés en phase quotidienne dans un souci d'économie phonique.
- **moyens de transmissions** adaptés au lieu, à l'événement et au trafic :
 - téléphones filaires
 - DECT
 - Interphones
 - base radio (en s'assurant de la qualité de la diffusion sur le site et de la stratification des fréquences ceci, afin d'éviter les chevauchements ou coupures de paroles)
 - WIFI ou accès internet filaire : envoi de bilans intermédiaires et fin d'évènement.

NB : A noter qu'en cas de crise et dès lors, de saturation des moyens cellulaires et filaires, ce sera une des seules alternatives de communication.

- **proximité du dispositif de commandement de sécurité** du site avec moyens de communications directs.

NB : Le Dispositif de sureté sécurité du site est en général le premier appelant et intervenant en cas de problème sanitaire compte tenu du grand nombre d'agents répartis sur site.

Dispositif médical : la structure médicale événementielle (SME)

Elle comprend (Cf. 6.4) :

Équipe de commandement

La régulation médicale

Cette équipe est mise en place physiquement, à partir d'un **remplissage de 20.000 personnes** (ou moins si les critères de risques sont élevés).

Elle comprend :

- 1 médecin régulateur local (MRL) qui est en liaison avec le Centre 15 (CRRA) de référence.
- 1 auxiliaire de régulation (ADR)

Si le dispositif est de petite ou moyenne envergure (inf. à 20.000), un des praticiens sera désigné comme Médecin Régulateur de principe tout en participant aux soins.

Leur position se situe au PCC et ils disposent de téléphones, radios et Interphones(cf-8.1.4)

Le Manager médical local

Ce médecin joue son rôle avant, pendant et après la manifestation.

Il est l'interface entre l'organisateur, dont il est le représentant pour la partie secours santé et les pouvoirs publics.

Il exerce son autorité sur les équipes médico-secouristes **au plan technique et médical**.

Il dispose de l'autorité et de la crédibilité nécessaire pour être l'interface entre le dispositif de secours interne et les moyens publics.

C'est un praticien issu du milieu de l'urgence.

NB : Pour des affluences inférieures à 40.000 sp (ou moins si risques avérés), son rôle en phase opérationnelle peut se confondre avec celui de MRL

Les équipes opérationnelles

L'équipe de base sera constituée d'un médecin et d'un infirmier : le binôme.

Les Infirmiers (IDE)

Ils sont titulaires du diplôme d'État d'infirmier.

Il est recommandé que ces infirmiers aient une expérience du pré-hospitalier ou des situations d'urgences (services d'urgences, SAS, réveil, réanimations, SI ...)

Les médecins

En majorités médecins urgentistes (MUR), Réanimateurs ou Anesthésistes.

Néanmoins des dérogations sur dossier pourront être attribuées à des médecins d'autres spécialités prenant des gardes régulières en service d'urgences, réanimation, ou SMUR, ou à tout praticien justifiant d'une activité de soins d'urgences entretenant une pratique continue des gestes d'urgence pré-hospitalière.

Ces dérogations pourront être octroyées par les autorités compétentes (Cf. : 7.1).

Les équipes de gestions

Il convient de disposer de logisticiens ayant un rôle avant chaque événement, pendant l'événement lui-même et surtout entre les événements pour une gestion et entretien du matériel.

A cet effet, des fiches de fonctions seront définies.

INDICE A : profil réactif du public

Niveau de risque	Qualification du risque	Indice
Faible	Supporters catégorie A, ou public calme, pas de contentieux avéré	0,25
Moyen	Supporters catégorie B, public agité (ado/B.band), contentieux modéré, enjeu modéré	0,35
Elevé	Supporters catégorie C, public à risques (drogues, hard, trash, rave), enjeux élevés, activité à risque pour le public, contexte socio-politique, contentieux avéré	0,50

Commentaires sur les indices de risques

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 rivalités 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 (malaises vagues / neurotoniques bénins, mais nombreux)
- contentieux modéré : coupes diverses, matchs internationaux qualificatifs (non couperets)

Niveau Elevé :

- supporters catégorie C : hooligans, supporters notoirement violents
- public à risques : spectacles entraînant la prise de drogues, ou comportements à risques (hard, trash, rave, apéro-géants)
- enjeux élevés : finales de championnats nationaux, finales internationales
- activités à risques pour le public : motos, voitures, avec risques de sorties de pistes (circuits ou rallyes)
- contexte sociopolitique : selon le niveau de vigie pirate et les infos des services de l'État lors des réunions de sécurité.
- contentieux avéré entre clubs de fans ou supporters

INDICE B : gestion des flux

Niveau de risque	Qualification du risque	Indice
Faible	Public assis ou debout (-de 2/m ²), pas de zones d'accumulations Accès des secours < à 200 m sans obstacles-Délais intervention < à 3 minutes	0,25
Moyen	Public debout à plus de 2/m ² ou zones d'accumulation < 2h Accès des secours < à 200 m avec obstacles ou > à 200m et < 500m. Délais intervention entre 3 et 5mn	0,30
Elevé	Zones d'attentes > à 2h Accès des secours > 200 m avec obstacles ou > à 500m Délais d'intervention > à 5 mn	0,50

Commentaires sur les indices de risques

Niveau faible :

- public assis, ou debout mais à moins de 2 personnes au m² : ceci vaut pour les noyaux durs des concerts où, plus il y a de gens « tassés », plus il y a de malaises générés
- spectacles sans zones d'accumulations : quasiment pas d'attente ni bousculades aux entrées. Entrées multiples.
- le temps d'intervention et accessibilité des secours est à prendre en compte : -grands stades

- sites de festivals avec plusieurs scènes étendues sur une longue distance, -longueur d'une course

-distances à parcourir pour intervenir, inférieures à 200 m, en plat ou avec ascenseur utilisable, -délais d'interventions inférieurs à 3 minutes.

Niveau Moyen :

- public debout et tassés à plus de 2 par m² (noyau dur des grands concerts)
- zones d'attentes et accumulations : pour un délai d'attente moyen inférieur à 2 heures.
- distances inférieures à 200 m mais avec dénivelé ou obstacles naturels, ou situés entre 200 et 500 m.
- délais d'intervention situés entre 3 et 5 minutes.

Niveau élevé :

- Zones d'attente et accumulation supérieure à 2h : ceci peut se voir sur des spectacles ou les fans se massent très tôt plusieurs heures/jours avant la manifestation, parfois sans sommeil, boisson ou nourriture
- Tassement au-delà de 3 personnes par m².
- Cheminement supérieur à 200 m avec obstacles ou au delà de 500 m.
- Délais d'interventions supérieurs à 5 min, nécessité d'avoir des moyens motorisés pour intervenir dans des délais acceptables.

INDICE C : délais d'accessibilités des moyens publics en cas de situation exceptionnelle

Délais	Qualification du risque	Indice
Court	Faible	0,25
Élevé	Élevé	0,30

Commentaires sur les indices de risques

Les moyens d'urgences étant déjà sur place, c'est donc un indice qui diffère dans le fond, de l'indice du DPS.

Il s'agit là du délai d'arrivée du premier moyen **public médicalisé** prenant en charge une *situation exceptionnelle*

Délais courts : ce sont des spectacles en ville où les SAMU-SMUR sont proches.

Délais élevés : spectacles en campagne, en zones très éloignés des secours publics, ou avec des délais importants liés au trafic aux abords, ou la conformité même du site géographique.

INDICE D : climatologie

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

Commentaires sur les indices de risques

Faible : températures de saison

Fort : grands froids (manifestations hivernale avec spectateurs statiques)

-ou grandes chaleur : canicules dans les stades ou concerts d'été (noyau dur et file d'attente) avec phénomènes de déshydratation et coups de chaleur.

Mode calcul- Dispositif Prévisionnel Médical – DPM

Médecins et infirmiers

Calcul des effectifs médicaux prévisibles

Le nombre minimal de participants exigeant un médecin urgentiste est appelé **chiffre seuil** : il a été fixé par la SFMU à 5 à 10.000 personnes, ou moins si risques avérés.

Le premier médecin urgentiste sera toujours associé à un infirmier (binôme)

Sur un événement à risques modérés, on compte :

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

Pour faire un calcul en fonction des critères de risques on utilisera la formule du **Ratio Intervenant médecin** (RIM), assimilable au calcul des secouristes (RIS), arrondi au chiffre immédiatement supérieur.

Ce chiffre pourra être modulé selon certains critères décrits plus bas.

Il est calculé en fonction de l'Indice Global de Risque (IGR) défini par la somme des indices du tableau des critères de risques :

$$\mathbf{IGR = A + B + C + D}$$

Indices pouvant influencer le RIM

Indice multiplicateur

- Utilisé pour de petites affluences à risques avérés

Dans ce cas l'activité générée par le risque imposera plus d'équipes médicales que n'en calcule le DPM.

NB : c'est la cas d'une rave de 4.000 personnes par rapport à un concert de rock calme de la même importance

- Pour des surfaces opérationnelles présentant des distances supérieures à 500 km, ou moins avec dénivelés.

NB : Ainsi les Festivals qui comportent plusieurs scènes, sur de longues étendues parfois plusieurs km, amèneront une démultiplication des personnels et du matériel pour éviter de trop longs délais d'interventions (par exemple il peut y avoir nécessité de 2 zones de déchoquages aux extrémités du site afin d'éviter les délais d'interventions)

- Pour des durées d'événements supérieures à 8h ou nuit incluse

NB : La nécessité de rotations de personnels liés à la durée de la prestation ou de la nuisance sonore peut imposer plus d'équipiers, que n'en demanderait un calcul brut.

(Nuits technos par exemple)

Indice modérateur

- Pour les petites affluences sans risques connus

NB : ainsi les événements de type « déambulatoires » ne comportent pas de risques particuliers

C'est le cas des salons, en général, des expositions ou des grands musées.

- Indice modérateur au-delà de 100.000 sp.

Le RIM est appliqué pour les 100.000 premiers spectateurs, puis la moitié au delà.

NB : Lors de grandes réunions au-delà de ces chiffres, le calcul des effectifs peut être divisé par 2. En effet, l'expérience à montré, que la multiplication du nombre de médecin n'est pas forcément utile. La répartition judicieuse des postes de secours et la majoration du DPS semble plus adaptée.

NB : Cas des JMJ par exemple

Analyse du risque

Il s'agit, au vu des différents éléments que nous venons d'énumérer, de faire une évaluation fine du risque et de s'approcher d'un effectif humain et de moyens logistiques nécessaires et suffisants.

La redondance n'est pas preuve d'efficacité, et la logique doit prévaloir.

L'autorité Préfectorale conseillée par le SAMU (moyens humains) ou le SDIS/BMP (DPS, moyens techniques) sera le médiateur et décisionnaire ultime s'il y a litige.

Cadres médicaux

Le premier médecin est automatiquement MML-MRL, au moins en phase opérationnelle.

A partir de 45.000 personnes le poste se dédouble et on trouvera 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 sp ou moins si risques avérés

Exemples particuliers de dispositifs mis en place selon la typologie de l'événement

Cas du football et rugby matchs professionnels ou internationaux

Depuis les Coupes du Monde France 98 de Football et 2007 de Rugby, la mise en place d'un urgentiste en bord de terrain (**Médecin pelouse-MPL**) est recommandée

Celui-ci se situe en deuxième rideau des médecins d'équipes, à leur disposition, mais aussi en premier intervenant en cas de situation d'urgence absolue. Ces recommandations sont liées aux contraintes physiques de plus en plus élevées que supporte le sport de haut niveau et la nécessité d'une compétence en médecin d'urgence dans cette zone. Si cette compétence est rarement nécessaire, elle demeure incontournable lors de la survenue d'un cas grave mettant en jeu les fonctions vitales, dans cette zone très médiatisée.

NB : Ce médecin n'entre pas dans le calcul du RIM, il est considéré en supplément du chiffre théorique.

Cas particuliers des manifestations type salons, musées, expositions.

C'est un public de type « déambulatoire » qui, à priori ne présente qu'un risque individuel.

NB : Il peut, néanmoins, y avoir des disparités liées à la typologie du Salon (salon de l'agriculture avec consommations d'aliments et boissons alcoolisées par exemple)

Il y a une montée en puissance des participants et c'est le chiffre en « acmé » qu'il faut retenir comme chiffre seuil pour le DPS et/ou le DPMS.

Il y aura alors une montée en puissance, également adaptée.

On parlera de nombre de postes ou infirmeries par rapport à la contenance maximale du site ou au chiffre-acmé s'il est connu

Pour un salon culminant au maximum en même temps à 30.000 visiteurs on trouvera :

- 1 Infirmerie de 80 m²
- 6 lits de repos
- 1 médecin
- 1 IDE
- 4 secouristes
- Un moyen de déplacement sur site : ambulance, voiturette, scooter ou vélo selon les distances et la faisabilité (néanmoins, lors des salons il est parfois difficile de circuler dans les allées)

Cette structure augmentera d'une unité (MED + IDE) par 30.000 de plus.

Néanmoins, il faudra tenir compte du délai d'intervention et des distances à parcourir par le public pour trouver la première structure de secours.

La question est la qualification des médecins sur ce type d'événements sans risques spécifiques. Il n'est pas utopique d'envisager à partir d'un certain quota d'urgentistes sur site qu'il y ait présence de médecins généralistes. En effet on tient alors compte du fait que sur ce type d'événements 98% de la pathologie se rapporte à la médecine générale.

Une certaine proportion de généralistes peut être envisagée sur de très gros dispositifs, du moment que le délai d'intervention du ou des urgentistes le plus proche est très court.

Cas particulier des compétitions sur circuits ou parcours longues distances (inclus les raids)

Circuits voitures et motos

1 Infirmerie principale pour les compétiteurs :

- Cette zone comprendra un équipement de réanimation complet, les contraintes fédérales peuvent être lourdes et inclure des moyens de prise en charges de traumatologie (imagerie) ou de lésions graves (brûlures).

Ensuite au niveau du public, le principe reste le même : application du DPM / DPS + espaces médicaux (IPR, ISA, IOF, POT ...)

Corrida

La présence d'un bloc chirurgical peut être requise pour les compétiteurs (cahier des charges fédéral)

- pour le public, le DPM / DPS resteront la base de calcul

Pour les courses pédestres (marche, marathon) cyclistes, voitures et motos (hors circuits)

- 1 poste de secours **au départ** : il est souvent utilisé pour la mise en conditions des compétiteurs.
Si la densité de public est importante dans cette zone, une Infirmierie sera également disponible, distincte de la première.
- 1 poste de secours **tous les 5 km** : celui-ci pourra être armé de secouristes en liaison radio avec une régulation médicale
- 1 **unité mobile** médicale tous les 10 km (ambulance ou scooter/moto médicalisés)
- 1 infirmerie principale équipée plus lourdement à l'**arrivée** avec des moyens d'oxygénothérapie et de réanimation en particulier

Les grands événements de ce type peuvent nécessiter l'existence d'une **régulation médicale** spécifique, plus ou moins proche du PC de compétition

Rallye, Raid

Dans ce cas, les postes sont répartis sur le circuit et selon les distances.

Les ambulances ou véhicules médicalisés adaptés (4x4) et des moyens hélicoptérés sont requis.

Dans tous les cas des procédures de dégagements rapides sont à prévoir, surtout en cas d'UA (neurochirurgie, urgences chirurgicales vitales)

Des relais par ASAN (avion ambulance) sont aussi à prévoir, selon la situation du Raid qui peut être loin de tout lieu adapté à l'urgence grave.

Compétitions maritimes, régates

On peut distinguer d'une part :

- Les spectateurs : dans ce cas les règles habituelles sont appliquées en fonction du nombre et de la climatologie essentiellement (DPMS/Espaces médicaux usuels)
- Les compétiteurs sont gérés par les moyens des professionnels de ce type de manifestation, qui possèdent des moyens d'interventions rapides (SNSM, Marine)
- La régulation médicale des compétiteurs en haute mer est effectuée par l'antenne du SAMU de Toulouse et son Centre de Consultation Médical Maritime (CCMM)

Sports de combat

Il sera discuté, en dehors de la gestion du public, de mettre en place une unité d'intervention d'urgence dès lors que des risques de traumatismes mettant en jeu les fonctions vitales sont réels (ex. : karaté, boxe, Taekwondo) si les équipes médicales Fédérales ou le site ne dispose pas d'urgentiste

La gestion des secours au niveau des zones de compétitions tout venant

Notion de chaîne des secours

Quelle que soit la compétition et son importance, il faudra procéder logiquement afin d'enclencher la mise en route de **la chaîne des secours** au plus tôt, de la plus simple à la plus lourde :

- Chaîne minimale : pas de présence de secouriste
 - Savoir où se trouve le moyen de communication le plus proche pour joindre SAMU-SDIS et en connaître le numéro

- Localiser le DSA le plus proche si l'organisateur en possède ou bien si le lieu en dispose.
- Chaîne basse : présence d'une équipe de secouriste minimale avec leurs moyens de liaison et DSA
- Chaîne haute : présence de secouristes(DPS) et du médecin urgentiste « terrain ».

Dans ce dernier cas de figure, en bord de terrain, le médecin urgentiste (et son équipement) se positionne en 2^{ème} rideau derrière les médecins fédéraux, ou médecins du ou des compétiteurs.

Il sera différencié des médecins gérant le public

Il aura un rôle de formation/conseil au niveau des équipes de secouristes (exercices réguliers)

Il intervient sur appel des médecins du ou des compétiteurs ou d'emblée si le cas paraît grave.

La formule **haute** devrait s'appliquer aux structures comportant des sportifs de haut niveau ou à haut risque sportif.

Annexe 1

Bulletin Officiel des Impôts concernant la concurrence : Obligations des associations loi 1901

[Voir document](#)

Annexe 2

Lettre de l'URSSAF concernant les modalités d'exercice des médecins dans les sociétés d'assistances ou lors d'événements privés.

[Voir document](#)

Arguments légaux concernant les règles d'emploi salarié vs honoraires

Le lien de subordination est défini par la jurisprudence comme l'exécution d'un travail sous l'autorité d'un employeur qui a le pouvoir de donner des ordres et des directives, d'en contrôler l'exécution et de sanctionner les manquements de son subordonné.

« *L'existence d'une relation de travail ne dépend ni de la volonté exprimée par les parties ni de la dénomination qu'elles ont donnée à leur convention mais des conditions de fait dans lesquelles est exercée l'activité des travailleurs* » Cass. soc. 19 décembre 2000

De manière très classique, on distingue le travail dépendant (salarié) du travail indépendant (contrat d'entreprise).

- Le travailleur dépendant est celui qui effectue le travail pour le compte d'autrui, sous les directives et en contrepartie d'une rémunération de ce dernier ;
- Le travailleur indépendant est celui qui effectue un travail pour son propre compte, sous sa maîtrise personnelle et qui assume les risques inhérents à toute entreprise comme il peut en recueillir les profits.

Aux termes de l'article L. 311-2, l'obligation d'assujettissement au régime général de Sécurité sociale concerne les travailleurs dépendants.

L'URSSAF requalifie donc toute personne qui, même si elle n'a pas la qualité juridique de salarié, se trouve, par rapport à un tiers, dans une situation très voisine de dépendance technique et économique, analysée comme une situation de subordination. Ce sont les circonstances de fait qui indiquent dans chaque cas l'existence d'une situation de subordination dans l'accomplissement du travail.

Une situation de subordination a pu être retenue quand le travailleur est soumis aux directives de son employeur quant aux modalités d'exécution de sa tâche et qu'il est soumis à des horaires ; un lieu d'exercice lui étant assigné. D'une façon plus générale, il y a subordination lorsqu'il doit rendre des comptes, respecter des délais, subir des contrôles, éventuellement établir des rapports, qu'il travaille dans le cadre d'un service organisé.

Selon une circulaire de la CANAM (Circ. CANAM no 96-55, 18-4-96), pour distinguer le contrat d'entreprise du contrat de travail le critère de subordination juridique doit constituer l'élément décisif de la distinction.

Dans un contrat d'entreprise, l'une des parties s'engage à accomplir pour l'autre un travail déterminé, moyennant un prix convenu, en dehors de tout lien de subordination.

L'entrepreneur exécute de façon indépendante le travail confié.

Soit cinq critères pour distinguer le contrat d'entreprise :

- l'exécution d'une tâche nettement définie,
- une rémunération forfaitaire,

- l'autorité de l'entrepreneur maintenue sur son personnel,
- l'indépendance dans l'exécution de la tâche.
- une obligation de résultat.

Il est intéressant de souligner que, dès lors qu'il existe une autonomie et un équilibre juridique des pouvoirs entre les parties contractantes, il ne peut y avoir état de subordination.

De plus, il ne faut pas hésiter à mettre en avant l'existence de groupements de professionnels, lesquels assurent d'une certaine façon l'équilibre des pouvoirs, garantissant par exemple une pratique conforme aux contrats commerciaux (contrats types, déontologie, conditions de forme, etc.).

Est donc considéré comme travailleur indépendant celui qui a l'initiative dans la conduite de son activité, qui assume les charges et recueille les profits d'une activité, qui a le choix des moyens de son activité, qui peut exercer une activité concurrente (à condition qu'elle ne soit pas déloyale), qui peut se substituer à un autre.

Assumer le risque économique consiste à faire siens les pertes et les profits c'est-à-dire :

- assumer les déficits,
- assumer les frais en cas de non exécution de la prestation,
- assumer les différents frais et charges relatifs à l'exercice de l'activité (primes d'assurance, prises de garanties et de cautions, concours bancaires, frais de personnel etc.)
- récolter les profits de l'activité en fonction des résultats de sa propre entreprise

Ce critère, qui est l'antithèse de la notion de lien de subordination juridique, est utilisé de longue date comme caractéristique de l'indépendance.

Annexe 3

Autres éléments réglementaires

Disposition Prévisionnel de Secours

[Cf extrait page 7](#)

Note de la Zone de Défense de Paris sur la répartition des responsabilités médecin-secouriste

[Voir courrier](#)

SDSS de la coupe du monde validé par le Ministère

Ces 3 documents spécifient que le manager médical est le représentant de l'organisateur au plan médical et que l'organisme de secourisme est sous sa responsabilité.

[Cf. annexe3 - page 5 et 7](#)

Annexe 4

Lettre de l'AFSSAPS sur l'obtention en extrahospitalier des médicaments à réserve hospitalière

[Voir document](#)

Annexe 5

Les recommandations de la SFMU

11 septembre 2009

ATELIER 6 RASSEMBLEMENT DE FOULE : ÉVALUATION DES RISQUES, ORGANISATION DE LA PRÉVENTION ET DE LA PRISE EN CHARGE SALLE 309

Coordonnateur : F. Lapostolle (Bobigny)

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

Rapporteur : P.Y. Dubien (Lyon)

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

Présenter les déterminants et la réglementation liés aux risques lors de rassemblements de foules. Identifier les pathologies spécifiques selon les événements et leurs conséquences organisationnelles. Exposer les rôles respectifs et les interfaces entre les autorités, les organisateurs et les secours dans et en dehors des lieux d'événements. Préciser la place de la régulation médicale.